



Национален център по общественото здраве и анализи
Дирекция „Промоция на здраве и превенция на болестите“

Татяна Стоянова Каранешева

**РОЛЯТА НА СЕГМЕНТАЦИЯТА НА АУДИТОРИЯТА
И ИЗБОРА НА КОМУНИКАЦИОНЕН КАНАЛ В
ПРОЦЕСА НА ЗДРАВНА КОМУНИКАЦИЯ**

ДИСЕРТАЦИОНЕН ТРУД

за присъждане на образователна и научна степен
„Доктор“

Област на висше образование: 7. „Здравеопазване и спорт“

Професионално направление: 7.1. „Медицина“

Научна специалност: „Социална медицина и здравен мениджмънт“

Научен ръководител:

Доц. д-р Наташка Данова, дм

Официални рецензенти:

Проф. д-р Петко Салчев, дм

Доц. д-р Таня Чолакова, дм

София, 2018

СЪДЪРЖАНИЕ

ВЪВЕДЕНИЕ	4
I. ГЛАВА: СЕГМЕНТАЦИЯ НА АУДИТОРИЯТА И ИЗБОР НА КАНАЛ – ФАКТОРИ ЗА ЕФЕКТИВНОСТТА НА ЗДРАВНАТА КОМУНИКАЦИЯ	7
1.1. Дефиниции и основни характеристики на здравната комуникация	7
1.2. Основни етапи в процеса на здравна комуникация	11
1.3. Сегментация на аудиторията в процеса на здравната комуникация	12
1.3.1. Значение на сегментацията	12
1.3.2. Методи за сегментиране на аудиторията	15
1.3.3. Приложение на сегментацията на аудиторията в здравната комуникация	21
1.3.3.1. Демографска сегментация	22
1.3.3.2. Психографска сегментация	24
1.3.3.3. Поведенческа сегментация	26
1.4. Комуникационните канали - важен фактор за ефективността на здравната комуникация	28
1.4.1. Характеристика на основните видове комуникационни канали	29
1.4.2. Видове канали за здравна комуникация	31
1.4.2.1. Междуличностни канали	31
1.4.2.2. Масови комуникационни канали	33
1.4.3. Потенциалът на интернет като канал за здравна комуникация	43
1.4.3.1. Предимствата на интернет като канал за здравна информация	44
1.4.3.2. Интернет променя взаимоотношенията лекар – пациент	49
1.4.3.3. Социалните медии – ресурс за здравни интервенции	51
1.4.3.4. Интернет като канал за промоция на здраве	52
II. ГЛАВА: МЕТОДИКА НА ПРОУЧВАНЕТО	60
2.1. Цел	60
2.2. Задачи	60
2.3. Методи	61
2.4. Обект на проучването	62

2.5. Признаци на наблюдението	62
2.6. Времеви обхват на проучването	62
2.7. Териториален обхват на проучването	63
2. 8. Методика на регистрацията	63
III. ГЛАВА: РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ	64
3.1. Социално-демографска характеристика на респондентите	64
3. 2. Използвани канали за здравна комуникация сред население на възраст 20-60+ години - първо проучване	77
3.2.1. Използвани канали за здравна комуникация по пол и възраст	84
3.2.2. Използвани канали за здравна комуникация по семейно положение	92
3.2.3. Използвани канали за здравна комуникация по образование	98
3.2.4. Използвани канали за здравна комуникация по трудова заетост	105
3.2.5. Използвани канали за здравна комуникация по здравословно състояние	115
3.2.6. Използвани канали за здравна комуникация по местоживееене	120
3.3. Използвани канали за здравна комуникация сред население на възраст 20-60+ години - второ проучване	126
3.3.1. Използвани канали за здравна комуникация по пол и възраст	132
3.3.2. Използвани канали за здравна комуникация по образование	137
3.3.3. Използвани канали за здравна комуникация по семейно положение	142
3.3.4. Използвани канали за здравна комуникация по трудова заетост	146
3.3.5. Използвани канали за търсене на информация за здравни състояния и здравословен начин на живот	154
3.4. Сравнителен анализ на резултатите от двете проучвания	166
3.4.1. Тенденции в използването на комуникационни канали за здравна информация по пол и възрастови групи 2014 – 2016-2017 г.	167
3.4.2. Тенденции в използването на комуникационни канали за здравна информация 2014 – 2016-2017 г., по образование	172
3.4.3. Тенденции в използването на комуникационни канали за здравна информация 2014 – 2016-2017 г., по трудова заетост	175
IV. ЗАКЛЮЧЕНИЕ, ИЗВОДИ, ПРЕПОРЪКИ И ПРИНОСИ	178
V. ИЗПОЛЗВАНА ЛИТЕРАТУРА	183
ПРИЛОЖЕНИЯ	205

ВЪВЕДЕНИЕ

Комуникацията е в основата на човешките взаимоотношения. Здравната комуникация има значение за всеки аспект на здравето и благосъстоянието. През последните петдесет години тя преживява драматичен растеж и развитие, което все още продължава. Значително се повиши броят на комуникационните канали и броят на здравните въпроси, които занимават обществеността. От друга страна, потребителите изискват все повече и по-качествена здравна информация, като имат все по-голям избор въз основа на лични интереси, потребности и предпочитания. Обхватът и въздействието на комуникацията в областта на общественото здраве никога не е бил толкова голям. Многобройни са кампаниите, насочени към различни здравни въпроси и аудитории.

Значението на здравната комуникация за общественото здраве в 21 век се определя и от факта, че тя е в основата на дейностите по промоция на здраве и превенция на болестите. Интервенционните усилия за промяна на поведението са комуникативни актове. Чрез фокусиране предимно върху функцията на предаване на информационния обмен, често се пренебрегват процеси, които пряко са ангажирани чрез комуникацията. На първо място е осъзнаването, че комуникационните интервенции не попадат в социален вакуум. Информацията се получава и обработва чрез индивидуални и социални призми. На второ място, необходимо е съответствие между съобщение и избор на канал, а така също между целевата аудитория и каналите, които тя използва. Трето, комуникацията е динамичен процес, в който източници и реципиенти непрекъснато променят своите роли.

Използването на тези принципи на комуникацията в общественото здравеопазване е предизвикателство. Следователно са необходими нови методологични подходи и изследване на тенденциите в развитието на комуникационния процес. Изследователите в областта на здравните комуникации посочват, че ефективността на здравно-комуникационните интервенции зависи от множество променливи, като най-важните са: характеристики на аудиторията, дизайн на съобщението и подбор на подходящи комуникационни канали.

Здравната комуникация е мултидисциплинарен подход за достигане до различни аудитории. В основата ѝ стои идентифицирането на целевите аудитории и техните основни характеристики. Изследванията в областта на комуникациите и

моделите за промяна на поведението показват, че източници и канали, които се възприемат като надеждни от дадена аудитория, могат да бъдат възприемани с недоверие от друга. Едно и също съобщение, в зависимост от канала и източника, може да се приеме от една аудитория като позитивно и вълнуващо, а от друга - като скучно и неприятно, като при едните да доведе до действия и промяна, а при другите – да няма ефект или само промяна на отношението. Отделните сегменти на аудиторията са хетерогенни и по отношение на каналите, чрез които могат да бъдат достигнати и повлияни. Разликата в поведението и комуникационните предпочитания на отделните сегменти се обуславя от социално-демографски характеристики като: възраст, образование, пол, семейно положение, социален статус, трудова заетост и др. За да бъде ефективна комуникацията, е необходимо дизайнът на съобщението и комуникационните канали да са съобразени със социално-демографските характеристики на аудиторията. Затова изследванията за използваните канали за здравна комуникация от различните сегменти на аудиторията са от съществено значение.

Изследванията в областта на здравната комуникация се насочват и към по-сложни и приложни теми, които интегрират влиянието на междуличностната комуникация и масовите комуникационни канали при промоцията на общественото здраве. Тези изследвания дават важна информация за развитието на отношенията и взаимовръзката между участниците в здравната комуникация, спомагат за внедряването на модерни модели за комуникация и изработване на подходящи стратегии в областта на промоцията на здраве и превенцията на болестите.

Скокът в използването на новите медии за търсене на здравна информация и свързаното с това нарастване на автономията на потребителите на здравни услуги доведе до повишаване на научния интерес към използваните канали за здравна комуникация.

В сферата на здравната комуникация има две основни направления. Първото е свързано с предоставянето на здравни услуги, а второто – с промоцията на здраве и превенцията на болестите.

Настоящата разработка разглежда здравната комуникация в областта на промоцията на здраве и превенцията на болестите.

Има безспорни научни доказателства, че условие за ефективността на здравната комуникация е доброто познаване на аудиторията и каналите, които тя използва за здравна информация. Затова изследователите в областта на здравната комуникация се насочват към изследване на характеристиките на отделните канали и проучване на техните потенциални аудитории, определяне на оптималната комбинация от канали, чрез които посланията достигнат до аудиторията, за да се постигне максимален ефект.

В България досега няма цялостно представително изследване на използваните канали за здравна комуникация, с цел промоция на здраве и превенция на болестите. Изследването на различията в избора на канал сред отделните сегменти от аудиторията, въз основа на социално-демографски характеристики, здравен статус и поведение за здраве, както и нивото на използването на интернет за здравна информация, дава възможност за разработване на ефективни стратегии за здравна комуникация, постигане на целите на общественото здраве и икономия на ресурси.

Актуалността на разработката се обуславя от все по-нарастващата роля на здравната комуникация в промоцията на здраве и превенцията на болестите. Бързопроменящите се комуникационни канали и появата на нови налага допълнителни изследвания на аудиторията, за да може здравно-комуникационните интервенции да се насочат към канали, които отговарят на възможностите и предпочитанията на целевите аудитории. Това ще повиши ефективността на здравната комуникация и ще намали ресурсите (при сегашни условия на техния недостиг), необходими за постигане на целите. Бурното развитие на комуникационните технологии и разрастването на употребата на интернет в световен мащаб, като канал за здравна информация, предлагащ огромни възможности и предизвикателства пред общественото здраве, налага изследване на тенденциите в използването му за здравни цели сред различните сегменти на аудиторията.

I. ГЛАВА: СЕГМЕНТАЦИЯ НА АУДИТОРИЯТА И ИЗБОР НА КАНАЛ – ФАКТОРИ ЗА ЕФЕКТИВНОСТТА НА ЗДРАВНАТА КОМУНИКАЦИЯ

1.1. Дефиниции и основни характеристики на здравната комуникация

Разбирането на теорията за здравната комуникация и практика изисква първо да се спрем на определението за комуникация. Дефинициите на термина „комуникация“ най-често отразяват два аспекта от процеса на комуникация. **Първият аспект** е свързан с трансмисията – предаване на информация, отразена в линейния модел: Източник-Съобщение–Канал-Получател (58, 233). В този дух Theodorson&Theodorson (195) дефинират комуникацията като „предаване на информация, идеи, отношения или емоции от едно лице или група към друго/други, главно чрез символи“. **Вторият аспект**, на който се набляга в литературата, е взаимност и споделяне на възприятия (78, 171, 165, 44). Така Rogers и Kincaid дефинират комуникацията като “процес, в който участниците създават и споделят информация един на друг, с цел да постигнат взаимно разбирателство (99). Тези дефиниции показват историческото развитие на комуникационната теория и практика. Тенденцията е преминаване от механична трансмисия на информацията към споделяност/взаимност на възприятията. Една от причините за тази промяна е навлизането на интерактивните технологии. Както Rogers /1986/ отбелязва, все по-трудно е да се определят термините „източник“ и „получател“, тъй като вече всеки е участник в процеса на комуникация (161).

Това развитие на комуникацията дава своето отражение и върху здравната комуникация, която днес се определя като процес на създаване, разпространение, събиране и споделяне на здравна информация. Една от основните задачи на здравната комуникация е да се повлияе на индивидите и общностите. Целта е чрез споделяне на информация и знания, свързани със здравето, да се подобри здравето на индивидите и обществото. Центровете за контрол и превенция на заболяванията (Centers for Disease Control and Prevention - CDC) определят здравната комуникация като "Изучаването и ползването на комуникационни стратегии за информиране и влияние върху индивидуални и обществени решения, които подобряват здравето" (231).

В своето историческо развитие, както много автори отбелязват (90, 140, 178, 231, 258,) здравната комуникация черпи модели и теории от областта на социалната

психология, масовите комуникации, маркетинга, социалния маркетинг, психология, антропология и социология. Тласък в нейното развитие дава прилагането на теории и модели от областта на психологията – социалното влияние и убеждаването (22, 23, 67, 88, 97, 164), които поставят теоретичния фундамент на здравната комуникация и така допринасят за развитието на комуникационните подходи в областта на промоцията на здраве. Изследването на методите в областта на убеждаващата комуникация, в комбинация с литературата от социологията, базирана на теорията за дифузия на иновациите (160, 53), научните теории за влиянието на масовите комуникации (100, 101, 162, 119, 199, 214,) и развитието на социалния маркетинг (102, 207) засилват интереса на учените към изследване на ролята на комуникацията в промоцията на здраве и в разработването на ефективни комуникационни кампании за целите на общественото здраве.

В HealthyPeople 2010 (257) се посочва, че през първото десетилетие на 21 век, здравната комуникация е основен фактор, допринасящ за подобряване на личното и общественото здраве. Централно място в процеса на комуникация заема създаването, разпространението, събирането и споделянето на здравна информация. Здравната информация е най-важният ресурс в здравеопазването и промоцията на здраве, тъй като е от съществено значение при вземане на решения относно лечението и влияние върху поведението за здраве (103). В действителност, независимо дали целта на посланието е да информира, да увеличи познанията, да убеждава или да спомага за вземане на решение, ефективната комуникация е може би основната обществено-здравна интервенция; това може да се опише като "лекуване на хората с информация" (106). Друга важна роля на комуникацията е да се създаде благоприятна среда, в която информацията може да бъде споделена, разбрана и възприета от дадена аудитория. Това изисква по-задълбочено разбиране на нуждите, убежденията, табута, нагласи и начин на живот, както и социалните норми на всички ключови комуникационни публики. Това означава, че комуникацията трябва да бъде базирана на съобщения, които са разбираеми за аудиторията.

Комуникацията е дългосрочен стратегически процес. Тя изисква истинско разбиране на целевите аудитории, както и способността на комуникаторите да се адаптират и да предефинират цели, стратегии и дейности за комуникация, на базата на обратна връзка с аудиторията. Тя разчита на различни комуникационни канали и

дейности: междуличностни комуникации, масови комуникации, връзки с обществеността, обществена подкрепа, мобилизиране на обществото и професионалните общности (170, 178).

В Таблица 1 са посочени някои от най-новите дефиниции за здравна комуникация и ключови думи, които най-често са използвани за характеризирани на значението и ролята на здравната комуникация. Видно е, че "споделяне на информация", "влияние върху индивиди и общество", "информирание", "мотивиране на целеви аудитории", "обмен на информация" и "промяна на поведение", са най-честите атрибути на здравната комуникация. В резултат на интегриране на редица дефиниции Renata Schiavo стига до едно обобщено определение на здравната комуникация, което приемаме и ние: *„Здравната комуникация е многообразен и мултидисциплинарен подход за достигане до различни аудитории и споделяне на информация, свързана със здравето, с цел да се повлияят, ангажират и подкрепят хората, общностите, здравните специалисти, целеви групи, политици и обществеността да се приеме или поддържа поведение или политика, което в крайна сметка ще доведе до подобряване на здравните резултати.“*

Таблица 1. Ключови думи и дефиниции на здравната комуникация

Ключови думи	Дефиниции
<p>Информирание и въздействие на индивидите и обществото за вземане на решения</p>	<p><i>"Използването на комуникационни стратегии за информирание и влияние върху индивидуални и общностни решения за подобряване на здравето" (33, 140).</i></p> <p><i>„Здравната комуникация е превенция на болестите чрез промяна на поведението"(20).</i></p> <p><i>„Проучване и използване на методи за информирание и влияние върху индивидите и обществото, които да доведат до подобряване на здравето" (72, 73).</i></p> <p><i>"Здравната комуникация е процес на разработване и разпространение на съобщения за специфична аудитория, с цел да се повлияе върху нейните знания, нагласи и</i></p>

	<p>убеждения в полза на здравословен поведенчески избор (184, 178).</p> <p>“Здравната комуникация е използването на комуникационни техники и технологии за (положително) повлияване на физическите лица и обществото, като цяло, с цел насърчаване на благоприятни условия за здраве на хората” (117,240).</p> <p>“Това може да включва различни канали – лекар- пациент, интерактивно обучение, групи за самопомощ, гореща телефонна линия, масмедии, мероприятия и др.” (236).</p>
Мотивиране на индивидите	<p>Искусството и техниките за информиране, които влияят и мотивират индивидите, институциите и обществото по важни здравни въпроси. Нейният обхват включва превенция на болестите, промоция на здравето, здравна политика, включително участие и на бизнеса, както и повишаване на качеството на живот и здравето на физическите лица в рамките на общността” (149, 231).</p>
Промени поведението	<p>Здравната комуникация, като здравното образование, е подход, който се опитва да промени набор от различни поведения в една мащабна целева аудитория по отношение на специфичен здравен проблем за определен период от време“ (200).</p>
Повишаване на знанията	<p>“Целта на здравната информация е да повиши знанията относно въпроси, свързани със здравето и разбирането, че знанията могат да помогнат за подобряване на здравословното състояние на целевата аудитория“ (49).</p>
Овластяване на хората	<p>„Здравната комуникация овластява хората, като им дава знание и разбиране за специфични здравни проблеми и интервенции” (130).</p>

Ключовите характеристики на здравната комуникация в двадесет и първи век са свързани с подобряване на здравните резултати, чрез насърчаване на промяна в поведението и социална промяна. Това вече се смята за неразделна част от повечето интервенции за общественото здраве (11, 257). Един цялостен подход, който се базира на пълното разбиране и участие на **целевите аудитории**.

Kreps (2003) определя здравната комуникация като ресурс, който позволява здравните съобщения (относно превенция на болести, рискови фактори и промоция на здраве) да информират, образоват и въздействат на индивидите, с цел подобряване на здравето. Тази широка дефиниция включва факта, че здравната комуникация е един холистичен подход за промоция на здравето (105).

1.2. Основни етапи в процеса на здравна комуникация

Здравните комуникации са неразделна част от програмите за здравна промоция и изискват внимателно планиране. Различните автори предлагат различни подходи при планирането на здравните комуникации, като принципите, които стоят в основата на тези подходи са едни и същи. Най-общо, етапите на процеса на планиране на здравната комуникация могат да бъдат описани в следната последователност:

1. Дефиниране на комуникационните цели.
2. Изучаване на целевата аудитория.
3. Изработване на дизайн и тестване на посланието.
4. Избор на комуникационни канали.
5. Осъществяване на комуникационната кампания.
6. Анализ и оценка на постигнатите резултати.

За ефективността на здравната комуникация от съществено значение е правилното дефиниране на аудиторията:

- Определяне на аудиторията, за която е насочено посланието;
- Определяне на отделни сегменти, за които да се пригоди посланието;
- Изучаване на аудиторията – социо-демографска характеристика; допълнителна информация за вярвания, нагласи, рисково поведение;
- Определяне на комуникационните канали и източниците, които се считат за достоверни и достъпни за аудиторията като цяло и за отделните сегменти (244).

Здравната комуникация започва и завършва с желанията и потребностите на аудиторията. Тя не е само цел (въпреки че в много разработки се набляга на това), но е и активен участник в процеса на анализиране на здравните проблеми и намиране на адекватни решения.

1.3. Ролята на сегментацията на аудиторията в процеса на здравната комуникация

„Познавай своята аудитория е може би най-важната мантра в здравните комуникации.“

Рената Шиаво (178)

1.3.1. Значение на сегментацията

Непосредствена задача на комуникатора, след като е дефинирал целта си, е възможно най-пълно да определи актуалното състояние на аудиторията си. Харолд Ласуел (8) определя наблюдението на средата като един от същностните моменти във всяка комуникация. Това е така, защото едно съобщение никога не съществува само за себе си. То представлява само една празна знакова обвивка дотогава, докато получателят не се заинтересува от него и не му предаде определен смисъл. Днес за изследователите е общоприет фактът, че различните публики могат да реагират по най-неподозирани начини на едно и също послание. Този факт е от ключово значение за успеха на здравната комуникация.

В центъра на здравния комуникационния процес е аудиторията. Аудиторията е колективен адресат – включва няколко човека. Броят на реципиентите варира от десетки до милиони отделни получатели. Условието, които създават новите комуникационни технологии променят и някои от основните характеристики на аудиторията, като анонимност. Предварителният анализ на потенциалната аудитория включва обособяването на “главен реципиент” и членовете на “н”-тичните аудитории (1). Най-често този анализ включва система от въпроси и отговори, например:

- *Каква е аудиторията?*
- *Каква нагласа се очаква да имат реципиентите към съобщението?*

- *Каква нагласа искаме реципиентът да има след получаване на съобщението?*
- *Какво действие (ако има) желаем да осъществи реципиентът, като резултат от съобщението?*
- *Кое е най-важното, което трябва да се каже на реципиента? (1).*

Доброто познаване на аудиторията дава възможност здравното послание и комуникационният канал да бъдат съобразени с характеристиките и, както и да се постигне максимален ефект. За целта се използват формиращи изследвания и сегментация на аудиторията (57). Формиращите изследвания описват аудиторията в следните аспекти: кои са нейните представители, какво е важно за тях, какво оказва влияние на тяхното поведение и какво ще им даде възможност да бъдат ангажирани с желаното поведение. Сегментацията на аудиторията е разделянето и на по-малки групи, в които индивидите имат повече прилики по определени признаци, отколкото с индивидите в другите групи (сегменти) (58, 66, 103, 210). При разработването на сегментацията трябва да има хомогенност в рамките на всеки сегмент и хетерогенност между отделните сегментите (58, 60, 66). Сегментите също трябва да бъдат достатъчно големи, за да се обоснове разпределението на организационни ресурси; за да са релевантни на посланието, продукта или услугата, които ще бъдат доставени. Към всеки сегмент трябва да се разработи различен комуникационен микс (74, 103, 140, 143).

Сегментацията се базира на социалните науки, социалната философия, маркетинга и изследването на социалните комуникации. Изследванията на психологията на масите и тълпата, в опитите за обяснение на тоталитарните общества и индустриализацията, от една страна, и анализът на влиянието на концепцията за публиките (субгрупите), от друга, полагат основите на сегментацията през 20-те години на миналия век. Терминът „сегментация” навлиза в речника на маркетолозите през 50-те години. Той се основава на идеята, че населението, пазарът или аудиторията, могат да бъдат разделени на групи, чиито членове си приличат повече, отколкото с членовете на другите сегменти. Първоначално сегментацията е ограничена само в областта на продуктовия маркетинг, но в последствие навлиза в области като масовите комуникации, изследването на общественото мнение, политическите науки, социологията и антропологията. Понастоящем сегментацията е от съществено значение за много дисциплини, включително социален маркетинг, общественото здраве и здравна комуникация (104). Тя е в основата на социалния

маркетинг, чиито техники и принципи се използват през годините в четири основни области: промоция на здраве, превенция на травми и наранявания, опазване на околната среда и мобилизация на обществеността (103). В света на социалния маркетинг и комуникациите понятие като "широка аудитория" не съществува. Един подход или послание не са приложими навсякъде. Демографските характеристики, нагласи, поведение и лични преживявания влияят на начина, по който хората реагират на комуникационните съобщения (20, 105, 108, 121). Целта на сегментацията на аудиторията е да се определят групи със сходни интереси, които реагират по подобен начин, така че здравното послание да бъде проектирано и насочено по подходящ канал, за да постигне максимален ефект.

Могат да бъдат обобщени няколко основни ползи от сегментирането на аудиторията и нейния анализ (57):

- Първо, чрез разбиране на уникалните нужди на целевите групи, посланията, продуктите и услугите могат да бъдат разработени така, че да отговарят на нуждите на тези групи, това засилва постигането на целите на организацията.
- Сегментирането е един икономически най-ефективен начин за промоция на съобщения /продукти/, услуги за съответните целеви групи.
- Сегментирането позволява да се определят медийните предпочитания на отделните сегменти и така посланията да се насочат към най-подходящите комуникационни канали;
- Комуникационната стратегия може да се насочи към аудиторията, която е най-лесна за достигане, най-възприемчива към посланието.
- Сегментирането е един систематичен подход за пазарно покритие, чрез който може да се идентифицират групи, нуждаещи се от дадено послание, които в други случаи могат да се пропуснат.

Изследователи посочват като основни фактори за неуспеха на здравните кампании липсата на сегментация на аудиторията, дизайн на посланието и подбор на подходящ комуникационен канал, съобразно сегментираната аудитория (69, 131, 134, 218).

1.3.2. Методи за сегментиране на аудиторията

Разделянето на аудиторията става на базата на определени характеристики. Не всяка подгрупа в една популация може да бъде третирана като сегмент. За да бъде един сегмент жизнеспособен, той трябва да отговаря на следните условия (218,156):

- **Измерим** – може да бъде събрана точна и пълна информация за сегмента при приемливо ниво на разходите;
- **Достъпен** – със сегмента е възможно да се осъществява ефективна комуникация посредством стандартни методи на разпространение;
- **Съществен** – трябва да е значим за самостоятелни маркетингови/комуникационни усилия;
- **Смислен** – членовете му трябва да имат характеристики, релевантни за целите на комуникатора.

Сегментирането на аудиторията е възможно да бъде осъществено на основата на използването на две широки групи от променливи. Първата група са описателните характеристики на аудиторията: географски, демографски и психографски. Втората група са поведенчески фактори, като например: реакция на аудиторията въз основа на определена изгода, поводи за употреба, привързаност към определена марка и други (211). Независимо от това кой метод се използва, целта е да се адаптира комуникационната стратегия към реакцията на аудиторията.

Географска сегментация

Географската сегментация разделя аудиторията по географски признак като: нации, области, региони, градове, квартали, махали. По-често географската сегментация се комбинира с демографска, като по този начин се дава по-богато описание на географските сегменти.

Демографска сегментация

При демографската сегментация аудиторията се разделя на основата на такива променливи като: възраст, размер на семейството, жизнен цикъл на семейството, пол, доходи, етническа принадлежност, поколение, националност и социална класа. Променливите за демографска сегментация могат да бъдат разделени на две групи: биосоциални и социокултурни. Биосоциалните характеристики са разграничени

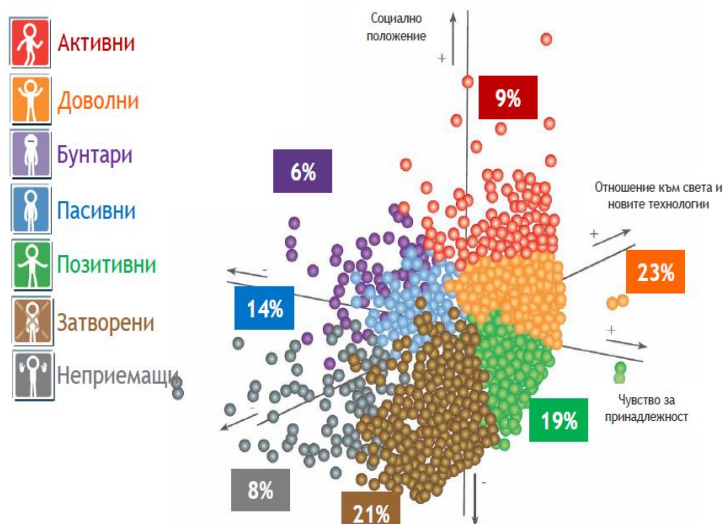
твърдо демографски променливи чрез тяхната връзка с биологични черти. Демографските променливи, включени в тази категория, са: възраст, пол и раса (етническа принадлежност). Социокултурните са: семеен статус и свързани атрибути, образование, доход, професия/отрасъл, и други социокултурни фактори, като религия (211).

Психографска сегментация

При психографската сегментация аудиторията се разделя на различни групи на основата на психологични/личностни черти, нагласи, стил на живот или ценности. Хората от една демографска група могат да имат различни психографски профили. Това може да окаже съществено влияние върху сегментирането на здравната аудитория и планирането на здравните комуникации. Изследователите разработват различни модели за психографска сегментация, които се използват активно в маркетинга и продажбите, но те намират сравнително ограничено приложение и се използват отскоро в здравните услуги и комуникации.

Психографско сегментиране по методиката VALS (Values and Lifestyles) - една от най-популярните класификационни системи, която класифицира американските граждани в 8 основни групи, на базата на мотивацията и ресурсите за потребление. Потребителите са подтиквани от един от трите основни мотиватора: идеи, постижения и себеизразяване. Различните нива на доход (ресурси за потребление) повишават или ограничават изявата на основната мотивация (254). Въпреки че е разработена за САЩ, VALS се прилага и за други държави, като за целта се адаптира за съответната култура.

У нас, през 2009 г. консултантска агенция MMD Partners, заедно с НОЕМА, разработва психографски модел за **цялостен анализ на начина на живот на българските потребители** с търговското наименование „Пазарен компас“ (220). На тази основа са дефинирани седем генерични сегмента потребители в България, които фундаментално се различават по своята ценностна система и начин на живот (фигура 1). Направен е анализ как различното им отношение към живота се превежда в различно потребителско поведение. Пазарен компас дава пълна картина на различните начини на живот на българските потребители и позволява анализ на фундаменталните мотиватори, които са в основата на различните типове потребление.



Фигура 1. Модел за психографско сегментиране на българските потребители (MMD Partners, НОЕМА).

Отделните генерични сегменти притежават следните характеристики:

- Активни – амбициозни и успяващи, отворени към света и технологиите, 65% висшисти; 48% софийнци, с най-високи доходи и харчещи най-много, по-голямо разнообразие от продукти и услуги, отколкото другите групи;
- Доволни – най-голямата група; спокойни и доволни от постигнатото, силна привързаност към корените, отворени към новото, но без да го търсят активно, средно и висше образование, големи областни градове и София;
- Бунтари – протест срещу статуквото, доходи над средните, част от глобалния свят посредством технологиите, живеят в настоящето, за момента; най-младият сегмент (34 г. средна възраст), големи областни градове и София;
- Пасивни – приемащи света за даденост, практични и търсещи комфорт, средно специално образование;
- Позитивни - патриархални ценности – респект към „старото“, но и уважение и приемане на „новото“, желание към развитие и усъвършенстване, две трети са със средно образование;
- Затворени – най-консервативната част от обществото, изолирани от света, затворени в семейството и живеещи в миналото, не приемат новото и го отхвърлят, нисък социален статус, примирени с положението си, най-възрастната група (средна възраст над 63 г.);

- Неприемащи – нисък социален статус, липса на интерес към света, липса на постоянна платена работа, отхвърлят не само новото, но и старото, висок дял на малцинствени групи, ниско образование и ниски доходи, най-вече живеещи в села.

Друг модел, специално за нашите условия, е разработен от „ПРОГРЕС консулт“ (222), който е резултат на 12-годишна разработка и тестване на методологията за дефиниране на психографските профили. На тази основа е установено, че сред българските потребители има 4 значително различаващи се една от друга групи:

- ТЪРСАЧИ – най-ориентираната към наслади и забавления, най-самоуверената и склонна към риск група;
- ЕДИНАЦИ – приобщаването е с най-слабо значение за тях, за тях неопровержим закон е собственото им мнение;
- ЧЛЕНОВЕ – търсят топли отношения с другите, съществено за тях е да им бъде признато правото да имат собствено мнение, да бъдат „чути“;
- ЛАГЕРИ - най-прагматичната група от потребители, търсят ос, около която да се „въртят“ - и са по-малко склонни да се „откъсват“ от нея.

Като обем най-малката от групите се състои приблизително от 1 млн. потребители, а най-голямата – от 1.8 млн. потребители. Методологията позволява да се определи базовата психографска структура на населението (или на определена потребителска група при ад хок проучвания) и разпределението на потребителите в няколко основни групи. Тя позволява анализ на медийното поведение на дефинираните групи, като може да се проследят следните тенденции:

- Дялове на следящите основните типове предавания по телевизията;
- Дялове на гледащите телевизии в определени часови пояси;
- Предпочитания към конкретни печатни издания (всекидневни вестници, седмични вестници, списания);
- Честота на контакта с конкретните издания;
- Най-често слушани радиостанции;
- Съпоставка в медийното поведение на групите на ползващите и неползващите сектора;

- Анализ на медийното поведение на групите според настоящото ползване или потенциала за ползване на най-разпространените продукти или услуги.

На базата на получените от конкретното проучване данни е възможно да бъде селектирана специално дефинирана целева аудитория, когато това е необходимо за целите на комуникацията сред точно определена група. Има възможности целевата аудитория да бъде зададена директно и към нея да бъдат приложени психографските профили и да се изведе медийната и консумация, или – да се определят някои основни черти на целевата аудитория. В този случай се извършва селектирането чрез стесняване на целевата аудитория до приоритетната и най-благоприятна за комуникиране част от нея – до равнище на определяне на конкретните медии, чрез които с целевата аудитория може да бъде осъществена най-ефективно медийна комуникация.

Поведенческа сегментация

Поведенческата сегментация разделя потребителите въз основа на тяхното поведение, начина, по който реагират, използват или познават даден продукт. Формите на поведенческо сегментиране са (143):

- Нужди и изгоди;
- Роля при вземане на решение – за много продукти е лесно да се установи кой взема решение за покупката;
- Повод за покупка, лоялност, нагласи или комбинация от тези характеристики.

Изборът на модел за сегментация зависи от целите и ресурсите на дадена кампания, като се отчитат предимствата и недостатъците на отделните подходи (Таблица 2).

Таблица 2. Предимства и недостатъци на методите за сегментиране

Видове сегментация	Предимства	Недостатъци
Географска	<p>Ценен подход, когато се прави международно проучване, при което географското сегментиране ще позволи да се разгледат културните различия. Полезна е, когато се прави проучване в градове /страни, където има значителни различия в социално-икономическия статус или в начина на живот в различните географски региони/.</p>	<p>Доста ограничена сегментационна база, тъй като се приема, че всички индивиди в една географска област са със сходни нужди. Следователно, географското сегментиране обикновено трябва да се използва в комбинация с друг вид сегментиране.</p>
Демографска	<p>Лесна за прилагане и използване, тъй като необходимите данни могат да бъдат получени доста бързо и евтино.</p>	<p>Както при географското сегментиране, този подход се основава на предположението, че индивидите в една и съща демографска група ще имат сходни потребности, което е малко вероятно. Най-голямото ограничение на тази сегментация е, че има много малко разбиране на самите потребители.</p>

<p>Психографска</p>	<p>Дава много по-добра представа за индивидите като личности, което дава възможност за идентифициране на основните им потребности и мотиви и съответно по-висока ефективност за постигане на желаните резултати.</p>	<p>Този подход изисква наличието на подробни данни/изследвания за съответния сегмент, както и повече ресурси и по-голямо финансиране. Има и някои опасения по отношение на данните и интерпретацията, а също и по отношение на определянето на сегментите, които са труднодостъпни.</p>
<p>Поведенческа сегментация</p>	<p>Тази сегментация често се използва, за да се разбере как да се активира даден сегмент и да се въздейства за промяна на поведението на членовете му.</p>	<p>Необходимо е подробно и задълбочено проучване и използването на маркетингови модели и бази данни за изследване и експериментиране.</p>

1.3.3. Приложение на сегментацията на аудиторията в здравната комуникация

Принципите на социалния маркетинг, залегнали в основата на сегментацията на аудиторията, дават основа за ефективни интервенции в областта на общественото здраве. Сегментирането е необходима стъпка в процеса на проектиране и разработване на здравните комуникационни кампании (19, 79, 140, 163, 181). Идеята за хетерогенността на здравните кампании днес е заложена в разработването им. Целта е да бъдат формирани такива сегменти от аудиторията, които да позволят по-ефективна комуникация на сложни здравни послания и определяне на стратегията за

комуникационните канали. Сегментацията на аудиторията дава възможност да се определят групи със сходни характеристики, които реагират по подобен начин, така че здравното послание да бъде проектирано и насочено по подходящ канал, за да постигне максимален ефект.

1.3.3.1. Демографска сегментация

Демографската сегментация най-често е задача, която се решава още в началото на комуникационната стратегия.

Възрастта е може би най-добрият единичен показател, който предсказва много променливи, свързани със здравето. Желанията, начинът на мислене и потребностите на хората се променят с възрастта. Често изборът на комуникационен канал е свързан с възрастта. Това, което трябва да се има предвид, е, че понякога може да бъде показател, който подвежда, защото хората на една и съща възраст могат да имат съвсем различни нагласи, опит, и други характеристики, които определят техните здравни потребности и комуникационния им стил.

Половата принадлежност също има значение за изследването на променливите, свързани със здравето. Освен, че може да е показател за специфични заболявания, тя може да предскаже и разлики в поведението, тъй като мъжете и жените имат различни нагласи и се различават в поведението си. Например жените са по-активни от мъжете от гледна точка на здравното си поведение – посещение при лекари, ползване на здравна информация, водене на здравословен начин на живот и др. Изследванията на маркетолозите показват, че в развитите страни жените преобладаващо вземат важните решения в семейството – от ежедневните покупки, начина на хранене, до покупката на нови къщи и дори коли (143).

Етническата принадлежност също оказва влияние върху структурата на заболяемостта на съответния етнос и може да бъде основа за предвиждане на здравно му поведение и нивото на здравни знания.

Семейният статус, структурата на домакинството и до голяма степен ангажиментите за съвместно съжителство (living arrangements – взаимоотношенията между тези, които споделят общо домакинство; живеещите на семейни начала; съквартиранти и др.), представляват интерес за специалистите по обществено здраве,

защото могат да имат отношение както към здравните проблеми на целевата аудитория, така и към начина, по който се вземат решенията, свързани със здравето в тези общности.

Образованието е изключително важен фактор, който трябва да бъде вземан предвид в процеса на здравна комуникация, защото то оказва влияние върху нивото, което е необходимо за осъществяване на здравните комуникации.

Нивото на *доходи* и свързаните с него атрибути (като например бедността), са от критично значение за планирането на здравните комуникации. Доходите, измерени като доходи на домакинство, или на глава от домакинството, могат да бъдат важен фактор, който дава представа за заболяемостта, смъртността и ползването на здравни услуги в дадена общност. Нивото на доходи на дадена общност могат да бъдат добър показател за желанията и настроенията относно здравни услуги.

Професията и отрасълът също са важни фактори при профилирането на здравната аудитория. От една страна тези показатели често подсказват какъв е типът на здравните проблеми и услуги, от които се нуждае целевата аудитория, а от друга в много случаи може да бъде основа за предвиждане на особености и тенденции в здравното поведение на аудиторията.

Социокултурните отличителни черти са важни за определянето на профила на здравната аудитория, поради връзката им със здравния статус и здравното поведение. Още повече, че социокултурният контекст на целевата аудитория обикновено определя нейните комуникационни стилове. Социокултурните характеристики могат да бъдат от значение за различни общности, а оттам и за сегментирането на здравната аудитория. Религията, например, е характеристика, която е трудна за определяне и много рядко се взема предвид при планирането на здравни кампании, но има случаи, в които познаването на религиозната принадлежност на аудиторията има важно значение за планирането на здравните комуникации.

Разбирането, че демографските различия не са единствени в рамките на един сегмент, налага развитието на по-задълбочено сегментиране. Различията в рамките

на един демографски сегмент може да са толкова големи, че едно общо послание да бъде неефективно.

1.3.3.2. Психографска сегментация

Психографската сегментация дава много по-добро познаване на аудиторията, защото групи, които са близки по демографски характеристики, могат да бъдат много различни в тяхното здравно поведение, което е повлияно от начина им на живот (22, 23, 85, 222.). Психографските фактори могат да са от съществено значение за оценката на нагласите на аудиторията и вероятността да има здравословно или нездравословно поведение. Психографският анализ може да спомогне за идентифициране на вероятните здравни приоритети и поведение на сегментите на дадена здравна аудитория. Познаването на психографските сегменти на целевата аудитория осигурява полезна информация и насоки за разработване на инициативи за здравна комуникация.

През 2013 г. НОЕМА представя изследване за връзката между начина на живот и избора на храна на българското население (221). Според изследването хранителните навици на отделните сегменти са:

- Активни – натурални (био) продукти и често с определен режим на хранене; ориентирани към качество;
- Доволни – стремеж към здравословно хранене; търсещи съотношение качество-цена;
- Бунтари – без специални изисквания, но избягват „вредни храни“ и ценят натуралните (био) продукти; най-много вегетарианци;
- Пасивни – без специални изисквания, но се интересуват от темата за здравословно хранене и се стремят към натурални продукти (често домашно производство);
- Позитивни – с режим на хранене, като се стремят да избягват „вредни“ храни; ориентирани към качество на основни, „базисни“ продукти;
- Затворени – липса на специални изисквания, но често спазват режим на хранене заради здравословен проблем ;
- Неприемащи – липса на изисквания; ориентирани към цена.

На тази основа се формират шест стила на хранене:

- Вегетарианци – 65% четат внимателно етикетите на храните; 59% приемат хранителни добавки; 41% ограничават количеството храна при хранене; 44% консумират основно черен или пълнозърнест хляб; 59% се интересуват силно от темата за здравословен начин на живот;
- Натурални (био) продукти – 53% са готови да платят повече за био храни; 52% консумират шоколад всяка седмица; 51% консумират ядки поне веднъж седмично; 50% избягват мазни храни; 42% консумират риба и морски продукти поне веднъж седмично; 37% пият вино поне веднъж седмично;
- Здравословен проблем – 68% ограничават солта при хранене; 53% са готови да платят повече за био храни; 48% се стремят да купуват качествени храни; 44% винаги търсят специални оферти – промоции, томболи и др.; 43% редовно ходят на профилактични прегледи, дори и да нямат оплаквания;
- Режим на хранене – 68% следят постоянно теглото си; 64% ограничават солта при хранене; 57% четат внимателно етикетите на храните; 52% ограничават количеството храна при хранене; 44% избягват хляб и тестени продукти;
- Без специални изисквания – 86% не консумират био храни или го правят изключително рядко; 65% хапват сандвичи поне веднъж седмично; 53% консумират домашно приготвени консерви, поне веднъж седмично; 40% пият бира, поне веднъж седмично (7% - всеки ден); 35% консумират макаронени изделия поне веднъж седмично;
- Избягващи “вредни” храни – 68% готвят в домакинството всеки ден; 55% ограничават количеството сол; 58% избягват мазни храни; 51% приготвят сандвичи в домакинството, поне веднъж седмично; 50% пият много вода всеки ден.

1.3.3.3. Поведенческа сегментация

Най-важният параметър за сегментиране на аудиторията в процеса на здравна комуникация е на базата на нагласите и поведението, което дадена аудитория има към въпроси, свързани със здравето (140,178, 192, 210).

Все по-голям брой доказателства сочат, че много рискови поведения при подрастващите са взаимосвързани. През последните години, изследователите в

областта на общественото здраве препоръчват при разработване на здравни кампании да се идентифицират клъстери по поведения за интервенции. Това изисква специалистите по общественото здраве да променят комуникационните стратегии за сегментиране на аудиторията, за да се идентифицират основните характеристики на лицата, които проявяват комбинации от нездравословен начин на живот и рисковото поведение. Някои автори (23,140) предлагат използване на етапите в промяна на поведението (обмисляне, съзерцание, подготовка, действия) от модела на Проходка и Ди Клементе за сегментиране на ключови аудитории. Ако се разгледат основните причини за приемане или не приемане на препоръчано поведение, могат да бъдат обобщени следните категории хора: *не знам; знам, но виждам твърде много препятствия; знам, не виждам пречки, но не виждам ползи; знам, не виждам твърде много пречки, виждам ползи, но не ми пука и знам, не виждам твърде много препятствия, виждам ползи, но не разполагам с време, ресурси, инструменти или подкрепа за прилагане на промяната* (141).

Интервенциите, насочени към всеки от тези сегменти, могат да бъдат доста различни, като е необходимо да се вземат предвид другите характеристики на всеки сегмент (например социално-икономически фактори, възраст, начин на живот). Понякога поради разнообразието на подходите, които са необходими, за да се достигне до различни сегменти или подгрупи на населението, здравната комуникация може да се съсредоточи само върху една група или да включва и други групи постепенно.

В процеса на здравна комуникация е необходимо и идентифициране на ключови аудитории. Това включва определяне на първични, вторични и третични аудитории (140). *Първичните аудитории* – това са хората, които са най-засегнати от даден проблем и чието поведение имаме за цел да променим. *Вторичните аудитории* са индивиди, групи, общности или организации, които оказват влияние върху решенията и поведението на първичната аудитория. Например това могат да бъдат членове на семейството, връстници, здравни специалисти, организации. Когато, за промяната на дадено поведение, значение имат други фактори, извън първичните и вторичните аудитории, тогава се налага да се дефинират и *третични аудитории*. Например третична аудитория могат да бъдат производителите на храни,

при кампания за здравословно хранене или законодателните органи – при кампания за ограничаване на тютюнопушенето.

При сегментацията на аудиторията в провежданите здравни кампании трябва да се отделя значение и на фактори като:

- **Нужди на аудиторията** - разпространение на дадено нездравословно поведение и фокус върху нуждите на аудиторията, изложена на риск от това поведение;
- **Размер на аудиторията** – здравните кампании се стремят да достигнат до възможно най-голяма аудитория;
- **Въздействие върху аудиторията** –аудиторията се сегментира в зависимост от потенциала и да възприеме дадено послание и да бъде убедена */например кампания, проведена в Онтаро, спонсорирана от канадското министерство на здравеопазването, насочена към ограничаването на тютюнопушенето сред интензивни пушачи, не постига никакъв ефект, но след пренасочване на усилията към умерените пушачи, организаторите на кампанията отчитат резултати/;*
- **Достъпност** – дали даден сегмент от аудиторията може да бъде достигнат, така че разработената стратегия да бъде ефективна и да оправдава разходваните средства;
- **Политически съображения** – върху сегментацията на аудиторията могат да влияят политически решения, социални и етични съображения (140,178, 188 252).

Наличните ресурси също са от значение при сегментацията на аудиторията. Разходите, свързани с разработването и изпълнението комуникационна стратегия само до няколко групи, могат да надхвърлят ползите. Ако ресурсите са ограничени, но сегментирането на аудиторията е оправдано, може да е подходящо съсредоточаване върху по-малко сегменти. Например комуникационна стратегия за женско здраве в Румъния разделя аудиторията на множество малки сегменти, които в последствие се сричат до една първична аудитория. *Изследователите разделили аудиторията на базата на първоначални данни за съществуващи разлики в начина на живот между селските и градските жени, омъжени и неомъжени жени. На база на предишни изследвания те знаели, че трябва да изработят различни послания и информация, съобразена със съответния сегмент. Интересно е, че изследването показва, че нуждата от повече информация за модерните методи за семейно планиране е еднаква за всички сегменти и желанието за използване на тези методи е еднакво голямо. В допълнение масмедийте се оказали достъпни за всички*

сегменти. Изводът бил, че би могло да се разработи една кампания с ясни послания до всички сегменти от аудиторията, с изключение на ромските жени. Техните културни различия и ниво на грамотност били толкова различни от останалите сегменти, че било нерентабилно включването на тази група в изследването (111).

1.4. Комуникационните канали - важен фактор за ефективността на здравната комуникация

През последните десетилетия бурното развитие на масовите комуникации дава своето отражение и върху комуникациите в областта на общественото здраве. Новите медии заличават границата между различните комуникационни канали, между масовата и междуличностната комуникация. Това налага разработване нови подходи за използване на медиите за целите на общественото здраве. Промените се дължат на два основни фактора: разрастване на медийните канали, а оттук спад на размера на аудиториите на традиционните медии, което затруднява достъпа до големи аудитории за нуждите на общественото здраве. Другият фактор е възходът на интернет. Този комуникационен канал предлага мощни и гъвкави инструменти за предаване на информация до различни сегменти от аудиторията, което подпомага използването му за разпространението на здравна информация. Негово предимство са и по-ниските разходи в сравнение с традиционните медии (111).

Комуникационният канал е средството, чрез което се изпраща информация до един човек или множество хора. Наред с другите фактори, като източник на съобщението, аудитория и дизайн на посланието, комуникационните канали имат важна роля за ефективността на комуникацията (134, 140). Скокът в използването на новите медии за търсене на здравна информация и свързаното с това нарастване на автономията на потребителите на здравни услуги доведе до повишаване на научния интерес към използваните канали за здравна комуникация. Проучванията, сравняващи ефективността на различните комуникационни канали, са трудни за интерпретиране, което може би е причина за сравнително малкото изследвания в тази област (135).

1.4.1. Характеристика на основните видове комуникационни канали

Внимателната селекция на комуникационните канали е фундаментът за успешна комуникация. Това допринася за достигане до желаната аудитория и постигане на максимален ефект. Нито един комуникационен канал, сам по себе си, не би постигнал всички желани ефекти. Познаването на характеристиките на отделните канали, техните предимства и недостатъци, помага за избор на най-подходящите. В таблица 3 са посочени най-съществените разлики, предимства и недостатъци, на различните комуникационни канали.

Таблица 3. Характеристика на основните видове комуникационни канали

Медия	Предимства	Недостатъци
<i>Междудуличностни канали</i>	Интерактивност, висока степен на доверие, висока ефективност за промяна на нагласи и поведение, възможност за проследяване на промяната	Отнема много време, може да струва скъпо, ограничена аудитория, трудно се проследява постигането на целите
<i>Вестници</i>	Гъвкавост, високо равнище на разпространение, географска избираност, бързина при изготвяне и разпространение, висока степен на доверие	Кратък живот, ниско качество на печата, ниска селективност на аудиторията
<i>Списания</i>	Висока географска и демографска селективност, надеждност и престиж, високо качество на печат, дълготрайност	Ограничен достъп и честота на издаване, дълъг период за издаване

Медия	Предимства	Недостатъци
<i>Брошури, дипляни</i>	Висока селективност на аудиторията, гъвкавост, мобилност	Ограничена аудитория, високи разходи, сравнително кратък живот, свръхпредлагане
<i>Телевизия</i>	Въздействия на сетивата, голяма аудитория, висока степен на въздействие, изборност и гъвкавост	Висока цена, бързоотминаваща експозиция, в някои случаи слаба селективност на аудиторията
<i>Радио</i>	Възможност за географска и демографска сегментация на аудиторията, ниски разходи	По-ниска степен на внимание от телевизията, използва се като фон, бързо отминаваща експозиция
<i>Интернет</i>	Висока възможност за сегментация на аудиторията, ниски разходи, интерактивна комуникация, бързина	Ограничено разпространение, аудиторията контролира експозицията, използва се предимно от по-млади и по-активни хора в градовете

Адаптирано по: Kotler, Roberto, Lee, 2002

1.4.2. Видове канали за здравна комуникация

1.4.2.1. Междудуличностни канали

Макар че са налице много определения, междудуличностната комуникация често се определя като комуникация, между хора, които са свързани по някакъв начин. Тя включва комуникация между родители и деца, учител и ученик, работодател и служител, приятели, лекар и пациент и др. Въпреки че до голяма е двудуличностна, тя може да се разшири, като включи малки групи, например семейство, приятели, връстници, колеги. Тази комуникация включва обмен на съобщения, чрез използване на вербални символи и/или невербално поведение, с цел да се предадат съобщения, знания, мисли, чувства, намерения, внушения. Междудуличностна комуникация може да се проведе лице в лице или чрез медийни платформи, като например социалните мрежи.

Междудуличностните комуникации са важна област за действие на здравно-комуникационни програми, насочени към поведението или социална промяна (53). Доказано е, че ефективната комуникация между лекар и пациент има положително въздействие относно съгласието и приемането от пациента на препоръките за здравето му, намаляване на рисковото поведение и подобряване на здравните резултати (30, 38, 56, 76). Междудуличностната комуникация между пациента и лекаря има най-голямо въздействие за намаляване на заболяемостта и смъртността при хронични заболявания, чрез персонализирана информация и обмен на информация. Тук бариери за ефективна комуникация могат да бъдат недостигът на време, ниското образователното равнище на реципиентите, нивото на здравна грамотност, културни различия, възраст, както и използването на медицинска терминология, които да доведат до слабо разбиране на предоставената информация. Според проучване на Американската медицинска асоциация повечето пациенти, независимо от тяхното образователно ниво, предпочитат да получават здравна информация на прост и лесен за разбиране език (114). Консултирането с медицински специалист е важна област в междудуличностните комуникации и е мощен фактор за въздействие върху вярванията, нагласите и поведението на индивидите.

Родителите, приятелите и връстниците са друг важен комуникационен канал за въздействие. Изследване за оценка на възприеманата полезност от различни комуникационни канали, относно здравна информация за хора с тежки психични заболявания, сочат като най-надежден източник за получаване на информация междуличностната комуникация. Изследваните посочват като достоверни и полезни източници специалистите по здравни грижи, приятелите и семейството, като отчитат фактори като надеждност, близост и наличност, както и спецификата и дълбочината на информацията, предоставена от тези източници на комуникация за здравна информация (228).

Резултати от национално проучване в САЩ за информационни предпочитания и практики сред хората, живеещи с ХИВ/СПИН, показват, че анкетираните предпочитат получаване на информация чрез междуличностни канали, а именно от здравни специалисти, семейство и приятели, като ги смятат за най-надеждни, полезни, разбираеми и достъпни източници на информация. 43% от анкетираните избират лекарите като най-предпочитан източник за информация. Интернет не е оценен високо като цяло, но той е предпочитан от анкетираните с високо образование и живеещите в градовете. Като цяло анкетираните разчитат на здравните специалисти много повече, отколкото на печатните или електронните медийни източници и търсят насърчение и подкрепа от семейството и приятелите си (81).

В рамките на междуличностните канали е важно да се разгледа въздействието на отделните източници на информация върху поведението на съответните реципиенти. В свое проучване Holtzman and Rubinson (84) показват различното въздействие върху поведението на ученици в гимназията, което оказват родителите и връстниците при информиране относно ХИВ/СПИН. Те отчитат, че при момчетата по-голямо въздействие оказват дискусиите с родителите, докато момчетата са повлияни повече от дискусии с връстници.

Като цяло изследователите сочат междуличностните канали за най-ефективни при интервенции за промяна на поведението (13, 20, 25, 55, 81, 83, 84, 105, 119, 189).

1.4.2.2. Масови комуникационни канали

Средствата за масова информация са канали за прехвърляне на информация, концепции и идеи към цели или общи аудитории. Терминът масмедия е въведен в употреба през 20-те години на миналия век с откриването на националните радиомрежи и отпечатването на многотиражните вестници и списания. Основните видове средства за масова информация са: печатни – книги, списания, вестници, брошури, дигитални и др. и електронни – радио, телевизия, интернет.

Днес средствата за масова информация са един от основните източници за здравна информация. Масмедията са важни инструменти за постигането на целите на общественото здраве (140, 155, 178, 183). Тяхното използване може да има обратен ефект, ако не се прилагат правилно научните изследвания, избраните канали не са съобразени с аудиторията, съобщенията са прекалено емоционални, събуждащи страх или противоречиви.

За целите на общественото здраве масмедията могат да се използват за образование и информиране на аудиторията относно здравни концепции и проблеми, новости в медицината. Техният потенциал може да се използва за въздействие върху аудиторията, чрез промяна в нагласите и поведението, поддържане на тази промяна и реструктуриране на възприеманите социални норми. Като инструменти за обучение, медиите могат да бъдат част от по-големи усилия (например, социален маркетинг) за насърчаване на действия, които имат социална полза. Медиите подпомагат организациите в областта на общественото здраве и професионалистите в изграждане на доверие и достигане до големи аудитории. Като инструменти за застъпничество, средствата за масова информация подпомагат лидерите при определянето на дневния ред на политиката, форум за дебати по спорни въпроси и спечелване на подкрепа по важни проблеми, свързани с общественото здраве (245). Медиите имат уникален капацитет за реструктуриране на нагласите, очакванията и възприятията на младите хора.

Според някои автори медиите имат значение доколкото информацията от тях се влива и обсъжда в междуличностните комуникации. Една медия, когато е комбинирана с междуличностна комуникация може да постигне значителна социална промяна в човешкото поведение, заключава германският социолог Kunczik

(108). Едно важно потвърждение на практическата стойност на модела на Лазерсфелд и Кац за двустепенната комуникация¹. Някои учени в областта на комуникацията, твърдят, че медиите и междуличностните комуникации са в допълващи се или конвергентни отношения по между си (46, 96, 117).

Масмедииите могат да служат като катализатор за по-нататъшна междуличностна комуникация по даден здравен проблем (85). Редица автори смятат, че въздействието върху поведението, свързано със съобщения по масмедииите във връзка със здравен проблем, е по-голямо, когато лицата споделят медийното съдържание в своята междуличностна социална мрежа (21, 52, 61, 62, 175, 180, 187).

Изследователите в областта на здравната комуникация посочват, че масмедийните интервенции, сами или в комбинация с други програми, могат значително да повлияят върху здравното поведение на популацията (21, 34, 55, 70, 93, 115, 134, 148, 182, 186, 215).

В литературата има сравнително малко изследвания за директното влияние на потока от здравна информация от медиите върху здравното поведение на хората. Повечето изследвания са насочени към влиянието на масовите медийни кампании. Масовите медийни кампании отдавна са инструмент за насърчаване на общественото здраве.

Rogers и Storey (163) отбелязват, че в модерната комуникационна кампания, промени в поведението на аудиторията, макар и скромни, често са постижими. Важно е да се зададат реалистични очаквания за това, което може да бъде постигнато. Те твърдят, че една медийна кампания за промоция на здравето може да се счита за успешна или ефективна, ако пет процента от целевата (или сегментирана) аудитория направи измерими промени в здравното си поведение в дългосрочен план. Snyder и Hamilton (186) провеждат мета-анализ на здравни медийни кампании, като изследват 48 здравни кампании в САЩ. Те установяват, че кампаниите са въздействали върху промяна на поведението в положителна насока, средно при около 8% от населението. Успехът варира при различните кампании, като най-успешни са кампании за употреба на предпазен колан, орално здраве, превенция на

¹ През 1955 година излиза знаменитата статия на Пол Лазерсфелд и Илиу Кац, в която те развиват модела за двустепенната комуникация. Идеята е, че съобщенията на медиите достигат до лидерите на мнение (първа стъпка), които по междуличностен път (втора стъпка) ги препредават на останалите хора в аудиторията (и извън нея).

употребата на алкохол. По-голям ефект е установен при кампании, фокусирани върху приемане на ново здравословно поведение, отколкото кампании за превенция или преустановяване на вече съществуващо поведение.

Друг мета-анализ на кампании за превенция на употребата на наркотици в масмедии е проведен от Derzon и Lipsey (54). Те установяват среден размер на ефекта от въздействието на медийните кампании – като най-голям ефект има при повишаване на знанията и по-малък при промяна на поведението и отношението.

Много автори разглеждат принципите за ефективността на масовите медийни кампании (18, 55, 93, 134, 141, 142, 178). В свое проучване на литературата, свързана с изследване на масмедийни здравни кампании за десетгодишен период, Seth Noar (134) обобщава основните принципи, които допринасят за ефективността им:

Провеждане на формиращи изследвания, целящи разбиране на проблема и поведението на аудиторията, пробване на съобщението върху целева аудитория, за да се разбере дали то е подходящо и ефективно;

Използване на теорията, като концептуална основа на кампанията;

Сегментиране на аудиторията – по демографски, психографски характеристики и рискови фактори;

Дизайн на посланието – то да отговаря на характеристиките на съответните сегменти от аудиторията;

Избор на подходящ канал – каналът трябва да е подходящ за целите на кампанията и естеството на съобщението, като и да е максимално използван от целевата аудитория;

Мониторинг на кампанията - да се наблюдава дали е висока експозицията на целевата аудитория към съобщението, включваща честота на излъчването и обем на аудиторията;

Оценка на кампанията – включваща въздействие върху нагласите и поведението.

Редица изследователи докладват, че прилагането на тези принципи води не само до промяна в отношението на аудиторията, но и до промяна в поведението (64, 86, 139, 173, 203).

SethNoar (134) отбелязва, че много малко медийни кампании са използвали само един канал, докато повечето кампании са използвали микс от комуникационни канали. От научна гледна точка, ако една кампания, използва множество канали, може да е трудно или невъзможно да се знае кой компонент (и), са били най-ефективни за кампанията. От друга страна, взаимодействието между различните канали може да увеличи експозицията и така да се повиши ефективността на кампанията. Използването на медия микс дава възможност да се съчетаят предимствата на отделните канали и така да се постигне по-голямо въздействие на посланията и да се обхванат повече сегменти от аудиторията. Учените, изследващи ролята на масовите медии в здравната комуникация, привеждат доказателства за ефективността от използването на микс от комуникационни канали в промоцията на здраве и превенцията на болести, в области като намаляване на употребата на алкохол, ограничаване на тютюнопушенето и употребата на наркотици (139, 150), минимизиране на вредното въздействие на насилието по телевизията (166), промоция на физическа активност (130, 150, 191, 204), насърчаване на отговорно сексуално поведение (87).

По отношение на използваните комуникационни канали, изследователите сочат, че кампаниите, използващи радио, видео и телевизия имат по-голяма ефективност, от тези, използващи печатни медии (148). Редица проучвания на масмедийни кампании, използващи само телевизия и радио, показват, че тези комуникационни канали могат да бъдат ефективни за промяна на поведението (64, 86, 151, 152, 190).

Проведени изследвания за ролята на различните медии в процеса на убеждаване показват, че печатните медии са по-ефективни, когато съобщенията са по-трудни за възприемане и са необходими повече обяснения, докато телевизията и радиото са по-ефективни, когато посланията са по-лесни за възприемане (47). Различия има и във времето на въздействие – визуалните медии провокират непосредствено въздействие, докато при печатните се изисква време за осмисляне (216). Според Meugowitz (122) медийните канали се различават и по начинът, по

който комуникират. Например печатните медии, основани на символи, са по-подходящи за представяне на аргументи и факти, те поставят акцент на съдържанието на съобщението. Визуалните канали, като телевизията, са по-изразителни, по-въздействащи, като тук по-голямо влияние има източникът на съобщението.

Като цяло изследователите считат, че масовите медийни канали са най-ефективни за информиране на широката аудитория, докато междуличностните канали са ефективни за мотивиране на промяна на поведението (24, 70, 121, 122).

Независимо колко убедителни са здравните послания, те не могат да бъдат ефективни, без да се поставят в канали с голям потенциал за достигане до целевата аудитория (53).

Телевизия

Телевизията е мощно средство за въздействие върху аудиторията, независимо от възраст, пол, доходи или образование. Първоначално тя е използвана за целите на общественото здраве само по време на кризи. През 50-те, 60-те и 70-те години чрез продуктовия маркетинг до аудиторията на телевизията достигат здравни послания, свързани с употребата на паста за зъби, сапуни, витамини, обогатени зърнени закуски и др. През деветдесетте години се разширява кръгът от здравни теми с излъчване на специални здравни предавания, филми и разпространение на кабелните телевизии. Изследванията показват, че телевизията е много по-популярен и ефективен избор за здравни кампании, от радиото и печатните медии (10, 53, 85, 87, 93, 94, 126, 153).

Телевизията се оказва подходящ канал за достигане до младите хора в кампании за превенция, тъй като децата прекарват повече време в гледане на телевизия, отколкото в училище, като тези с повишен риск да станат пушачи или да приемат други вредни поведения често са най-тежките медийни потребители (138).

Изследванията върху въздействието на различните медийни канали при разпространение на послания, свързани с тютюнопушенето, посочват телевизията като най-ефективен канал (35, 132, 173, 177). Форматите на телевизионните здравни програми са базирани на концепцията за социалното моделиране, като ключов

процес в стимулирането на промяна в поведението сред популацията (41, 42). Пример за позитивно въздействие на такива програми е серия от телевизионни предавания за промоция на здраве във Финландия, по проект на Северна Карелия за промоция на здраве и превенция на хроничните заболявания. Изследователите по проекта докладват значителни промени в поведението, особено сред зрителите, които редовно са гледали предаванията. Най-значителна е промяната в диетата - намаление в потреблението на мазнини - 27.2% за мъжете и 15.0% за жените, редуциране употребата на сол и захар, увеличаване на консумацията на плодове и зеленчуци, а също и повишаване на физическата активност. Отчетен е, макар и по-малък, процент на отказали се от тютюнопушене пушачи (120).

Няколко проучвания в САЩ документират ефективността на забавните телевизионни програми - шоу и телевизионни филми - за повишаване на информираността на аудиторията по здравни въпроси, като отчитат и промяна в поведението (28, 29, 41, 42, 43, 51, 82, 98, 127, 129, 146, 167, 168, 212).

Изследване за влиянието върху аудиторията на т.н. забавно образование (entertainment education) за здраве чрез телевизионните филми на здравна тематика /“Анатомията на Грей“, „Д-р Хаус“ и др./ показва значително нарастване на здравните познания сред анкетираните. На анкетираните, редовни зрители, са задавани въпроси в областта на превенцията, инфекциозните и хроничните заболявания, включени в сюжетите на филмите, преди и седмица след излъчване на епизодите. Правилни отговори преди излъчване на филмите са дали едва 15% от анкетираните, а след излъчване на епизодите правилни отговори са дали над 90% от тях. Направен е и мониторинг на сайта на Центъра за контрол и превенция на заболяванията, който показва голям ръст на търсене на информация по специфични здравни теми, непосредствено след излъчване на епизодите (45, 51, 168).

Изследване сред зрители на телевизионен филм със сюжет за рака на гърдата показва, че 11,5% са били мотивирани да назначат час за консултация при лекар, с цел профилактика на рака на гърдата (167). Нарастващият интерес към използването на развлекателната индустрия за здравна комуникация през годините води до едно ново разбиране за убеждаващото въздействие и психологическите механизми, чрез които могат да бъдат повлияни знанията, убежденията, нагласите и поведението на аудиторията. Емпирични изследвания доказват ефективността на телевизионните

филми като платформи за предоставяне на важна информация, свързана със здравето (75). Изследователите стигат до заключението, че телевизионните филми оказват голямо въздействие върху отношението и поведението на зрителите по редица здравни въпроси: например, донорството на органи (246), скрининг на рака (167), безопасно сексуално поведение (112).

Телевизията може да бъде особено ефективно средство за комуникация с тези групи от населението, които са трудни за достигане чрез други медии – печатни или уебсайтове. Най-честите телевизионни потребители са хората с по-нисък социално-икономически статус. Те от своя страна са изложени на по-висок риск от някои хронични заболявания, като диабет, рак, сърдечносъдови (45). Следователно телевизията може да има голям потенциал за достигане на тези групи от населението, които са изложени на риск от хронични заболявания.

Конструктивното използване на средствата за масова информация може да помогне за здравно образование и информиране на децата и младите хора относно рисковите фактори за здравето и здравословния начин на живот по един приемлив и привлекателен за тях начин. В проучване за влиянието на телевизията върху децата и техните семейства се посочва значението на образователните телевизионни предавания, предназначени за деца в предучилищна възраст и по-големи. Изследванията показват, че поне в краткосрочен план, гледането на телевизия на такива програми може да увеличи знанията на децата и младите хора, и позитивно да промени нагласи и поведение. За съжаление, дългогодишни проучвания, изследващи устойчиви резултати са рядкост (32).

През последните години в България радиото и ежедневната преса до голяма степен отстъпват на телевизията по позициите си на „първи“ източник на информация. Проучване по проект на МЗ „Информирани и здрави“ през 2013 г., сред българското население на възраст между 18 и 65 г., показва, че близо 60% от анкетираните получават информация за въздействието и последствията от наркотиците от предавания по телевизията. Телевизията, радиото и вестниците са най-използваните източници за информация - 52.5%, относно начините за оказване на първа помощ. Телевизионните програми са основен източник на информация най-вече за живеещите в отдалечените райони в страната и представителите на малцинствата (223).

Въпреки потенциала на телевизията да предоставя информация на теми, свързани с общественото здраве, като сърдечносъдовите заболявания, рак, тютюнопушене, СПИН, наркомании и др., специалистите отчитат сравнително ниско въвличане на аудиторията. За да се повиши ефективността на здравната информация е необходима по-дълга експозиция на аудиторията, чрез по-често и по-продължително излагане на съобщенията. Това от своя страна изисква повече разходи, което е недостатък при използването на телевизията като комуникационен канал за здравна информация. Друг недостатък е разпръскването и трудното задържане на аудиторията, поради изобилието от канали.

Радио

Този комуникационен канал достига до голяма аудитория. Позволява висока географска и демографска селективност на аудиторията. За разлика от телевизията, радиото предлага само звук, но това от своя страна е възможност за инспириране на въображението на слушателите и дава възможност за силен емоционален ефект. Разходите за излъчване на здравни послания са по-ниски, в сравнение с телевизията. Радиото е по-ефективен канал, когато трябва да се предадат съобщения в областта на общественото здраве, изискващи по-големи подробности. В сравнение с телевизията е по-гъвкав канал. Радиото е ефективен канал за достигане до нискограмотна аудитория и до аудитория с ограничени физически възможности. Недостатък е големият брой радиостанции, които могат да разпръснат аудиторията и така здравните послания трудно да достигат до целевата или общата аудитория. Радиото обикновено се слуша като фон, докато хората работят, пътуват, почиват, поради това, посланията по-трудно могат да привлекат вниманието на аудиторията. Подобно на телевизията съобщенията по този канал имат кратък живот.

Изследване на ефективността на каналите при кампания за разпространение на послания, свързани с тютюнопушенето, показва сходни нива на повишаване на мотивацията за отказ и загриженост към здравето, при използване на радиото и телевизията. Посланията са излъчвани едновременно по радиото и телевизията, така че е възможно ефективността на радиото да се дължи на асоциациите със запомнените от телевизията образи (206).

Ако преди 15-20 г. радиото в България печели слушатели поради лесния достъп до информация, то в момента голяма част от радиослушателите предпочитат музикални радиостанции, където новините са кратки или изобщо липсват. Философията „за всекиго по нещо“ до голяма степен е отхвърлена от публиката. Като обем радио аудиторията се задържа на едно ниво, но се наблюдава спад в продължителността на слушане (226). Според проучването по проект на МЗ „Информирани и здрави“ радио предаванията в най-голяма степен спомагат за информираността на хората с увреждания (223).

Въпреки факта, че радиото е относително евтин комуникационен канал, интервенции, базирани само на радиото, без да се използват други канали – като телевизия, междуличностни комуникации и др., е малко вероятно да имат значително въздействие (147). Поради това този канал трябва да се използва в комбинация с други канали.

Печатни медии

За разлика от визуалните медии, където въздействие при предаване на съобщението оказва и източникът, при печатните медии акцентът е върху съдържанието на съобщението. Двата типа медии се различават и по време на въздействие. Видеоото провокира непосредствено въздействие, печатът изисква време за осмисляне на съдържанието.

Печатните материали са фундаментът на много здравно-образователни програми. Те имат важна роля за насърчаване на здравето, чрез предоставяне на здравна информация. Ефективността на печатните медии зависи от постигането на съответствие между четивността на материалите, нивото на грамотност и здравната грамотност на целевата аудитория. При промоцията на здраве чрез печатни материали трябва да се използва системен подход, включващ четивност на съдържанието, убедителност, предварително тестване за разбиране на съдържанието и неговата ефективност.

Изследователите не са единодушни относно ефективността на печатните медии. Съществува значителен интерес за определяне и оценка на характеристиките, които засилват ефективността на отделните печатни медии.

Вестниците позволяват по подробно излагане на съобщението, даване на повече факти и указания. Те имат висока степен на доверие, вторични читатели и вторично въздействие. Могат да се четат в подходящо време и място, за разлика от телевизията, където се изисква присъствие в точното време на излъчване на предаването. Съществуват множество вестници за специална аудитория (например за жени, мъже, за младежи, трета възраст). Следователно здравните съобщения, съдържащи се във вестниците, могат да достигнат до много сегменти от аудиторията (133). Те се издават в дневни и седмични формати, местни, регионални и национални. Недостатък е техният сравнително кратък живот и ниското качество на печат.

Списанията имат няколко силни страни: подбор на аудиторията, висококачествено възпроизвеждане, престиж и лоялност на читателите. Те имат сравнително дълъг живот. Могат да бъдат запазени в продължение на седмици или месеци, а често препрочитани и предавани на други хора. Следователно здравните съобщения могат да получат многократна експозиция.

Едни от често използваните печатни материали за разпространение на здравни знания са *брошури, дипляни и плакати*. Тези канали могат да се използват директно за информиране по дадена здравна тема или индиректно – за събуждане на интерес към здравен проблем. Те по-често се намират в лекарски кабинети, здравни заведения и доброволни здравни организации. Въпреки широкото им използване, има сравнително малко изследвания за тяхната ефективност. Проучване за влиянието на брошурите върху знанията, нагласите и поведението, в периода 1985-1992 г., показва, че те са по-ефективни, когато се използват за здравно образование на пациентите, отколкото на обществото като цяло. Тяхната ефективност за промяна на поведението зависи от това дали се използват самостоятелно или в допълнение към други интервенционни дейности. Наблюдават се промени по-скоро в знанията и нагласите, отколкото в поведението (37).

За да се увеличи ефективността при използването на печатните материали за здравни цели, те трябва да бъдат насочени към високорискови групи, а не към цялото население. Да се използват за повишаване на знанията и отношението, като стъпка към промяна на поведението. За да се промени поведението, те трябва да са допълнение към други интервенционни дейности.

По отношение на връзката между здравното поведение на различните сегменти от аудиторията и избора на канал изследователите посочват, че активните комуникационни канали като междуличностно общуване и интернет служат като първични здравни информационни източници на индивиди, които са отговорни към здравето си, имат силни здравни убеждения. Пасивни канали, като телевизията и радиото, служат като информационни ресурси за здравна информация за лица, които не са активни по отношение на опазване на здравето си. Такива канали са подходящи за тяхното здравно образование (60).

Независимо от избраната медия Griffiths and Knutson (77) твърдят, че съществуват три ефекта от въздействието на медиите: научаване на точната здравна информация, промяна на ценности и нагласи, свързани със здравето и промяна на поведение. За да се използват ефективно средствата за масова информация в промоцията на здраве и превенцията на заболяванията, е необходимо внимателно планиране на медийните стратегии, като се проучи добре аудиторията и се използва подходящият микс от комуникационни канали.

1.4.3. Потенциалът на интернет като канал за здравна комуникация

Възходът на интернет

Бурното развитие на масовите комуникации оказва влияние върху комуникациите в областта на общественото здраве. Въпреки солидните епидемиологични доказателства, че приемането на препоръчаните промени в поведението може значително да намали заболеваемостта и смъртността, досегашните усилия в областта на здравната комуникация не са постигнали в достатъчна степен желаните резултати. Моделът на еднопосочната комуникация, който ни предоставят традиционните медии, вече е остарял. Навлезли сме в нова епоха на комуникацията, в която медиите се променят от пасивни и затворени, в интерактивни и ориентирани към потребителите (48). Това е ерата на интернет.

Интернет е най-голямата комуникационна мрежа в света, предоставяща най-мощната база от информация и знания. Една международна демократична среда, без граници, до която всеки може да има достъп. Киберпространството дава възможност едно послание да достигне до стотици и дори милиони в един много кратък период от време. Интернет като медиум има следните характеристики:

компютърно базирани технологии, медия – хибрид, интерактивен и гъвкав комуникационен канал, може да изпълнява частни и обществени функции, ниска степен на регулиране, взаимна комуникация, ползва се по всяко време, възможност на самите ползватели да са комуникатори, медиум за масова и междуличностна комуникация. Интернет е новата „хибрид“ медия, която наред с електронната поща и новите медии – социалните мрежи, включва в себе си всички традиционни медии. Тези негови характеристики, както и бързото и непрекъснато нарастване на интернет потребителите предлага на общественото здраве огромни възможности и предизвикателства. Интернет е новата среда за предоставяне на здравни грижи – новата електронна медия за специални мултимедийни презентации на здравна информация (3). Интернет е удобен източник за образователни материали и информация по много теми.

Данни за 2015 г. показват, че 45% от населението на света има достъп до интернет. Значително по-висок е процентът за Европа и Северна Америка (съответно 73.5% и 87.9%) (80). Северните европейски държави са с най-високо потребление на интернет, като в Дания почти всеки използва интернет (97%). Броят на интернет потребителите в балканските държави се разраства непрекъснато, като на годишна база най-голямо е увеличението в България. Според изследване на Gemius², през 2015 г. 78% от българските граждани са били потребители на интернет, с 12% повече от предишната година (239). Проучване на Евробарометър показва, че 67% от българите използват интернет, за да се информират, което е над средното ниво за европейците (64%). Като се имат предвид промените в комуникационния пейзаж, вследствие от възхода на интернет, е важно да се проучи влиянието на този комуникационен канал върху здравната комуникация.

1.4.3.1. Предимствата на Интернет като канал за здравна информация

Интернет съчетава убеждаващото въздействие на междуличностните канали и предимствата на средствата за масова информация за достигане до големи аудитории и то на сравнително ниска цена. Друго негово предимство е, че традиционните източници на здравна информация и образователни материали, могат да бъдат разпространени евтино чрез интернет. Интернет променя аудиторията. Тя вече не е

² „Гемийус“ е най-голямата агенция за интернет изследвания в Централна и Източна Европа.

пасивна, а става активен участник в комуникацията и създател на съобщения. Онлайн здравната информация увеличава знанията на индивидите, дава им възможност да намерят отговор на въпроси, които ги вълнуват, да споделят преживявания и опит, да търсят подкрепа, да взимат решения относно здравето или лечението си, като променя взаимоотношенията лекар – пациент. Потребителите могат да имат достъп до информация на чувствителни теми, без да е необходим контакт лице в лице.

Преходът от традиционната комуникация с помощта на новите комуникационни технологии е свързан с електронното здравеопазване (Electronic Health). Eysenbach (63) определя електронното здравеопазване като "пресечна точка на медицинската информатика, общественото здраве и бизнеса, позовавайки се на здравни услуги и информация, доставени или подобрени чрез интернет и свързаните с нея технологии. В по-широк смисъл, терминът характеризира техническо развитие, но и състояние на ума, начин на мислене, нагласа, ангажимент за подобряване на здравеопазването на местно, регионално и световно ниво, чрез използване на информационни и комуникационни технологии". В доклад на ЕК относно интернет грамотността на европейското население се подчертава, че електронното здравеопазване има потенциала да даде възможност на гражданите да управляват по-добре своето здраве, да се подобри превенцията на болестите и улесни комуникацията между здравните специалисти и пациентите (234).

Интернет има голям потенциал да се превърне в евтин и ефективен източник за промоция на здравето. Проучването на аудиторията и потенциала на този канал за информиране, образование и промоция на здраве и превенция на болестите дава възможност за разработване на ефективни интервенции в областта на общественото здраве.

Интернет дава ресурс за разпространение на здравни послания до една непрекъснато увеличаваща се глобална аудитория на сравнително ниска цена. Макар че традиционните източници все още имат важна роля, интернет вече се налага като централен източник на здравна информация (63, 17). Причини за растежа на потребителите на онлайн здравна информация се търсят в разработването на ориентирани към потребителите модели на здравеопазване, бум на здравна информация, акцент върху профилактиката и грижата на всеки индивид за

собственото здраве, застаряването на населението, нарастването на нуждите на здравеопазването, както и повишен интерес към алтернативни методи за здравеопазване (16). Потребителите посочват като предимства за използването на интернет удобството, анонимността и разнообразието от източници на информация (17, 50, 193). Изследвания на каналите за здравна информация показват, че лекарите и другите здравни специалисти продължават да са първи избор за здравна информация за повечето хора, загрижени за здравето си, но онлайн ресурсите, включително социалните мрежи, използвани за търсене на информация, споделяне на проблеми, съвети от връстници или групи за взаимопомощ, стават все по-значим източник на здравна информация.

От Google отчитат половин милиард търсения всеки месец на информация, свързана със здравето. В Европа се наблюдава тенденция на рязък и непрекъснат ръст в използването на интернет за достъп до здравна информация (50). За периода от 2000 до 2007 г. потребителите на здравна информация се увеличават съответно от 19% на 67%. От тях 44% са търсили информация за здравословен начин на живот, като съобщават, че са почувствали необходимост да променят начина си на живот (218). Проучване в Холандия за период от три месеца сочи, че повече от половината от хората в Холандия търсят здравна информация в интернет (232). По данни на НСИ през 2015 г. 49,2% (1 541 210 души) от ползвателите на интернет в България са търсили информация, свързана със здравето (224).

Доброто познаване на аудиторията на интернет е важен фактор за ефективното използване на този канал за здравна комуникация. От значение за сегментацията на аудиторията, ползваща интернет за здравна информация, са социално-демографските и социално-икономическите фактори. Изследване в САЩ отчита по-широко използване на интернет за здравна информация сред население на възраст 25-44, работещи и образовани. Сред възрастните над 18 г., жените са по-склонни от мъжете да използват интернет за здравна информация. При населението на възраст 18-64, хората с по-високи доходи са по-склонни да използват интернет за здравна информация, отколкото тези с по-ниски доходи. Работещите на възраст 18-64 г. по-често използват интернет за здравна информация, отколкото безработните на същата възраст (232). Според Gemius сред жените в Източна Европа здравните сайтове са най-популярни в Полша (63%), Украйна (62%), България (62%) и Чехия

(56%) (238). Според Евростат 60% от потребителите във възрастовите групи 25-54 г. и 55-74 г. търсят здравна информация в интернет (235).

Изследване на Европейската комисия през 2014 г. (234) за дигиталната здравна грамотност сред население на възраст 15 – 55+ години от 28-те страни-членки на Европейския съюз показва следните резултати по отношение на социо-демографските характеристики на потребителите на здравна информация в интернет:

- Няма значителна разлика в използването на интернет за здравна информация между анкетираните мъже и жени;
- Не е изненадващо, че младите хора са по-склонни да използват интернет, за да търсят свързана със здравето информация: 77% от 15-24-годишните са направили това, в сравнение с 34% от хората на възраст 55 и повече години;
- 71% от хората, които са завършили своето образование на възраст 20 или над 20 години споменават, че са използвали интернет за търсене на информация, свързана със здравето, докато само 23% от хората, които са напуснали училище по-рано - на възраст около 15 г., потвърждават това;
- Три четвърти от работещите (75%) са използвали интернет за здравни цели, а само половината от неработещите са търсили здравна информация в интернет (47%);
- Седем от десет души (70%) са съгласни, че интернет е добър източник за повишаване на знанията по теми, свързани със здравето, а 29% от анкетираните не са били съгласни с това;
- Шест от десет анкетираните (62%), които смятат, че имат добро ниво на здраве, са търсили чрез интернет информация, свързана със здравето, срещу четири от десет (40%) от тези, които са посочили, че имат лошо ниво на здраве;
- Сред респондентите, които твърдят, че имат добри познания по теми, свързани със здравето, 61% са използвали интернет за търсене на информация, свързана със здравето, в сравнение с 53% от тези, които смятат, че имат по-слаби познания по тези теми.

Относно типа здравна информация, търсена от различните социо-демографски групи, резултатите показват следното:

- Близко две трети (64%) от анкетираните на възраст 15-24 години споменават, че използват интернет, за да търсят обща здравна информация, като този процент спада до 46% сред респонденти на възраст 55 и повече години. Анкетираните на възраст 55 и повече години са по-склонни от 15-24-годишните да търсят конкретна информация за медицинско лечение или процедура (27% срещу 16%).
- Анкетираните, които са завършили обучението си на възраст 20 или повече години по-често са търсили обща информация, свързана със здравето, отколкото тези, които са напуснали училище на 15-годишна възраст или по-рано (54% срещу 45%).
- Лица, с продължително заболяване или здравен проблем, е по-вероятно да търсят информация за конкретно заболяване, травма или състояние (59% срещу 51%), или конкретна информация за медицинско лечение или процедура (29% срещу 19%), но по-малко вероятно да използват интернет, за да търсят обща информация, свързана със здравето (47% срещу 60%).
- Хората, които се занимават с физически упражнения поне веднъж седмично, са по-склонни да търсят обща информация, свързана със здравето, отколкото тези, които се упражняват по-малко от веднъж седмично (59% срещу 49%).
- Респондентите в по-младата възрастова група (15-24 години) споделят, че най-често търсят информация, свързана с психично здраве и здравословен начин на живот. 25-39-годишните по-често са търсили информация относно раждане и ваксинации. 40-54-годишните по-често търсят в интернет информация за фармацевтични продукти и медицински специалисти.
- Анкетираните, които определят своето здравословно състояние като лошо, по-често търсят информация за фармацевтични продукти (49% срещу 34%), психично здраве (35% срещу 23%) и здравни специалисти (39% срещу 29%). Докато хората, които смятат, че са в добро здраве, по-често търсят информация за здравословен начин на живот (75% срещу 67%), бременност и раждане (17% срещу 7%) и ваксинации (15% срещу 7%).

В повечето държави-членки, с относително нисък дял са респондентите, които са търсили информация в интернет, като второ мнение, след консултация с лекар. Най-висок е този процент в България, Чехия, Малта и Испания (14%). На въпрос какво са направили след като са получили здравна информация от интернет почти половината

от анкетираните (47%) заявяват, че са говорили с приятели или роднини, а 40% са потърсили консултация с лекар. Около една трета от респондентите (35%) са взели необходимите мерки за лечение, 33% са използват информацията, за да помогнат на друг човек, 32% са потърсили допълнителна информация от други източници; 24% споделят, че са говорили с други хора в същото състояние (24%), докато само 7% от анкетираните казват, не са направили нищо.

Непрекъснатият растеж на аудиторията, търсеща здравна и медицинска информация в интернет, повишава неговото значение като канал за здравна комуникация. Това налага доставчиците на здравни грижи и специалистите по общественото здраве да направят ефективно използването му чрез предоставяне на висококачествена, достоверна и актуална информация.

1.4.3.2. Интернет променя взаимоотношенията лекар – пациент

Интернет дава възможност на индивидите да бъдат активни в търсенето на информация, която засилва тяхната автономност и променя позицията им спрямо здравните специалисти. Концепцията за "овластен пациент" се появява в контекста на увеличаване на достъпа до интернет и използването му за промоция на здраве, превенция на заболяванията и за въпроси, свързани с лечението на пациентите. Това въздейства върху начина, по който гражданите поемат отговорност за собственото си здраве, а оттам и на тяхната връзка със здравните специалисти и здравната система. Същността на овластяването е личен контрол, неразривно свързано с налична информация, придобитите знания и капацитет, за да се научат (3). Овластяването се превръща в поведение, което пряко оспорва авторитета и независимостта на здравните специалисти, чрез отправяне на предложения или запитвания за диагностика или лечение, промяна на употребата на лекарства, без консултация с медицинско лице и отмяна или насрочване на среща с медицински специалист. Мнозина твърдят, че медицинската информация, която намират онлайн, е по-пълна и полезна от информацията, която обикновено се предоставя от лекарите (65). Общопрактикуващите лекари съобщават, че продължителността на консултациите се увеличава в резултат на въпроси на пациентите, свързани с информацията, намираща се в интернет и че пациентите, които притежават интернет информация, са с по-високи очаквания (213, 219). Над половината от търсещите здравна информация онлайн, съобщават, че са се консултирали със здравен специалист, вследствие на

информацията, която са получили от интернет (179, 213). Интернет информацията често е от решаващо значение при взимане на решения в критични ситуации, например при пациенти с онкологични заболявания (36, 217). Най-често наблюдаваните онлайн дейности са: взаимодействие със здравни специалисти, с които пациентите никога не са се срещали лице в лице; участие във форуми или групи за подкрепа, фокусирани върху здравето или заболяване; поръчване на лекарства или други продукти, свързани със здравето и търсене на информация за заболяване или за подобряване на здравето. Здравната информация в интернет най-често се използва за успокоение, получаване на информация относно здравен проблем или преди и след посещение при лекаря (16, 26, 197, 251). Някои от пациентите посочват, че са променили употребата на лекарство, без консултация с медицинско лице, а други са отменили посещение при лекар, вследствие на информация от интернет. Профилът на пациентите, които отправят въпроси и предложения към лекарите относно диагностиката и лечението, вследствие на информация от интернет, най-често е: пациент на възраст 26-35 г., който определя здравословното си състояние като лошо или много лошо, посетил е лекар поне веднъж в годината преди проучването и използва интернет поне веднъж седмично, за да участва в здравни форуми (15, 202).

В България възможност за директна онлайн комуникация между лекар и пациент предоставя информационната кампания „Грижа за здравето онлайн“, чрез интернет порталът „Мама, татко и аз“, където потребителите на интернет могат да получават здравни съвети от утвърдени специалисти и да имат достъп до новини и качествена информация по най-актуални здравни теми. Проучване върху на нагласите на българските потребители на интернет към получаване на психологична помощ по електронен път показва готовност за използване на телепсихология при необходимост от психологична помощ или консултация (положителна нагласа на 78%) Като области на търсене на консултативна помощ на първо място са посочени проблеми с комуникация, на второ- депресивни състояния, на трето-сексуални проблеми. Като предпочитани начини за интернет консултиране на първо място е електронна поща, на второ - скайп (5, 6, 7). Интернет променя връзката между лекар и пациент. Следователно изследване за влиянието на интернет върху решенията на индивидите, свързани с тяхното здраве или лечение, както и по

отношение на промяната на взаимоотношенията със здравните специалисти, е от съществено значение.

1.4.3.3. Социалните медии – ресурс за здравни интервенции

Социалните медии са интернет базирани приложения, позволяващи създаването и обмена на генерирано от потребителя съдържание. Те превръщат комуникацията в интерактивен диалог. Уникалните характеристики и функционирането им ги правят важен канал за здравна комуникация. В България 87% от потребителите на интернет използват социални медии. Най-разпространената социална мрежа е Фейсбук. Българските потребители на Фейсбук са едни от най-активните, като броят им за 2012 г. е 3 милиона. Най-голям е дялът на хората между 25 и 34 г. (28.6%), следвани от тези на 18-24 г. Съотношението мъже – жени е почти еднакво, съответно – 49% и 51% (239). Най-често използвани са три форми на социални медии – социални сайтове, блогове и мрежи за подкрепа. Те се различават като модел на употреба и характеристика на потребителите, което определя и различното им предназначение за здравна комуникация. Сайтове на социалните мрежи привличат най-много потребителите и могат да се използват за увеличаване на обхвата и въздействието на здравните интервенции. С разпространението на лични безжични устройства учените очакват популярността на социалните мрежи да продължи да се разраства в световен мащаб. Преобладаваща част от потребителите им са млади хора, социално-икономическите фактори не оказват влияние, като се очаква да се увеличи потреблението им от хора на средна възраст. Много по-малък процент от потребителите посещават блогове или имат такива, но често се наблюдава блогърите да действат като разпространители на информация и хипервръзки. Характеристиките на участниците в групите за взаимопомощ значително се различават. Значение тук има здравния статус – наличие на проблем, болест, зависимост или други състояния. Членовете на групите се подкрепят, споделят личен опит и обменят информация, с цел да решат общ проблем.

Социалните медии, като YouTube, Facebook, MySpace, Twitter и др., бързо се утвърждават като популярни източници на здравна информация, особено за тийнейджърите и младите хора. Техни предимства са ниска цена, бързото предаване на информация чрез широка общност и взаимодействие с потребителя (95). Като се има предвид, че много от търсещите здравна информация се обръщат към приятели

и роднини, потребителите се насърчават да споделят и разпространяват надеждна здравна информация, в рамките на своята разширена социална мрежа. Едно лице може да стане застъпник за здравето чрез публикуване на линк, споделяне на информация, коментар във Facebook страница и др.

Като цяло социалните медии могат да увеличат разпространението на научните доказателства, свързани със здравето и да помогнат да се обхванат различни аудитории. Те осигуряват иновативни начини за ангажиране на потребителите, чрез персонализирани послания, интерактивна комуникация, насърчаване на участието и навременен достъп до информация. Социалните медии овластяват хората да вземат правилни решения относно тяхното здраве (222). Те позволяват да се разпространява здравна информация в едно ново пространство и да се получава обратна връзка в реално време. Предоставят възможност за многократна експозиция на посланията и тестване на тяхното възприемане от различни групи (237). Социалните медии дават възможност да се проучат по-добре характеристиките на аудиторията, нейните информационни нужди и предпочитания, да се идентифицират пропуски в информацията и да се коригират навреме. Те могат да работят добре, когато са интегрирани с традиционните канали за здравна информация. Чрез мониторинг на социалните медии могат да се идентифицират ключове партньори, хора и организации, които имат голямо влияние върху потребителите. Въпросът пред специалистите по общественото здраве е да се идентифицират характеристиките на потребителите на тези медии и как социалните мрежи да се ангажират за целите на общественото здраве.

1.4.3.4. Интернет като канал за промоция на здраве

През последните десет години непрекъснато се увеличава броят на ефективните интервенции, насочени към промоция на здраве, реализирани чрез интернет (140, 194, 203, 241). Интерактивният характер на интернет и възможността за персонализирани послания дават възможност да се прилагат модели на поведенческите науки, за да се промотира здравно поведение. Има примери за успешни интервенции за промяна на поведението чрез интернет:

- Програмата Happy Ending (HE) в САЩ - интензивна 1-годишна програма за отказване от тютюнопушене чрез интернет и мобилен телефон. Тя включва контакти по електронна поща, уебстраници, интерактивен гласов отговор и

технология за кратки съобщения, гореща телефонна линия и система за предотвратяване на рецидив, предоставяйки терапия точно навреме. Всички компоненти на програмата са напълно автоматизирани. Резултатите показват, че психологическата подкрепа може да бъде ефективно медирана чрез модерна технология за комуникация от разстояние и, че автоматизирана подкрепа, като самостоятелна интервенция, може да въздейства за дългосрочната промяна в поведението (39).

- Следствие на интернет-базирани интервенции са наблюдавани положителни въздействия върху знанията и нагласите, а също и промяна в поведението за здраве по отношение на храненето, тютюнопушене, физическа активност и безопасно сексуално поведение (40, 144, 205, 208, 242, 255).
- Интернет базираните интервенции, насочени към редукия и поддържане на теглото при възрастни, използвани в комбинация със стандартни програми за отслабване, водят до значително увеличение на средната загуба на тегло за изследвания период. Като критичен момент за ефективността се отбелязва възможността за персонализирано съобщение и обратна връзка чрез е-мейл от специалист или чрез компютърно базирана програма (242).

Интернет интервенциите, като цяло, имат статистически малък, но значим ефект върху поведението, свързано със здравето. Изследователите смятат, че интервенционните характеристики, които могат да повлияят за промяна на поведението за здраве, са: (1) теоретичната основа на интервенцията, (2) използването на техники за промяна на поведението и (3) начин на доставка (209). Интернет интервенции, използващи модели за промяна на поведението (по-специално теорията за планираното поведение³) са по-ефективни (89, 137, 169, 196). Най-ефективни техники за промяна на поведението са техники за управление на стреса и техники за комуникативни умения, като и двете са повлияли поведението косвено чрез механизми, като например, улесняване на разрешаването на проблеми и насърчаване на самоефикасността (12, 229). Относно доставката на информация текстовите съобщения са високоефективни чрез насърчаване на взаимодействието

³Теорията на планираното поведение (ТПП) е разработена от Ajzen през 1985. Тя подчертава, че поведенческите намерения са резултат от комбинацията на няколко убеждения: • положителна или отрицателна оценка на дадено поведение и оценка на резултата от него; • субективната норма като резултат от социалните норми и натиск и оценка, дали индивидът е мотивиран да се подчини на тези норми; • усещане за контрол над поведението, базирано на съвкупността от фактори за вътрешен контрол (умения, способности, информация) и факторите за външен контрол.

при интервенцията, чрез мотивиращи съобщения, анализиращи ползите и разходите (179) или предоставяне на инструкции за действие (262). Използването на комуникативни функции, особено достъпа до специалист за консултация, също е ефективен начин за доставяне на информация.

Интернет съчетава възможностите на междуличностните канали за убеждаващо въздействие и предимствата на средствата за масова информация за достигане до големи аудитории. Следователно теории и модели на поведенческите науки могат да се прилагат, за да се промотира здравно поведение. От друга страна интернет дава ресурс за разпространение на здравни послания до една непрекъснато увеличаваша се глобална аудитория на сравнително ниска цена. Този потенциал на интернет осигурява силна обосновка за провеждане на научни изследвания относно ефективни интернет-базирани интервенции за промоция на здраве и превенция на заболяванията.

Най-голямото предимство на интернет – неговият демократичен характер, може да бъде и най-големият му недостатък. Поради свободния достъп до мрежата, трудно може да се контролира качеството на огромния поток от информация. В резултат на подвеждаща информация или недостатъчна здравна грамотност индивидите могат да вземат погрешни решения относно тяхното здраве. Наред с огромния потенциал за използването на интернет за целите на общественото здраве съществуват опасения, че медицинската информация в интернет, невинаги е вярна или не е актуализирана в съответствие с новите доказателства. Експертите са категорични, че само лекар може да постави правилната диагноза и да назначи лечение, но никак не са малко хората, които се доверяват на мрежата. Статистиката за търсената в интернет информация сочи, че 8 от всеки 10 сърфиращи поне 1 път в месеца търсят там информация за своето здраве. При това 75% от тях не проверяват откъде са взети съответните цитирани данни. Изследване на български онлайн източници за информация за лекарства показва, че най-често срещаният проблем е липса на актуална информация, контакт за обратна връзка, информация за авторите, както и наличие на скрита реклама и продажба на лекарствени продукти, изписвани по лекарско предписание (109). Много организации са разработили критерии, за оценяване на съдържанието на сайтовете за здравна информация (например, Здраве в мрежата [HON], National Cancer Institute, eEurope). Това поставя въпроса за

ангажиране на здравните специалисти за доставяне и гарантиране на достоверни онлайн източници и то в достъпен формат. Загрижеността за качеството на здравната информация, публикувана в интернет, е във фокуса на Здрави хора 2010, където се признава, че интернет има и потенциал да навреди на хората, вследствие на неточна и некомпетентна информация (257).

Трябва да бъдат демонстрирани ясно целите на информацията, както и контролиращият орган, който утвърждава прецизността и по отношение време, съдържание, комерсиални и търговски намерения, спонсорство и др. Важно е да се изследват тези онлайн доставчици на информация, които са движени от мотиви за приходи и представляват потенциална заплаха за здравето на хората. Бъдещи изследвания трябва да се насочат към канали за здравна информация като фармацевтични фирми, физически лица и частни фирми, рекламиращи хранителни добавки, нетрадиционни методи за лечение и профилактика. Необходимо е образование и информиране на населението относно използването на достоверни източници на информация в интернет.

5. Изводи

5. 1. Изводи относно ролята на сегментацията в процеса на здравна комуникация за промоция на здраве и превенция на болестите:

- Принципите на социалния маркетинг, залегнали в основата на сегментацията на аудиторията, дават основа за ефективни интервенции в областта на общественото здраве. Сегментацията на аудиторията при осъществяване на здравните програми дава възможност за постигане на следните цели:
 - Идентифициране на цял спектър от потенциални аудитории, определени от общи черти (например възраст, социален статус, нагласи и поведение);
 - Описание на убежденията, нагласите и поведението на тези аудитории, свързани с начина им на живот (например хранене и физическа активност);
 - Избор на една или повече целеви аудитории, на базата на поведенчески рискови фактори за здравето или в зависимост от поставените цели – краткосрочни или дългосрочни;
 - Промяна на програмата и нейното адаптиране към интересите и характеристиките на целевите аудитории.

- Психографската сегментация дава по-добро познаване на аудиторията, защото групи, които са близки по демографски характеристики, могат да бъдат много различни в тяхното здравно поведение, което е повлияно от начина им на живот. Психографските фактори могат да са от съществено значение за оценката на нагласите на аудиторията и вероятността да има здравословно или нездравословно поведение.

- Най-важният параметър за сегментиране на аудиторията в процеса на здравна комуникация е на базата на нагласите и поведението, което дадена аудитория има към въпроси, свързани със здравето. Изследователите в областта на общественото здраве препоръчват при разработване на здравни кампании да се идентифицират клъстери по поведения за интервенции. Това изисква професионалистите по общественото здраве да

променят комуникационните стратегии за сегментиране на аудиторията, за да се идентифицират основните характеристики на лицата, които проявяват комбинации от нездравословен начин на живот и рисково поведение.

- Необходима стъпка за ефективността на здравните интервенции е сегментиране на аудиторията според медийните и предпочитания и достъпа и до канали за здравна информация. Доброто познаване на аудиторията дава възможност здравното послание и комуникационният канал да бъдат съобразени с характеристиките ѝ, както и да се постигне максимален ефект.
- Наличните ресурси също са от значение при сегментацията на аудиторията. Разходите, свързани с разработването и изпълнението комуникационна стратегия само до няколко групи, могат да надхвърлят ползите. Ако ресурсите са ограничени, но сегментирането на аудиторията е оправдано, може да е подходящо съсредоточаване върху по-малко сегменти.

5.2. Изводи за значението на избора на канал за ефективността на здравната комуникация:

- Непрекъснатата промяна в комуникационната среда, свързана с развитието на комуникационните технологии и появата на нови канали, налага изследване на избора на канал при отделните сегменти на аудиторията, за да могат здравно-комуникационните интервенции да се насочат към канали, които отговарят на възможностите и предпочитанията на целевите аудитории. Това ще повиши ефективността на здравната комуникация и ще намали, ресурсите, необходими за постигане на целите.
- Изследването на характеристиките, на силните и слабите страни на различните канали, дава възможност за по-добро разбиране и използване

на техния потенциал, помага за допълването им и оптимизирането на ефективността на здравните послания:

- Междудуличностните канали предлагат лична подкрепа, позовават се на доверието и са най-ефективни при интервенции за промяна на поведението, но са трудоемки и с ограничен обхват;
 - Масовите медийни канали са важни инструменти за постигане на целите на общественото здраве. Те предават информация бързо до общи или целеви аудитории. Масмедията са най-ефективни за информиране, образование, промяна на нагласи, насърчаване на социална промяна.
 - Масмедийните здравни кампании, използващи видео и телевизия, имат по-голяма ефективност, от тези, използващи печатни медии.
 - Телевизионните програми и филми, засягащи социално-значими здравни проблеми, могат да бъдат ефективни за промяна на поведението.
 - Печатните медии са по-ефективни, когато съобщенията са по-трудни за възприемане и са необходими повече обяснения, докато телевизията и радиото са по-ефективни, когато посланията са по-лесни за възприемане.
 - Визуалните медии провокират непосредствено въздействие, докато при печатните се изисква време за осмисляне.
 - Печатните медии, основани на символи, са по-подходящи за представяне на аргументи и факти, те поставят акцент на съдържанието на съобщението. Визуалните канали, като телевизията, са по-изразителни, по-въздействащи, като тук по-голямо влияние има източникът на съобщението.
- Интернет заличава границата между различните комуникационни канали. Мрежата предлага на общественото здраве огромни възможности и предизвикателства за разпространение на здравни послания до една непрекъснато увеличаваща се глобална аудитория на сравнително ниска цена. Този потенциал на интернет осигурява силна обосновка за

провеждане на научни изследвания относно използването на този канал за ефективни интернет-базирани интервенции за промоция на здраве и превенция на заболяванията.

- Интерактивният характер на интернет и възможността за персонализирани послания дават възможност да се прилагат модели на поведенческите науки, за да се промотира здравно поведение.
- Социалните медии могат да увеличат разпространението на научните доказателства, свързани със здравето и да помогнат да се обхванат различни аудитории. Те осигуряват иновативни начини за ангажиране на потребителите, чрез персонализирани послания, интерактивна комуникация, насърчаване на участието и навременен достъп до информация. Въпросът пред специалистите по общественото здраве е да се идентифицират характеристиките на потребителите на тези медии и как социалните мрежи да се ангажират за целите на общественото здраве.
- Свободният достъп до интернет налага осигуряване на достоверни източници за здравна информация и разработване на нови подходи за използването на интернет за целите на общественото здраве. Необходимо е образование и информиране на населението относно използването на достоверни източници на информация в интернет.
- Нито един комуникационен канал, сам по себе си, не би постигнал всички желани ефекти. Изборът на повече от един канал (микс от канали) и внимателната им селекция е фундаментът за успешна комуникация. Това увеличава експозицията, допринася за достигане до по-голяма аудитория и постигане на желания ефект.
- Подборът на каналите трябва да е съобразен с целите на кампанията и естеството на посланието. Избраните канали трябва да са достъпни и да съответстват на медийните навици на целевата аудитория.
- Оценката на ефективността на разходите трябва да се основава на степента на въздействие на съответния канал върху целевата аудитория и необходимите ресурси.

II. ГЛАВА: МЕТОДИКА НА ПРОУЧВАНЕТО

2. 1. Цел

Да се проучи ролята на социално-демографската сегментация при избор на канал за здравна комуникация, с оглед повишаване на ефективността на здравно-комуникационните интервенции в областта на промоцията на здраве и превенцията на болестите.

2.2. Задачи

За изпълнението на целта си поставихме следните задачи:

1. Да се представят основните характеристики на здравната комуникация.
2. Да се анализира ролята на сегментацията на аудиторията за ефективността на здравната комуникация.
3. Да се разгледат основните канали за здравна комуникация, като се посочат техните предимства и недостатъци.
4. Да се изследва връзката между социално-демографската сегментация на аудиторията и избора на канал за здравна комуникация.
5. Да се анализира кои са основните канали за здравна комуникация сред различните социално-демографски групи от българското население.
6. Да се проучи кои са основните канали за търсене на информация относно различни здравни състояния и здравословен начин на живот.
7. Да се анализират тенденциите сред различните сегменти в използването на интернет като канал за здравна информация.
8. Да се набележат насоки за повишаване на ефективността на здравната комуникация в областта на промоцията на здраве и превенцията на болестите.

ТЕЗА: Сегментацията на аудиторията и подборът на комуникационен канал са от съществено значение за ефективността на здравната комуникация в областта на промоцията на здраве и превенцията на болестите. В условията на бързопроменяща се комуникационна среда изследването на медийните предпочитания на отделните сегменти от аудиторията дава възможност изборът на канали за здравна комуникация да бъде съобразен с потребностите и характеристиките на аудиторията. Бурното развитие на компютърните технологии разширява употребата на интернет, като един ефективен и евтин източник за здравна комуникация.

ХИПОТЕЗИ:

1. Отделните социално-демографски сегменти имат различни предпочитания относно комуникационните канали за здравна информация.
2. Лекарите са основен източник на здравна информация сред всички социално-демографски сегменти.
3. Намалява интересът към печатните материали като канал за здравна информация на населението.
4. Интернет се налага като предпочитан масов комуникационен канал за здравна информация сред население на възраст 20-39 години.

2.3. Методи

За решаване на поставените задачи са използвани следните методи за научното изследване:

2.3.1. Исторически метод

За проследяване на някои тенденции в комуникацията като наука и в здравната комуникация.

2.3.2. Документален метод

Изследвани са документи на СЗО, ЕК и др. Осъществено е проучване и анализ на голям брой литературни източници, включващи монографии, публикувани научни изследвания, мета анализи, публикации в научни списания и Интернет.

2.3.3. Таблично-графичен метод

Използването се свежда до таблично илюстриране на резултатите от изследването в табличен вид и тяхното графично изобразяване.

2.3.4. Сравнителен анализ

Съпоставяне и сравняване на няколко избрани показателя, с цел разкриване на връзки и зависимости.

2.3.5. Метод за систематизиране на информацията

За предоставяне на най-важните факти, съобразно целта на проучването в дисертационния труд.

2.3.6. Анкетен метод (анкета)

Данните са набрани чрез пряка индивидуална анонимна анкета, с анкетна карта на хартиен носител (Приложение 1, Приложение 2).

2.3.7. Статистически методи – описателни и аналитични

Данните от анкетните карти са въведени и обработени със статистическия пакет SPSS 20.0.0. За ниво на значимост, при което се отхвърля нулевата хипотеза, е прието $p < 0.05$. Основните използвани статистически методи са: дескриптивен анализ; графичен анализ; алтернативен анализ, вариационен анализ, факторен анализ, метод на групиране, Z-тест за установяване на съществено различие и статистическа проверка на хипотезите.

2.4. Обект на проучването

Обект на проучването е население на възраст 20-60+ години в Р България.

2.5. Признаци на наблюдението

Признаци на наблюдението са:

- **Социално-демографски характеристики на респондентите:** пол, възраст, семейно положение, трудова дейност, професия, образование, местоживеене, както и здравословно състояние.

Канали за здравна комуникация – лекари, медицински сестри, близки хора (семейство, приятели), телевизия, радио, интернет, печатни материали (дипляни, брошури), лекции и беседи, преса (вестници, списания).

2.6. Времеви обхват на проучването:

- октомври – декември 2014 г. – първо проучване
- септември 2016 – септември 2017 г. – второ проучване.

2.7. Териториален обхват на проучването: Република България

2. 8. Методика на регистрацията:

За целите на първото изследване са използвани данни от Националното проучване на факторите на риска за здравето сред населението на Р България - 2014 г., проведено в изпълнение на Работната програма на Националната програма за превенция на хроничните неинфекциозни заболявания, във възрастовата група 20-65+ години. Изпълнители са МЗ, НЦОЗА и РЗИ. Проучването има за цел събиране на надеждна информация за честотата на разпространение на основните рискови фактори, които са причина за развитието на хроничните неинфекциозни болести. Използвани са анкетни карти на основата на въпросници на СЗО. Проучването има репрезентативен характер. Извадката е направена от НСИ. Набирането на участниците е съобразено с разпределението на населението от таргетните възрастови групи по местоживееене от официалните данни на НСИ. При провеждане на изследването е използвана квотна извадка по признаците възраст и населено място. Основен метод за оценка на здравето по данни на ниво индивид е изчисленият EQ 5-D индекс.

За целите на второто изследване са използвани данните от разработената от докторанта анкетна карта за възрастовата група 20-65+ години. Извадката е формирана на случаен принцип сред население от 28 областни града. Използвана е пряка индивидуална анкета. Проучването е направено с цел изследване на тенденциите при използваните канали за здравна информация.

Ограничения на второто изследване: Включени са респонденти, живеещи само в градовете. Ограничението може да се преодолее при бъдещи изследвания в национален мащаб.

III. ГЛАВА: РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

3.1. СОЦИАЛНО-ДЕМОГРАФСКА ХАРАКТЕРИСТИКА НА РЕСПОНДЕНТИТЕ

3.1.1. Социално-демографска характеристика на респондентите - първо проучване - 2014 г.

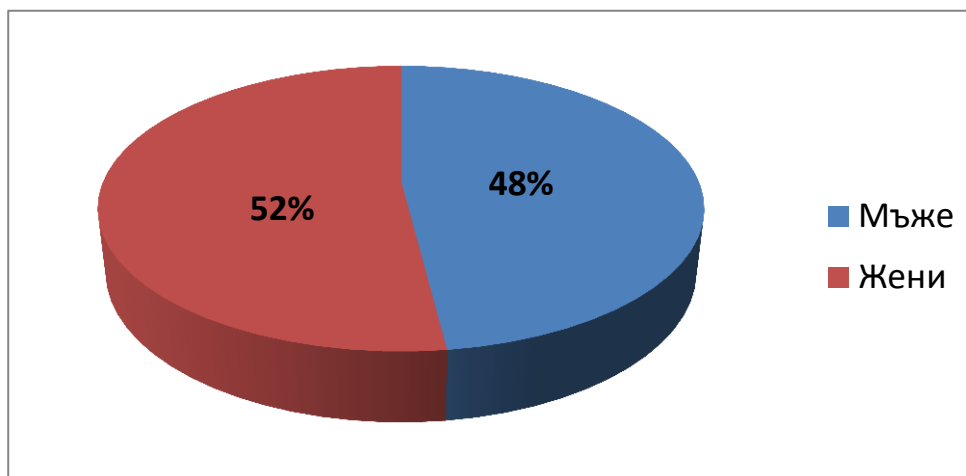
В проучването са участвали 2979 лица, от 28-те области на страната. Реализираната извадка отговаря структурно на изследваната съвкупност по пол и възрастови групи в съответните области (Таблица 4).

Таблица 4. Разпределение на респондентите по области

Област	Брой	Отн. дял
Благоевград	136	4,57%
Бургас	167	5,61%
Варна	192	6,45%
Велико Търново	104	3,49%
Видин	40	1,34%
Враца	72	2,42%
Габрово	48	1,61%
Добрич	73	2,45%
Кърджали	64	2,15%
Кюстендил	56	1,88%
Ловеч	56	1,88%
Монтана	64	2,15%
Пазарджик	111	3,73%
Перник	56	1,88%
Плевен	104	3,49%
Пловдив	279	9,37%
Разград	48	1,61%
Русе	96	3,22%

Област	Брой	Отн. дял
Силистра	48	1,61%
Сливен	72	2,42%
Сливен	72	2,42%
Смолян	48	1,61%
София-град	533	17,89%
София-окръг	96	3,22%
Стара Загора	136	4,57%
Търговище	48	1,61%
Хасково	107	3,50%
Шумен	72	2,42%
Ямбол	56	1,88%

Разпределението на респондентите по пол, в проценти, е представено на фигура 2.

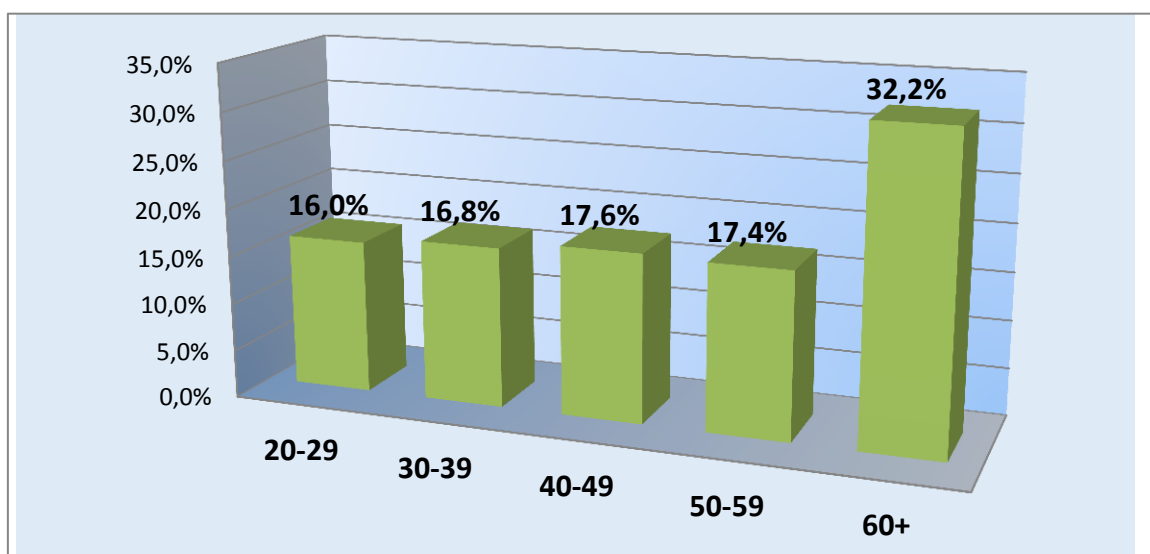


Фигура 2. Разпределение на респондентите по пол (относителен дял)

Средната възраст на респондентите е 49 г. \pm 17, а най-често срещаната възраст сред участниците е 65 години. Най-младите участници са на 20 години, а най-възрастният участник е на 93 години. За целите на изследването респондентите са групирани в следните възрастови групи:

- От 20 до 29 години
- От 30 до 39 години
- От 40 до 49 години
- От 50 до 59 години
- От 60 години и нагоре

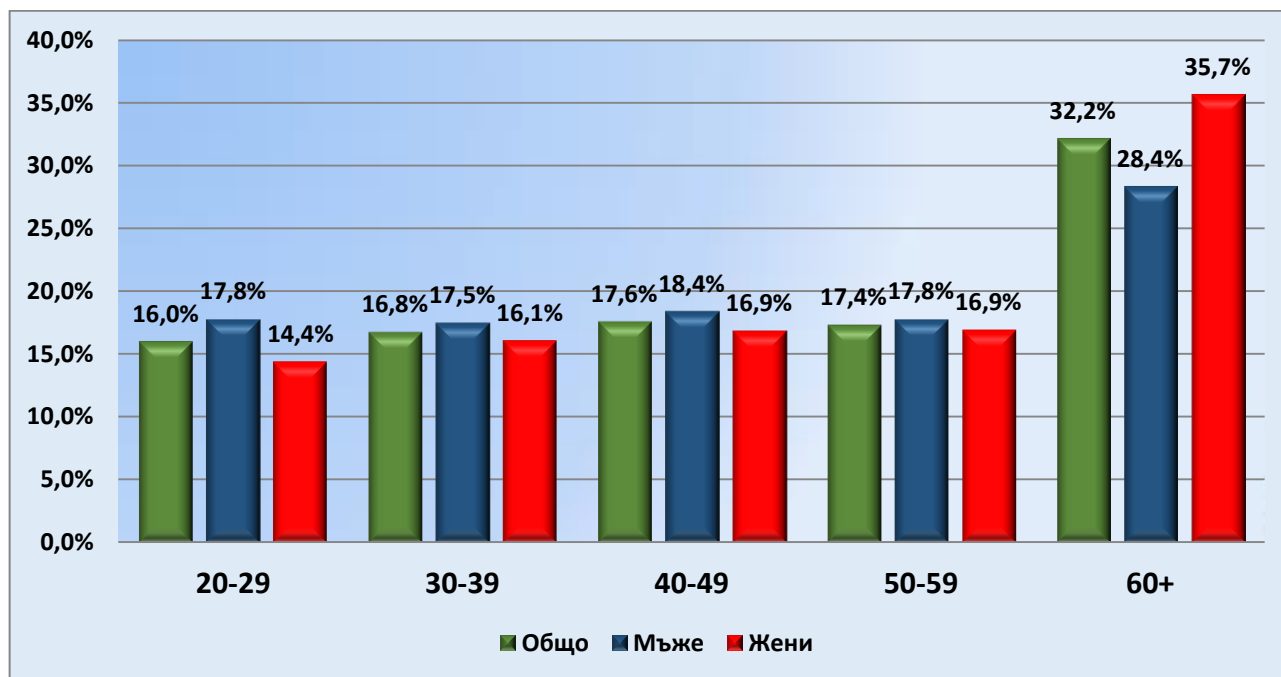
Делът на лицата от 60 години и нагоре преобладава, като представлява 32,2%, а останалите групи са представени приблизително еднакво – варират около средните 17%, като най-нисък е делът на групата от 20 до 29 години – 16,0% (фигура 3).



Фигура 3. Разпределение на респондентите по възрастови групи (относителен дял)

Наблюдава се разлика в средната възраст по области, като най-високата средната възраст е за област Габрово – 57 години, а най-ниската за Сливен – 44 години (средно за всички региони 49 години).

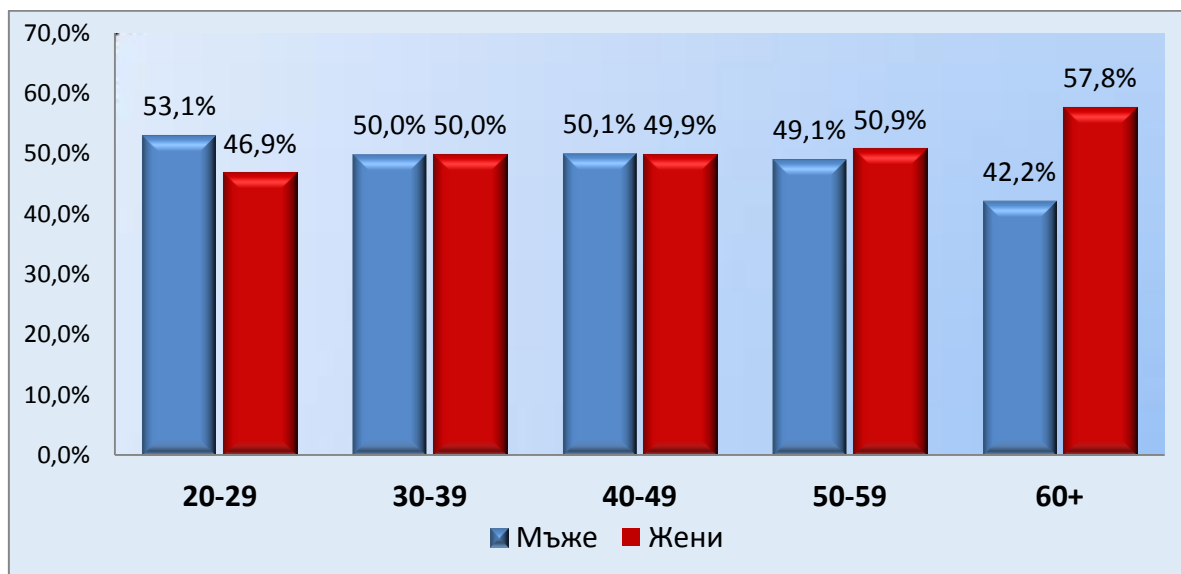
По отношение на разпределението на мъжете и жените в отделните възрастови групи има известно различие, което е показано на фигура 4.



Фигура 4. Разпределение на респондентите по пол във възрастовите групи (относителен дял в общата извадка)

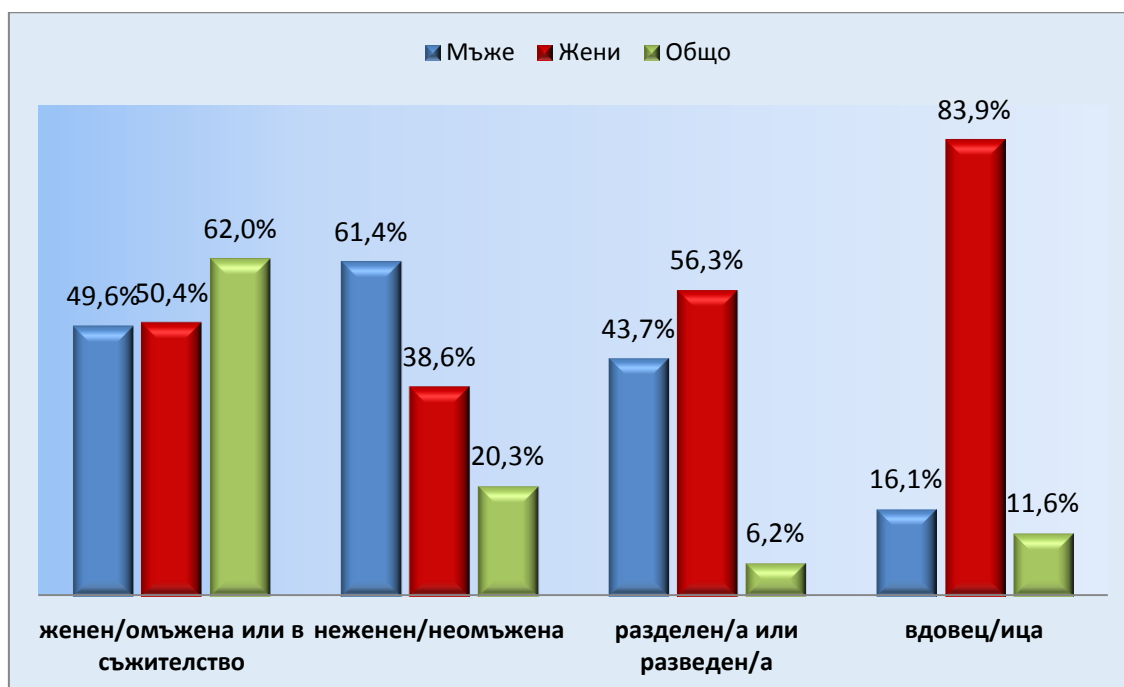
При средно разпределение на респондентите за цялата съвкупност – 47,87% мъже и 52,13% - жени, се наблюдава разлика в отделните възрастови групи. В групата от 20 до 29 години преобладават мъжете 53,1% срещу 49,6% жени. В групите от 30 до 39 години и от 40 до 49 години съотношението между мъже и жени е еднакво (за групата от 40 до 49 години разликата е 0,1%). В групите от 50 до 59 години и от 60 години нагоре, преобладават жените, като в групата от 60 години нагоре тя е по-значителна – 58,7% за жените и 42,2% за мъжете.

Съотношението мъже/жени вътре във всяка възрастова група е представено на фигура 5.



Фигура 5. Вътрешно разпределение на респондентите по пол в отделните възрастови групи (относителен дял по възрастови групи)

Семейното положение на респондентите е представено във фигура 6.

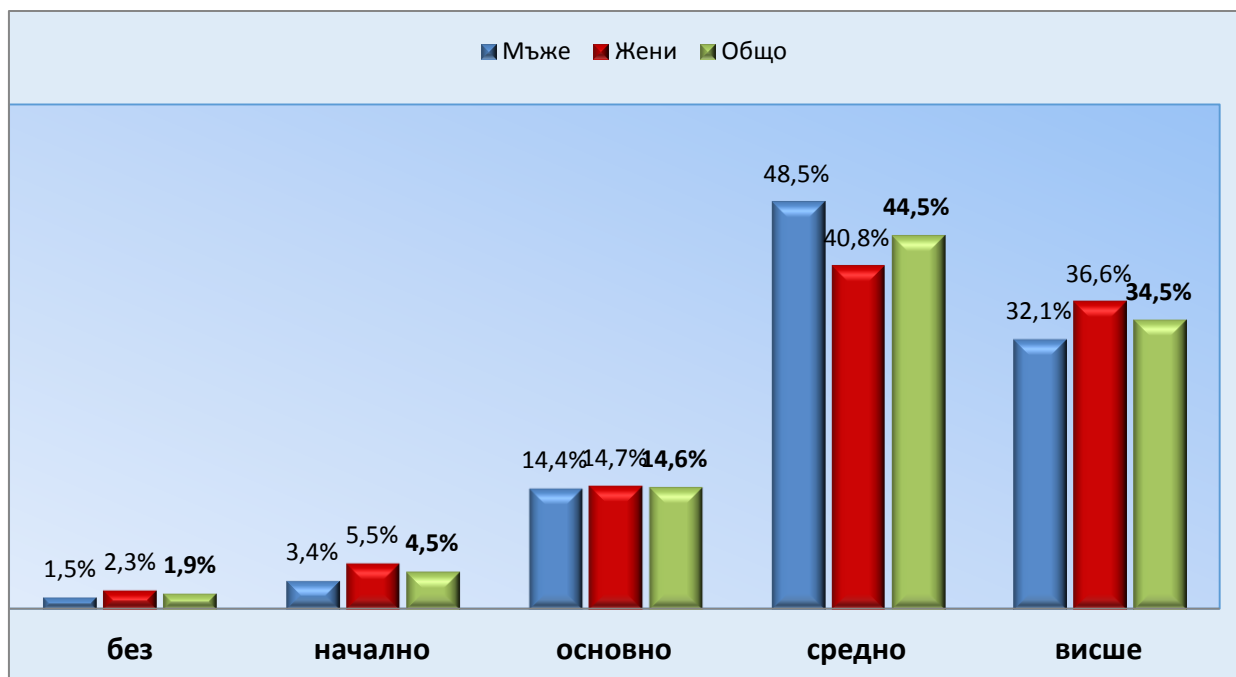


Фигура 6. Семейно положение на респондентите

От фигурата по-горе е видно, че преобладаващ дял в извадката са респондентите, които живеят в семейство или съжителство – 62%, като съотношението жени/мъже е почти еднакво (0,7% разлика). Следва групата неженен/неомъжена – 20,3% от извадката, като разликата вътре в групата между мъжете и жените е значителна – мъжете са с 22,9% повече. На трето място е групата

вдовец/вдовица -11,6% , където жените са с 67,8% повече от мъжете. Най-малобройната група е тази на разведените с относителен дял в извадката от 6,2%, като жените в групата са 56,3%, а мъжете - 43,7%.

Образователният ценз на респондентите е даден на фигура 7.

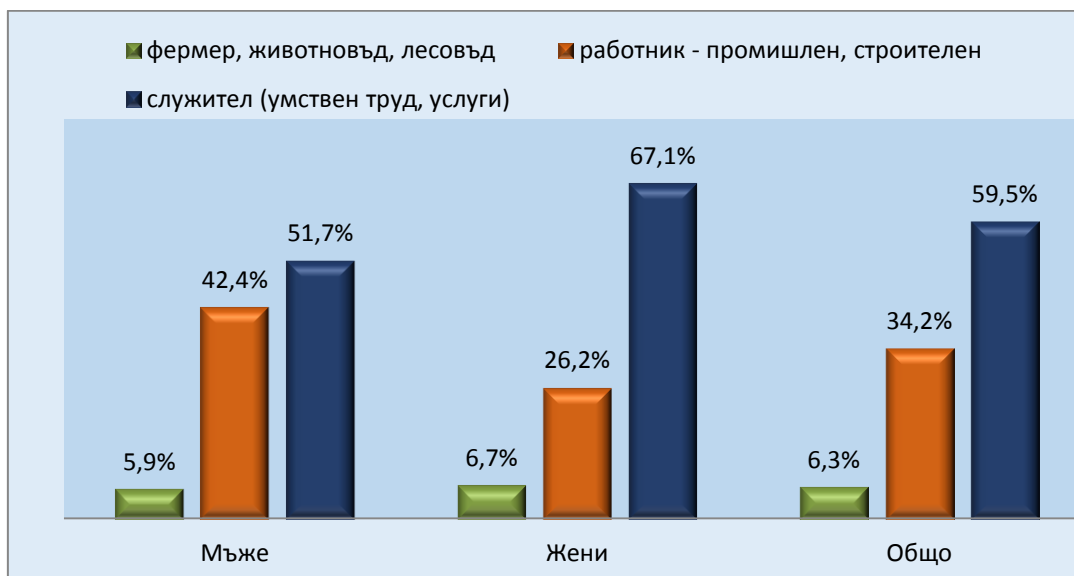


Фигура 7. Разпределение на респондентите по образование

От анализа на данните от фигурата по-горе може да се направят следните изводи:

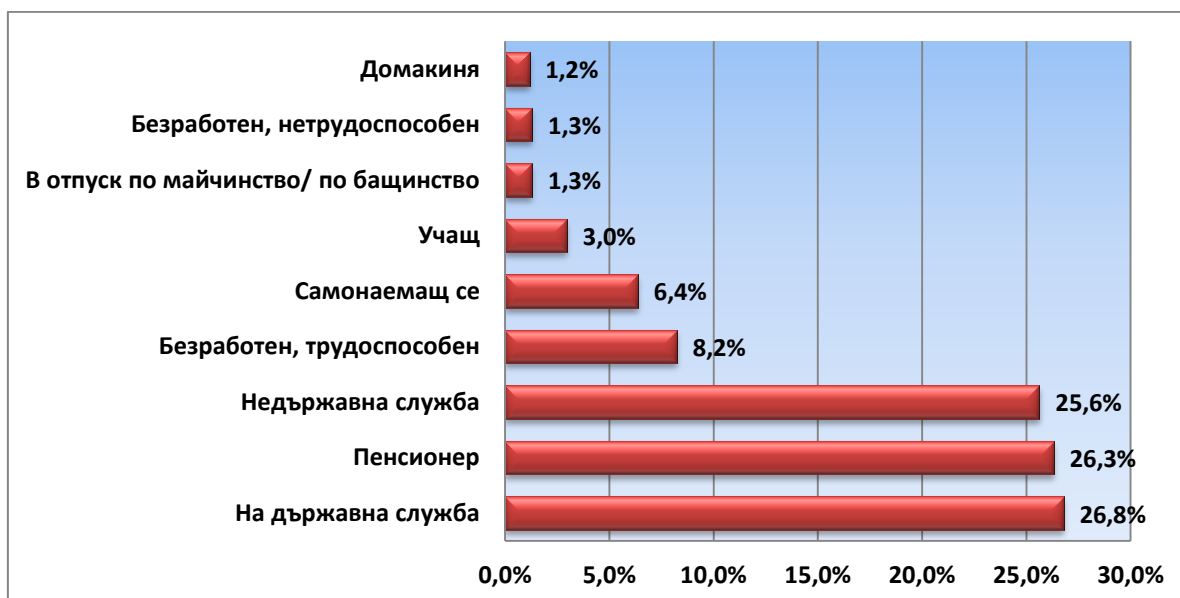
- Най-голяма е групата на респондентите със средно образование – 44,5%, от тях 48,5% са мъже, а 40,8% - жени;
- Следват респондентите с висше образование – 34,5%, като при мъжете този процент е 32,1%, а при жените - 36,6%;
- Групата с основно образование е по-малка - 14,6%, като процентът на мъжете и жените е почти еднакъв;
- Групите с начално образование и без образование са най-малки – съответно 4,5% и 1,9%.

Разпределението на респондентите по упражнявана професия е дадено на фигура 8 .



Фигура 8. Професия на респондентите

Най-голям дял от респондентите са с професия служител (умствен труд, услуги) – 59,5%, като от тях 51,7% са мъже, а 67,1% - жени. Следва групата на работниците – с относителен дял от 34,2%, като при мъжете този процент е 42,4%, а при жените е значително по-малък - 26,2%. Най-нисък е делът на селскостопанските работници (фермер, животновъд, лесовъд) – с относителен дял от 6,3%, от тях 5,9% са мъже и 6,7% - жени (Фиг.9).



Фигура 9. Разпределение на респондентите по трудова заетост

Най-голям дял от респондентите са на държавна служба – 26,8%, следват пенсионерите – 26,3% и тези на недържавна служба – 25,6%. Делът на безработни,

трудоспособни е 8,2%, а самонаемащите се са 6,4%. С дял под 1,5% са следните групи: в отпуск по майчинство/по бащинство – 1,3%; безработен, нетрудоспособен – 1,3% и домакиня – 1,2%.

На основата на анализа на социално-демографските характеристики могат да бъдат направени следните обобщения:

- В проучването са взели участие 2 979 респонденти от 28-те области на страната. Реализираната извадка отговаря структурно на изследваната съвкупност по пол и възрастови групи в съответните области.
- Разпределението на респондентите по пол е почти еднакво, като преобладават жените - 52,13%, а мъже са 47.87%.
- Най-младите участници са на 20 години, а най-възрастният участник е на 93 години, като средната възраст на респондентите е 49 години.
- Делът на лицата от 60 години и нагоре преобладава, като представлява 32,2%, а останалите групи са приблизително еднакви – варират около средните 17% (като най-нисък е дялът на групата от 20 до 29 години – 16,0%);
- Наблюдава се разлика в средната възраст по области, като най-високата средната възраст е за област Габрово – 57 години, а най-ниската за Сливен – 44 години (средно за всички региони 49 години);
- При средно разпределение на респондентите за цялата съвкупност – 47.87% мъже и 52,13% - жени, се наблюдава разлика в отделните възрастови групи;
- Преобладаващ дял в извадката са респондентите, които са семейни или живеят в съжителство – 62%, като съотношението жени/мъже е почти еднакво (0,7% разлика). Следва групата неженен/неомъжена – 20,3% от извадката, като разликата вътре в групата е с 22,9% в полза на мъжете. На трето място е групата вдовец/вдовица с 11,6%, където преобладават жените - с 67,8% повече от мъжете. Най-малобройната група е тази на разведените, с относителен дял в извадката от 6,2% (56,3% -жени, 43,7% - мъже);
- Най-голямата група по образователен ценз е тази на респондентите със средно образование – 44,5% (48,5% - мъже, 40,8% - жени). Следват

респондентите с висше образование – 34,5% и основно образование - 14,6%. Групите с начално и без образование са най-малки – съответно 4,5% и 1,9%;

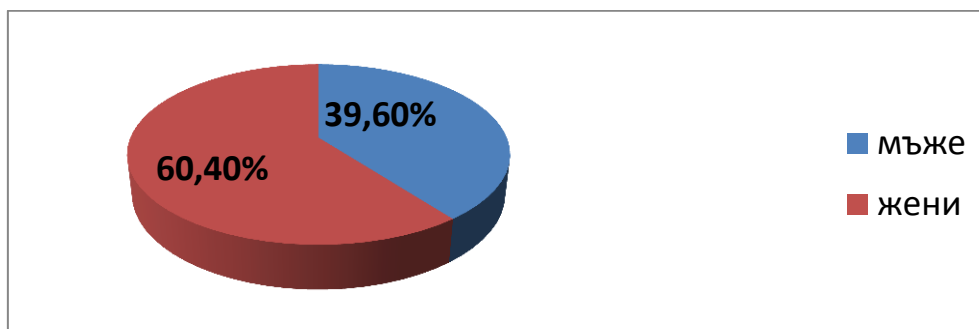
- Най-голямата професионална група от респондентите е на служителите (умствен труд, услуги) – 59,5%, от тях 51,7% мъже и 67,1% - жени. Следва групата на работниците – с относителен дял от 34,2%. Най-нисък е дялът на селскостопанските работници (фермер, животновъд, лесовъд) – с относителен дял от 6,3%.

В заключение може да се каже, че извадката, на базата на която ще бъде направен по-нататъшен анализ, е представителна както по териториален признак (обхванати са всички региони на страната), така и по социодемографски характеристики. Социодемографските профили на респондентите могат да бъдат надеждна основа за сегментирането им и основа за по-детайлен анализ по допълнителни признаци – здравен статус, здравна самооценка, здравни знания и здравни навици, свързани с основните рискови фактори за здравето (тютюнопушене, хранене, употреба на алкохол, физическа активност). Чрез обобщаване на данните може да бъде направен профил на типичния респондент, който е еднакъв за мъжете и жените:

Възраст (средна)	49
Семейно положение	женен/омъжена или в съжителство
Образование	средно
Професия	служител (умствен труд, услуги)
Трудова заетост	на държавна служба

3.1.2. Социално-демографска характеристика на респондентите – второ проучване 2016-2017 г.

В проучването са участвали 804 лица от страната, само градско население, от 28 областни града. Разпределението на респондентите по пол показва, че преобладават жените - 60,40%, а мъжете са 39,60% (Фиг. 10.).

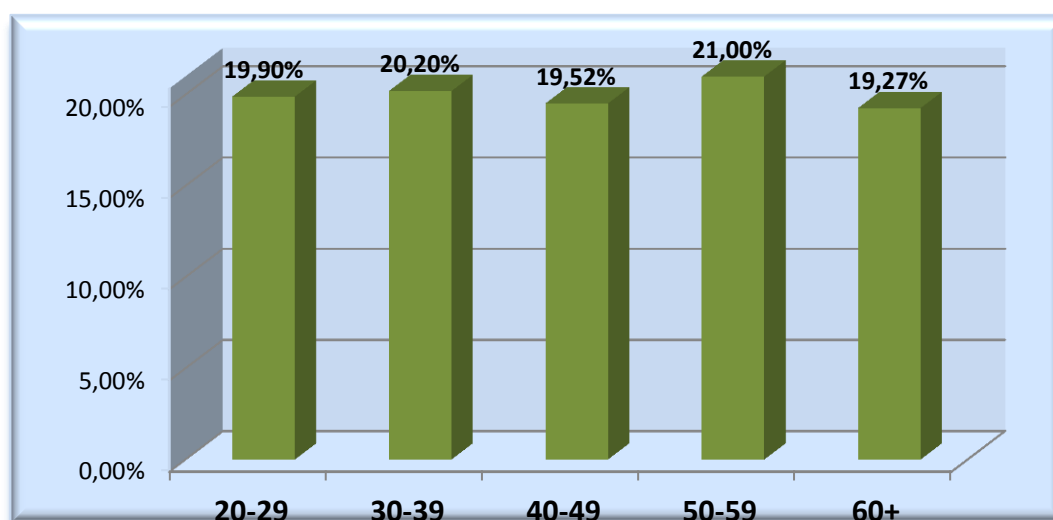


Фигура 10. Разпределение на респондентите по пол (относителен дял)

Най-младите участници са на 20 години, а най-възрастният участник е на 83 години. За целите на изследването респондентите са групирани в следните възрастови групи:

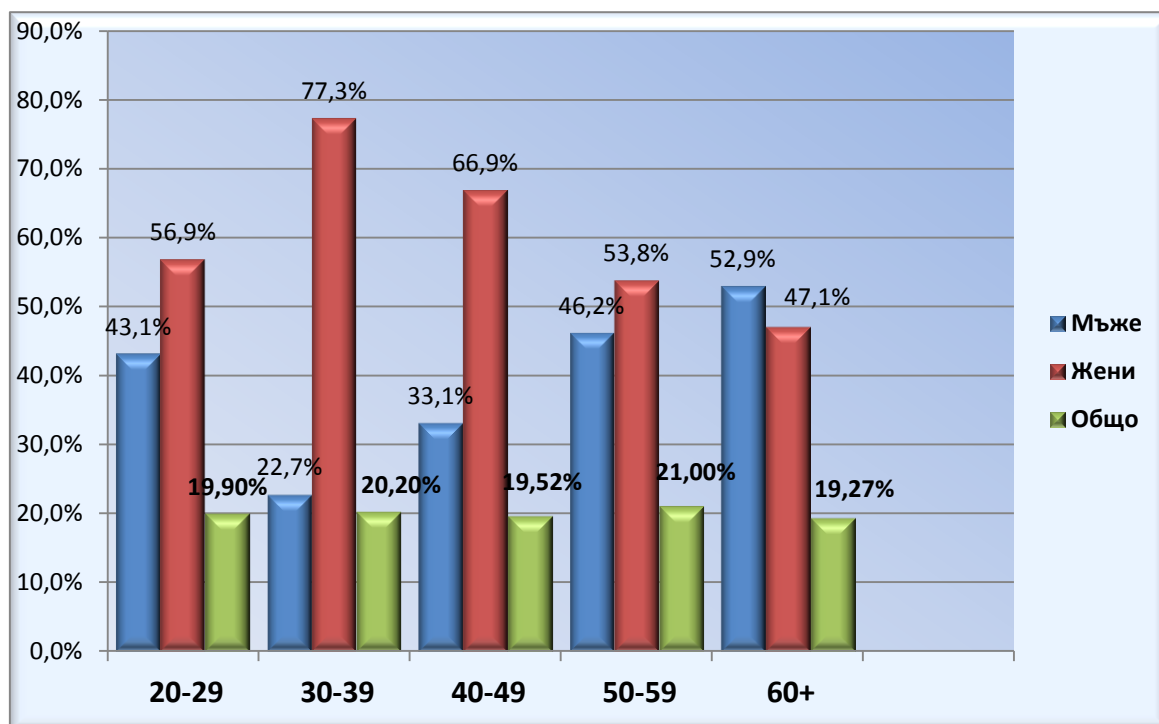
- От 20 до 29 години
- От 30 до 39 години
- От 40 до 49 години
- От 50 до 59 години
- От 60 години и нагоре

Разпределението на респондентите по възрастови групи е почти еднакво, като най-нисък е дялът на групата над 60 години – 19,2% (фигура 11).



Фигура 11. Разпределение на респондентите по възрастови групи (относителен дял)

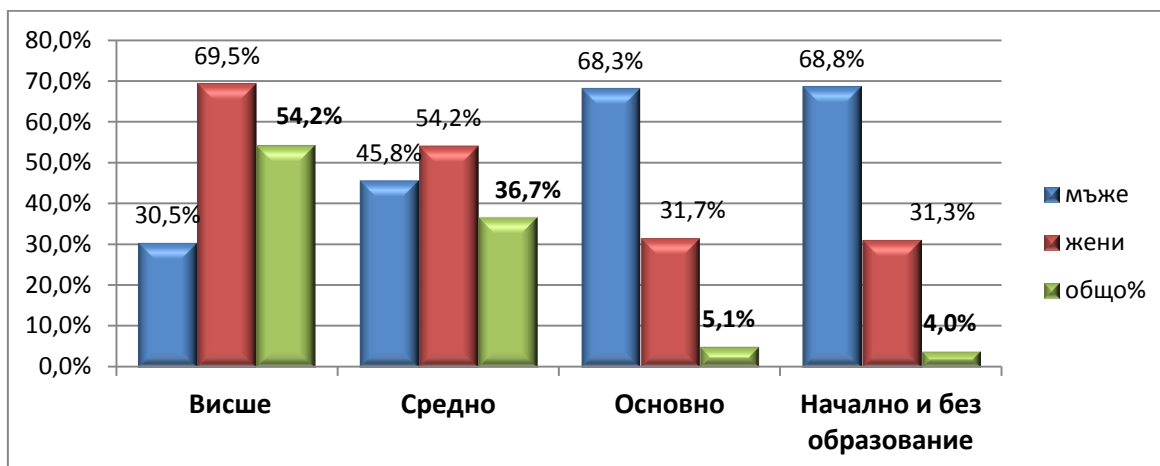
По отношение на разпределението на мъжете и жените в отделните възрастови групи има значително различие, което е показано на фигура 12.



Фигура 12. Разпределение на респондентите по пол във възрастовите групи (относителен дял в общата извадка)

При средно разпределение на респондентите за цялата съвкупност – 39,6% мъже и 60% - жени, се наблюдава разлика в отделните възрастови групи. В групата над 60 години преобладават мъжете 52,9%, срещу 47,1% - жени. В останалите групи преобладават жените, като най-съществена е разликата при групата 30-39 години, където относителният дял на жените е 77,35%, а на мъжете – 22,7.

Образователният ценз на респондентите е показан на фиг. 13.

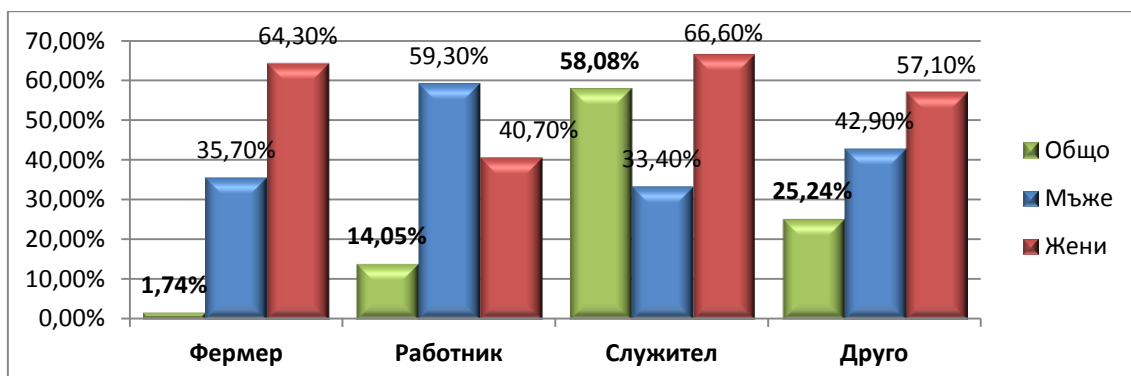


Фигура 13. Разпределение на респондентите по образование (относителен дял в общата извадка)

От анализа на данните от фигурата по-горе може да се направят следните изводи:

- Най-голяма е групата на респондентите с висше образование – 54,2%, от тях 30,5% са мъже, а 69,5% - жени;
- Следват респондентите със средно образование – 36,7%, като при мъжете този процент е 45,8%, а при жените - 54,2%;
- Групата с основно образование е малка - 5,1%, като процентът на мъжете е 68,3%, а на жените – 31,7%;
- Групата с начално и без образование е 4,0%, като мъжете са два пъти повече от жените.

Разпределението на респондентите по упражнявана професия е дадено на фигура 14.



Фигура 14. Разпределение на респондентите по професия

Най-голям дял от респондентите са с професия служител (умствен труд, услуги) – 58%, като от тях 66,6% са жени, а 33,4% - мъже. Следва групата на респондентите, посочили друго /учащи, пенсионери и други/ с относителен дял от 25,2% и групата на работниците – 14,5% от тях 59,3% - мъже и 40,7% - жени. Най-нисък е дялът на селскостопанските работници (фермер, животновъд, лесовъд) – с относителен дял от 1,74% (Фиг.15).



Фигура 15. Разпределение на респондентите по трудова заетост

Най-голям дял от респондентите са на недържавна служба – 38,4%, следват тези на държавна служба – 20,0%, учащи - 13,2%, пенсионери - 11,8% и самонаети – 9,7%. Нисък е относителният дял на безработни, трудоспособни - 2,1, в отпуск по майчинство/по бащинство – 1,5% и безработен, нетрудоспособен – 1,1%.

3.2. ИЗПОЛЗВАНИ КАНАЛИ ЗА ЗДРАВНА КОМУНИКАЦИЯ СРЕД НАСЕЛЕНИЕ НА ВЪЗРАСТ 20-60+ ГОДИНИ - ПЪРВО ПРОУЧВАНЕ

Предоставянето на качествена, надеждна, разбираема и достъпна за аудиторията информация е ключът към успеха на здравно комуникационните интервенции. Доказан факт е, че едно и също послание се приема от различните аудитории по различен начин в зависимост от социално-демографските характеристики и каналите, които се използват за здравна комуникация. Познаването на каналите за здравна информация, които отделните сегменти от аудиторията предпочитат да използват, дава възможност посланието да достигне до целевата аудитория и да се постигне желаният резултат. Непрекъснатата промяна в комуникационната среда, вследствие на навлизане на нови технологии и разрастване на употребата на интернет за здравни нужни, променя модела на медийно потребление. Това налага текущо изследване на тенденциите в използването на традиционните и новите комуникационните канали за здравна информация от различните сегменти на населението.

Редица изследвания показват, че лекарите продължават да са предпочитан източник за здравна информация за повечето хора (76, 113, 248). Междудличностната комуникация между пациента и лекаря има най-голямо въздействие за намаляване на заболяемостта и смъртността при хронични заболявания, чрез персонализирана информация и обмен на информация (76). Наред с това средствата за масова информация дават възможност здравните послания да достигнат бързо до общи и целеви аудитории. Масмедииите са важни инструменти за постигането на целите на общественото здраве (10, 140, 178, 263). Проучвания в чужбина показват, че телевизията е много по-популярен и ефективен канал за здравна комуникация, от радиото и печатните медии (28, 29, 35, 132, 173, 177, 212), като се наблюдават различия в използването и сред отделните социално-демографски групи. Макар че традиционните източници все още имат важна роля, интернет вече се налага като централен източник на здравна информация сред по-младите и образовани групи от населението (144, 234).

Респондентите са групирани в 5 възрастови групи (20-29 г.; 30-39 г.; 40-49 г.; 50-59 г. и над 60 години). Разпределението на лицата по отделните възрастови групи е

почти еднакво, с изключение на групата 60+, която е най-многобройна и е два пъти по-голяма от най-младата група – 20-29 години (таблица 5.).

Таблица 5. Разпределение на лицата по възрастови групи

Възрастови групи	Мъже		Жени		Общо	
	N	%	N	%	N	%
20-29	254	53,2%	224	46,8%	478	16,0%
30-39	250	50,0%	250	50,0%	500	16,8%
40-49	263	50,1%	262	49,9%	525	17,6%
50-59	254	49,1%	263	50,9%	517	17,4%
60+	405	42,2 %	554	35,7%	959	32,2%
Общо	1 426	47,8%	1 553	52,1%	2 979	100%

Въпросът, който е зададен на респондентите, е *„Откъде предпочитате да получавате информация за здравето?“*. Отговорът на въпроса е от затворен тип, като възможните отговори са групирани по следния начин:

- телевизия
- радио
- интернет
- преса (вестници, списания)
- беседи, лекции
- разговори с лекар
- разговори с медицинска сестра
- здравни материали (дипляни, листовки)

Респондентите могат да изберат повече от един отговор, поради което процентът на отговорилите на въпросите надвишава 100%.

Данните за предпочитаните източници за получаване на информация за здравето са дадени в таблица 6.

Таблица 6. Степен на предпочитание на комуникационни канали за здравна информация, обобщено за всички възрастови групи

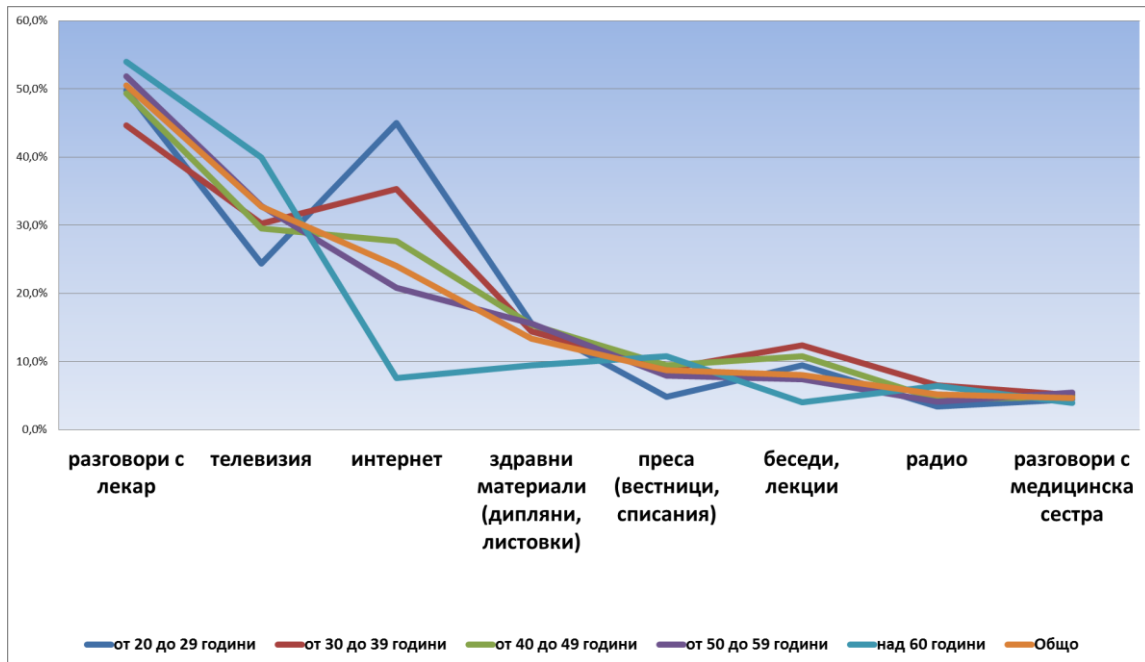
Комуникационни канали	Мъже	%	Жени	%	Мъже	%
	N		N		и жени	
					N	
разговори с лекар	686	48,7%	808	52,3%	1 494	50,5%
телевизия	466	33,0%	502	32,5%	968	32,7%
интернет	345	24,5%	366	23,7%	711	24,1%
здравни материали	158	11,2%	237	15,3%	395	13,4%
преса (вестници, списания)	127	9,0%	132	8,5%	259	8,8%
беседи, лекции	94	6,7%	144	9,3%	238	8,1%
радио	69	4,9%	84	5,4%	153	5,2%
разговори с медицинска сестра	65	4,6%	71	4,6%	136	4,6%

Налице е ясно изразено предпочитание за получаване на информация за здравето от разговори с лекар – 50,5%. Същевременно се наблюдава известна разлика в отговорите на мъжете и жените, като при жените този процент е по-висок - 52,3%, срещу 48,7% - за мъжете. Следващ по значимост комуникационен канал е телевизията, като тя заема първо място сред масовите комуникационни канали. Всеки трети от респондентите (32,7%) е посочил телевизията като предпочитан източник за получаване на информация за здравето. Тук почти няма разлика между мъжете (33,0%) и жените (32,5%). Интернет заема трето място, като източник за здравна информация и второ място сред масовите комуникационни канали. Всеки четвърти от анкетираните респонденти (24,1%) посочва интернет, като предпочитан канал. Разликата между мъжете и жените отново е незначителна - 24,5% са мъже и 23,7% - жени. На четвърто място са поставени здравните материали (дипляни, листовки) – 13,4%, като тук е регистрирано съществено различие по пол ($p < 0,05$) – съответно мъже - 11,2% и жени - 15,3%. Следват преса (вестници и списания) – 8,8%, беседи и лекции – 8,1%, радио – 5,2% и на последно място са разговорите с медицинска сестра – 4,6%. При тези източници разликите между мъже и жени са несъществени, с изключение на беседи и лекции, като тези канали са по-предпочитани от жените (9,3%) отколкото от мъжете (6,7%) ($p < 0,05$). На фигура 16 е показана графично степента на предпочитание на отделните комуникационни



Фигура 16. Използвани комуникационни канали за здравна информация, обобщено за всички възрастови групи

Очаквано има разлика в предпочитанията на отделните възрастови групи по отношение на източниците за получаване на здравна информация. Това, което прави впечатление, е, че независимо от различията, разговорите с лекар са предпочитан източник за всички възрастови групи. Не така, обаче, стоят нещата с телевизията и интернет, където има съществен дисбаланс в предпочитанията на различните възрастови групи. Очаквано младите възрастови групи предпочитат интернет пред телевизията като канал за здравна информация. Наблюдава се сравнително нисък интерес към здравните материали – дипляни, листовки, за всички възрастови групи, което би могло да се обясни до известна степен с пренасищането на пазара от такива рекламни материали, от друга страна – с навлизането на новите по-атрактивни канали за здравна информация. Значими различия в предпочитанията има и относно пресата, беседите и лекциите, като интересът към тях като източници за здравна информация, е сравнително нисък. Радиото и медицинските сестри имат най-малко значение като канали за здравна информация за всички възрастови групи (Фиг.17).



Фигура 17. Степен на предпочитане на канали за здравна информация, по възрастови групи

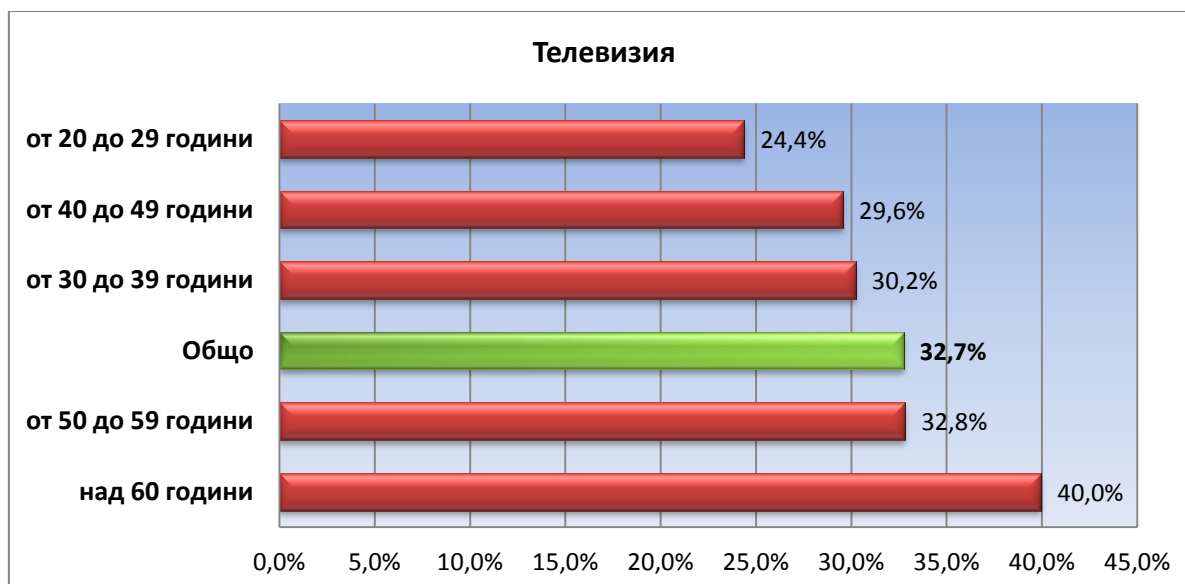
Различията в предпочитанията на отделните възрастови групи относно източниците за здравна информация са по-ясно изразени при каналите за масова информация, като най-съществени разлики се наблюдават при електронните медии - телевизия и интернет.

Доклад за проучване на дигиталните медии в България - 2013 г., очертава висока употреба на телевизията, като този канал остава основната платформа за получаване на информация; губещ влияние печатен сектор и радио, увеличаващо се влияние на интернет. Интернет не измества изцяло традиционните медии, по-скоро повече хора се информират от повече от една медия. В доклада се посочва, че хората на възраст над 55 г. гледат телевизия по-често от всички останали демографски групи (225).

Телевизията е мощно средство за въздействие върху аудиторията. Тя предлага достъпност и богатство на информацията, многообразието на поведенчески примери и има голям потенциал да предоставя информация на теми, свързани с общественото здраве. Този канал е популярен и ефективен избор за здравни кампании. Емпирични изследвания доказват ефективността на телевизионните филми като платформи за предоставяне на важна информация, свързана със здравето. Изследователите стигат

до заключението, че телевизионните филми оказват голямо въздействие върху отношението и поведението на зрителите по редица здравни въпроси (112, 167, 168, 246).

Нашето изследване показва, че телевизията е посочена като най-предпочитан източник за здравна информация сред масовите комуникационни канали. Общо, за цялата извадка, респондентите са посочили телевизията като втори източник за получаване на информация за здравето, след лекарите. Тенденцията е с нарастването на възрастта да расте и предпочитанието към тази медия като канал за получаване на информация за здравето. При респондентите от 50 до 59 години процентът е много близък до средния (32,8%), а при тези над 60 години процентът е най-висок – 40%. При възрастовите групи под 50 години телевизията е посочена с по-нисък процент от средното, като при групите 30 – 39 години и 40 – 49 години той е почти еднакъв – около 30%. Респондентите във възрастовата група 20 - 29 години са с най-нисък процент на използване на телевизията за здравна информация - 24,4%. Тези резултати корелират с резултатите от Доклад за проучване на дигиталните медии в България - 2013 (225). На фигура 18 по-долу е дадена степента на предпочитане на телевизията, като канал за здравна информация, по възрастови групи:



Фигура 18. Относителен дял на използване на телевизия, като канал за здравна информация, по възрастови групи

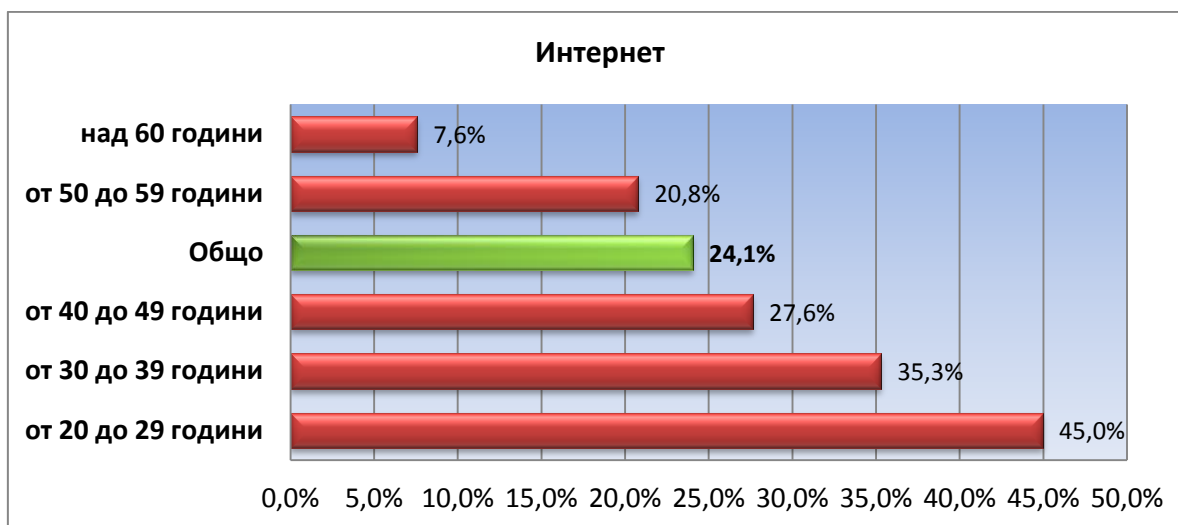
Все повече се засилва конкуренцията между традиционните и новите медии. Новата „интернет култура“ променя медийните навици не само на най-младите, но и на 30-40-годишните.

В световен мащаб непрекъснато се увеличава употребата на интернет като канал за здравна информация. Интернет има потенциала да овласти хората да управляват по-добре своето здраве и болест и да подобри превенцията. Друго негово предимство е, че традиционните източници на здравна информация и образователни материали, могат да бъдат разпространени евтино чрез интернет. Интернет променя аудиторията. Тя вече не е пасивна, а става активен участник в комуникацията и създател на съобщения.

По данни на НСИ през 2015 г. 49,2% (1 541 210 души) от ползвателите на интернет в България са търсили информация, свързана със здравето (224). Европейско проучване на дигиталната здравна грамотност на населението над 15 години, в 28-те страни-членки на Европейския съюз, проведено през 2014 г., показва, че около шест от десет анкетирани са използвали интернет, за да търсят информация, свързана със здравето, в рамките на последната година. Този процент е най-висок във възрастовата група 25-34 години и след това намалява непрекъснато (234). Тази тенденция се наблюдава и в нашите резултати.

В нашето проучване интернет е посочен като трети източник за получаване на информация за здравето и като втори, след телевизията, сред масовите комуникационни канали. И тук, както при телевизията, има разлика в предпочитанията на различните възрастови групи, като разликите са още по-силно изразени, а зависимостта е обратна – с нарастването на възрастта интересът към интернет, като канал за здравна информация, намалява. Разликата между групата на най-младите (20 – 29 години) и най-възрастните (над 60 години) е в пъти: **45% от респондентите във възрастовата група 20 до 29 години са посочили интернет като предпочитан канал за здравна информация, а само 7,6% от респондентите в групата над 60 години са посочили този канал.** Освен това са налице по-значими различия между всички възрастови групи. Най-висока е употребата на интернет за здравна информация от населението между 20 и 39 години, по-ниска между 40-59 години и след това рязко намалява. На фигура 19 по-долу е дадена степента на

предпочитане на интернет, като канал за получаване на здравна информация, по възрастови групи.



Фигура 19. Относителен дял на използване на интернет за здравна комуникация, по възрастови групи

3.2.1. ИЗПОЛЗВАНЕ НА КАНАЛИ ЗА ЗДРАВНА КОМУНИКАЦИЯ ПО ПОЛ И ВЪЗРАСТОВИ ГРУПИ

Възрастта е важен индикатор при избор на канал за здравна комуникация. Традиционно лекарите остават най-важен и предпочитан източник за здравна информация сред всички възрастови групи, но интернет непрекъснато увеличава аудиторията си в световен мащаб, като най-голям интерес в използването му като канал за здравна информация има сред по-младите възрастови групи.

При най-младата възрастова група – **20 - 29 години**, като най-често използван източник за получаване на информация за здравето, като цяло, са посочени разговорите с лекар – 49,8% (при 50,5% за цялата извадка). Наблюдава се съществена разлика в отговорите на мъжете и жените ($p < 0,05$). При жените относителният дял е по-висок - **55,2%** (при 50,5% за цялата извадка), срещу **45,1%** - за мъжете. Следващ по значимост комуникационен канал е интернет, което отличава тази група от средния резултат за цялата извадка, където на второ място е поставена телевизията. **45% от респондентите в тази групата (при трето място за цялата**

извадка – 24,1%) са посочили интернет като по-често предпочитан източник за информация за здравето.

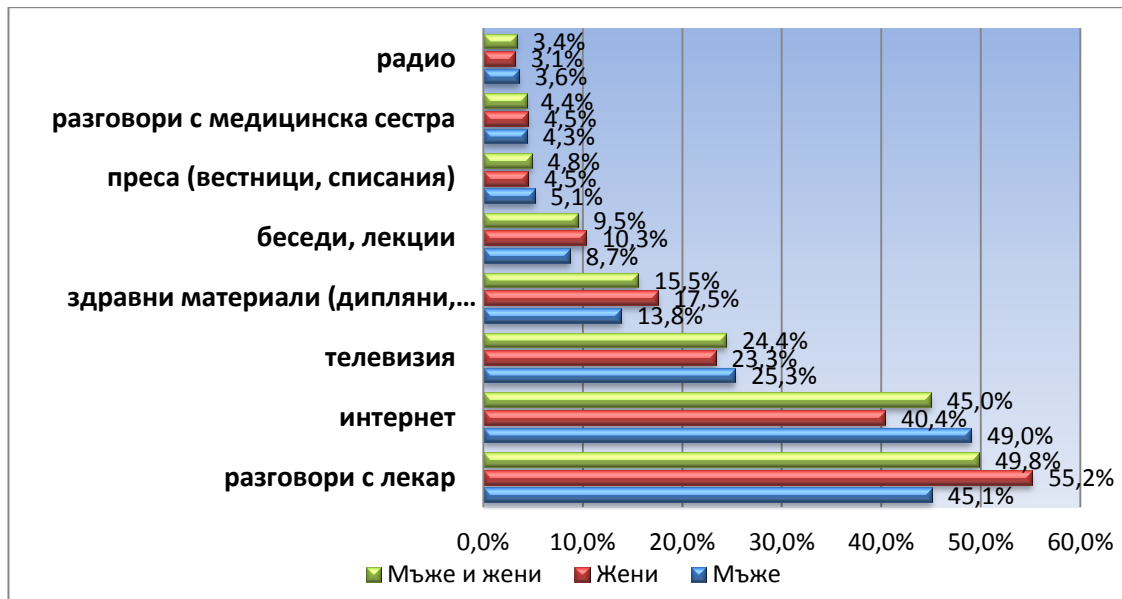
Според редица проучвания на общественото мнение за здравето в САЩ, свързано с търсене на информация в Интернет, полът е един от най-важните предиктори за търсене на здравна информация в интернет (50, 198). Голям брой емпирични проучвания в Канада и Европа (193, 202, 234, 253) сочат, че жените са по-склонни от мъжете да търсят здравна информация в Интернет.

В нашето изследване също се наблюдава разлика в предпочитанията на мъжете и жените относно търсене на информация в интернет, но в тази възрастова група има обратна тенденция - мъжете по-често от жените използват този канал за здравна информация, като при мъжете процентът е 49%, а при жените 40,4% ($p < 0,05$). **Тук се констатира интересно явление. В тази възрастова група мъжете поставят на първо място интернет като най-често предпочитан източник за здравна информация (49%), като този канал измества разговорите с лекар (45,1%).** Тази тенденция би следвало да се вземе предвид от специалистите по обществено здраве при разработване на здравни комуникационни програми.

На трето място като канал за получаване на информация за здравето респондентите поставят телевизията – 24,4% (при второ място за цялата извадка – 32,7%), с почти два пъти по-малък интерес от интернет. В сравнение с останалите възрастови групи, тук телевизията е с най-нисък процент на използване за сметка на интернет, при несъществено различие по пол, съответно - 25,3% и 23,3% ($p > 0,05$).

На четвърто място са поставени здравните материали (дипляни, листовки) – 15,5% (при 13,4% за цялата извадка), като се наблюдава несъществена разлика между мъже и жени – съответно 13,8% при мъжете и 17,5% при жените ($p > 0,05$). Следват беседи и лекции – 9,5% (при 8,1% за цялата извадка). При тази възрастова група, за разлика от цялата извадка (където беседите и лекциите са след пресата), тези източници на здравна информация са по-често предпочитани пред пресата. Много нисък е интересът към пресата и радиото като масови канали за здравна информация. Пресата (вестници и списания) е посочена от 4,8% от респондентите (при 8,8% за цялата извадка), а разговорите с медицинска сестра от 4,4% (последно място за цялата извадка – 4,6%). На последно място като канал за здравна информация е посочено радиото – 3,4% (при 5,2% за цялата извадка). При тези канали за здравна информация почти няма разлика в предпочитанията по пол. На

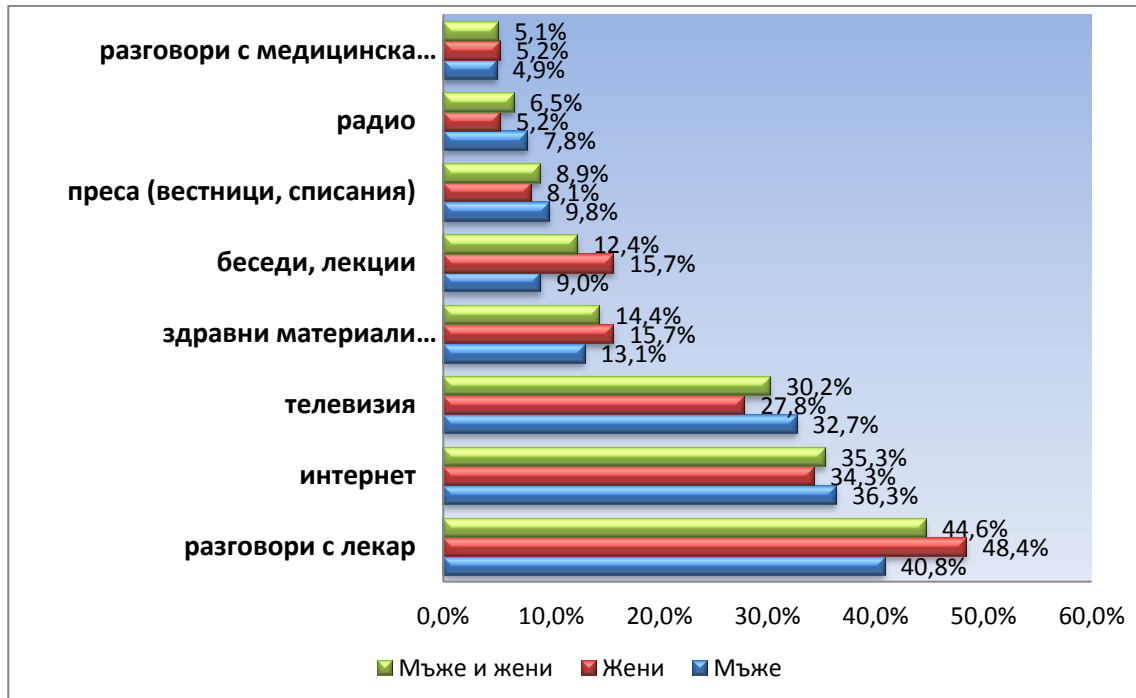
фигура 20 графично е представена степента на предпочитане на отделните комуникационни канали за възрастова група от 20 до 29 години:



Фигура 20. Използвани канали за здравна информация при възрастовата група от 20 до 29 години

При възрастовата група от **30 до 39 години** най-често използван източник за получаване на информация за здравето са лекарите – 44,6% (при 50,5% за цялата извадка). Наблюдава се съществена разлика в отговорите на мъжете и жените ($p < 0,05$). При жените относителният дял е по-висок - 48,4%, срещу 40,8% за мъжете. Следващ по значимост комуникационен канал е интернет. Това отличава тази група, заедно с групата 20-29, от средния резултат за цялата извадка, където на второ място е поставена телевизията. **Констатира се, че тези две възрастови групи (20-29 г. и 30-39 г.) поставят интернет като най-често предпочитан канал за здравна информация от масовите комуникационни канали. 35,3% от респондентите от тази възрастова група (при трето място за цялата извадка – 24,1%) са посочили интернет като предпочитан източник за получаване на информация за здравето. Налице е несъществена разлика в предпочитанията по пол ($p > 0,05$). И тук, както в групата 20-29 г., по-често мъжете са посочили интернет като източник за здравна информация (36,3% - мъже, 34,3% - жени), но с по-малка разлика в сравнение с групата 20-29 г.**

На трето място като канал за получаване на информация за здравето респондентите поставят телевизията – **30,2%** (при второ място за цялата извадка – 32,7%). Налице е несъществена разлика по пол ($p>0,05$), като при мъжете процентът е 32,7%, а при жените 27,8%. На четвърто място са поставени здравните материали (дипляни, листовки) – **14,4%** (при 13,4% за цялата извадка), съответно 13,1% при мъжете и 15,8% при жените. Следват **беседи и лекции** – **12,4%**, които както при възрастовата група 20-29 г. са поставени пред пресата (при 8,1% за цялата извадка, освен това при цялата извадка беседите и лекциите са след пресата). Тук е налице съществена разлика по пол ($p<0,05$), с по-висок относителен дял на жените (15,7%), в сравнение с мъжете (9,0%). **8,9%** от респондентите са посочили пресата (вестници и списания) като източник за здравна информация, близък процент до този за цялата извадка (8,8%), с несъществена разлика между мъже (8,1%) и жени (9,8%). **Радиото е посочено от 6,5%** от респондентите в групата (при 5,2% за цялата извадка), съответно 7,8% - мъже и 5,2% жени. На последно място са разговорите с медицинска сестра – 4,4% (при – 4,6% за цялата извадка), с разлика между мъже (7,8%) и жени (5,2%) (Фиг.21).



Фигура 21. Използвани канали за здравна информация за възрастова група от 30 до 39 години

Респондентите от възрастовата група **40-49 години** посочват най-често разговорите с лекар – 49,3% (при 50,5% за цялата извадка), като предпочитан източник за здравна информация. Наблюдава се несъществена разлика в отговорите по пол ($p>0,05$), като при жените този процент е 50,6%, а при мъжете - 48,1%. Следващ по значимост комуникационен канал е **телевизия** – **29,6%** от респондентите от групата (при 32,7% за цялата извадка), с незначителна разлика в предпочитанията на мъжете и жените, като при мъжете процентът е 30,0%, а при жените 29,1%. Тази възрастова група поставя **интернет на трето място като канал за здравна информация** – **27,6%** (при 24,1% за цялата извадка). Налице е несъществена разлика в относителните дялове по пол. **Тук, за разлика от посочените по-горе възрастови групи (20-29г. и 30-39г.), жените (29,1%) по-често посочват интернет като предпочитан канал за здравна информация от мъжете (26,2%).** Като цяло, за тази възрастова група, се наблюдава тенденция към изравняване на процента на предпочитане на телевизия и интернет, като при жените този процент е почти еднакъв. И тук, както при предишните възрастови групи, на четвърто място са поставени **здравните материали (дипляни, листовки)** – **15,4%** (при 13,4% за цялата извадка). Тук се наблюдава съществен дисбаланс в предпочитанията между мъжете и жените ($p<0,001$), като относителният дял на **жените (20,3%)** е значително по-голям от този на **мъжете (10,4%)**. Следват **беседи и лекции**, където относителният дял е над средния за цялата извадка – **10,7%** (при 8,1% за цялата извадка, освен това при цялата извадка беседите и лекциите са след пресата), като е налице несъществена разлика между мъже (9,2%) и жени (12,3%); пресата (вестници и списания) – 9,4% (при 8,8% за цялата извадка), с незначима разлика по пол - мъже (9,6%) и жени (9,2%). Разговорите с медицинска сестра са на предпоследно място – 4,8% (при – 4,6% за цялата извадка), съответно - мъже (5,8%) и жени (3,8%). Най-малко използван източник за здравна информация за тази възрастова група е радиото – 4,4% (при 5,2% за цялата извадка), без съществена разлика по пол - мъже (4,6%) и жени (4,2%). На фигура 22 е показан относителният дял на използване на отделните комуникационни канали за възрастова група от 40 до 49 години:



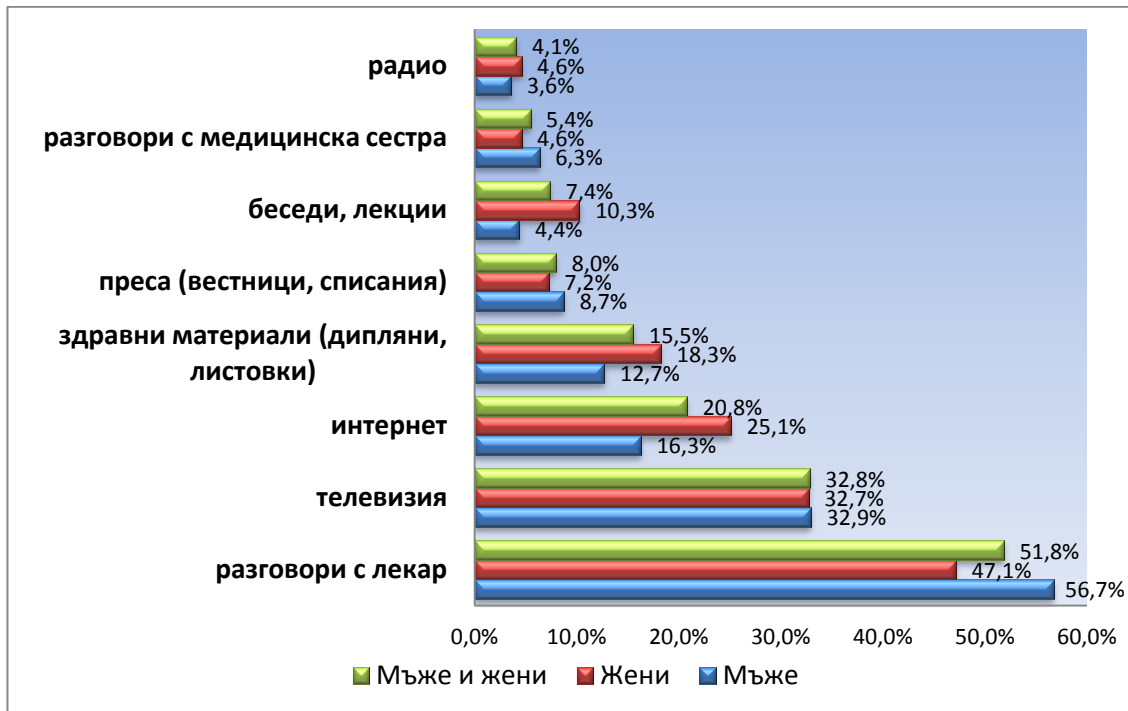
Фигура 22. Използвани канали за здравна информация за възрастовата група от 40 до 49 години

При възрастова група от **50 до 59 години** като най-чест източник за информация за здравето са посочени разговорите с лекар – 51,8% (при 50,5% за цялата извадка). Наблюдава се съществена разлика в отговорите на мъжете и жените ($p < 0,05$), като относителният дял на жените е по-нисък - 47,1%, от този на мъжете - **56,7%**. **Констатира се, че мъжете в тази възрастова група са с най-висок процент на използване на лекарите, като източник за здравна информация, сред всички възрастови групи от извадката.**

Национално представително изследване за идентифициране на потребностите на възрастните хора над 50 г., проведено през 2012 г., показва, че най-популярната форма за самообучение е чрез следенето на образователни телевизионни програми - 16.0%, при населението на възраст 50 и повече навършени години. На следващо място с 13.1% се нареждат използването на печатни материали (книги, учебници,

професионални списания, ръководства и др.) и използването на компютър (интернет) -12.1% (276).

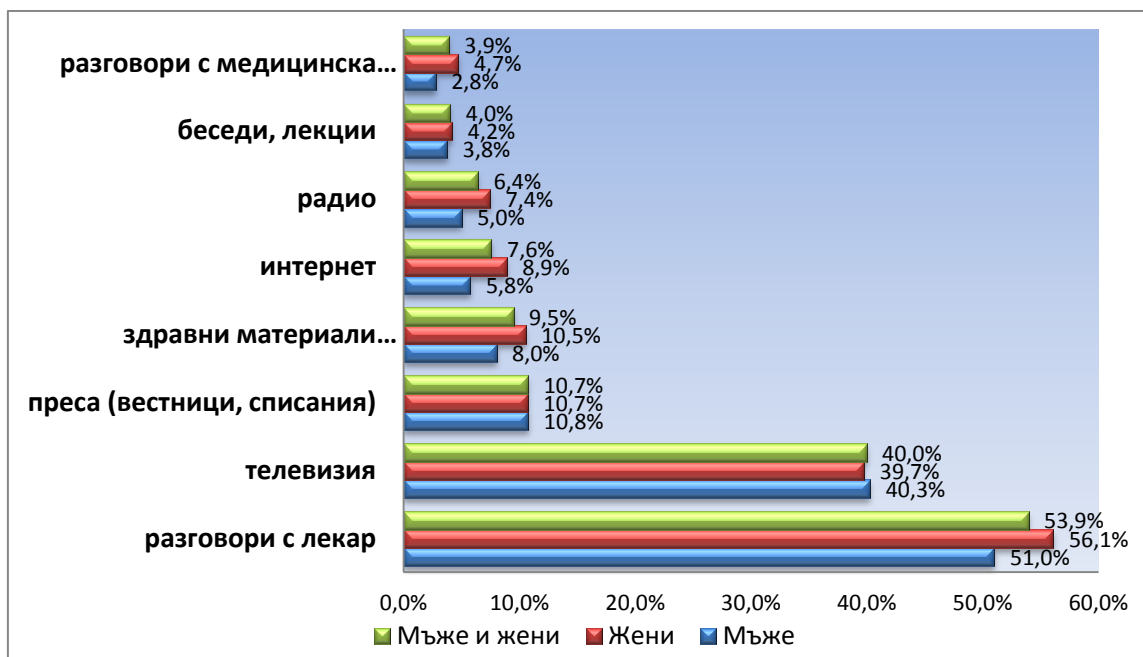
Тази тенденция, по отношение на телевизията, се потвърждава в нашето изследване, но по отношение на данните за използване на интернет за здравната информация, процентът е значително по-голям. Нашето изследване показва, че възрастовата група **50-59 г. посочва телевизията като най-предпочитан канал за здравна информация от масовите медийни канали – 32,8%** от респондентите (при 32,7% за цялата извадка). Почти няма разлика в предпочитанията по пол, като при мъжете процентът е 32,9%, а при жените 32,7%. **На трето място като канал за здравна информация респондентите поставят интернет – 20,8%** (при 24,1% за цялата извадка). Наблюдава се доста по-голям интерес към интернет, като източник за здравна информация, от жените (**25,1%** - по-висок процент от средния за цялата съвкупност - 24,1%), в сравнение с мъжете (16,3%) ($p<0,05$). На четвърто място са поставени здравните материали (дипляни, листовки) – 15,5% (при 13,4% за цялата извадка), като е налице несъществена разлика между мъже и жени – съответно 12,7% при мъжете и 18,3% при жените. Пресата (вестници и списания) е посочена от 8,0% от респондентите (при 8,8% за цялата извадка), с малка разлика между мъже (8,7%) и жени (7,2%), а беседи и лекции – от 7,4% (при 8,1% за цялата извадка). Жените, от тази възрастова група, два пъти по-често от мъжете посочват беседите и лекциите като предпочитан канал за здравна информация, съответно - 10,3%, срещу 4,4% ($p<0,001$). Следват разговорите с медицинска сестра – 5,4% (при – 4,6% за цялата извадка), с незначителна разлика по пол - мъже (6,3%) и жени (4,6%). Тази възрастова група поставя радиото на последно място като канал за здравна информация – 4,1% (при 5,2% за цялата извадка), съответно 3,6% от мъжете и 4,6% от жените. На фигура 23 е показана степента на предпочитание на различните комуникационни канали за здравна информация за възрастова група от 50 до 59 години:



Фигура 23. Използвани канали за здравна информация за възрастовата група от 50 до 59 години

Респондентите от възрастовата група над **60 години** са с **най-висок процент на използване на лекарите, като канал за здравна информация, сред цялата извадка – 53,9%** (при 50,5% за цялата извадка). Наблюдава се значима разлика в отговорите по пол ($p < 0,05$). Относителният дял на жените е по-висок - 56,1%, от този на мъжете - 51,0%. Следващ по значимост комуникационен канал е **телевизията – 40%** от респондентите от тази възрастова група (при 32,7% за цялата извадка), с незначима разлика между мъжете и жените, съответно - 40,3% и 39,7%. **Констатира се, че тази възрастова група е с най-висок процент на предпочитание към телевизията, като източник за здравна информация, сред всички възрастови групи от извадката.** Пресата (вестници и списания) е посочена на трето място като предпочитан източник за получаване на информация за здравето – 10,7% (при 8,8% за цялата извадка), с почти равни проценти между мъжете и жените. На четвърто място са поставени здравните материали (дипляни, листовки) – 9,5% (при 13,4% за цялата извадка), като е налице несъществена разлика между мъже и жени – съответно 8% при мъжете и 10,5% при жените. Очаквано, в сравнение с останалите възрастови групи, **в групата 60+ години интернет е най-**

малко използван източник за здравна информация – 7,6% (при средно 24,1% за цялата извадка), с несъществена разлика между мъже и жени, съответно - 5,8% мъже и 8,9% - жени. Следва радиото – 6,4% (при 5,2% за цялата извадка), съответно - мъже (5%) и жени (7,4%); беседи и лекции – 4,0% (при 8,1% за цялата извадка), с незначителна разлика по пол. На последно място са разговорите с медицинска сестра – 3,9% (при – 4,6% за цялата извадка), съответно - мъже (2,8%) и жени (4,7%) ($p>0,05$) (Фигура 24).



Фигура 24. Използвани комуникационни канали за здравна информация, възрастова група над 60 години

3.2.2. ИЗПОЛЗВАНИ КАНАЛИ ЗА ЗДРАВНА КОМУНИКАЦИЯ СРЕД НАСЕЛЕНИЕ НА ВЪЗРАСТ 20+ ГОДИНИ ПО СЕМЕЙНО ПОЛОЖЕНИЕ

По семейно положение респондентите са групирани в следните групи:

- женен/омъжена или в съжителство
- неженен/неомъжена
- разделен/а или разведен/а
- вдовец/вдовица

Най-голям е броят на респондентите в групата *женен/омъжена или в съжителство* – 61,9%, като при мъжете този процент е 64,3%, а при жените – 59,8%. Следва групата *неженен/неомъжена* – 20,3%, съответно 26,2% - мъже и 15% - жени. На трето място е групата *вдовец/вдовица* – 11,5%, от тях 3,8% са мъже, а 18,6% - жени. Най-малка е групата *разделен/а или разведен/а* – 6,2%, като от тях мъжете са 5,7%, а жените – 6,7%. Данните за използването на канали за здравна комуникация, в зависимост от семейното положение, са дадени в таблица 7:

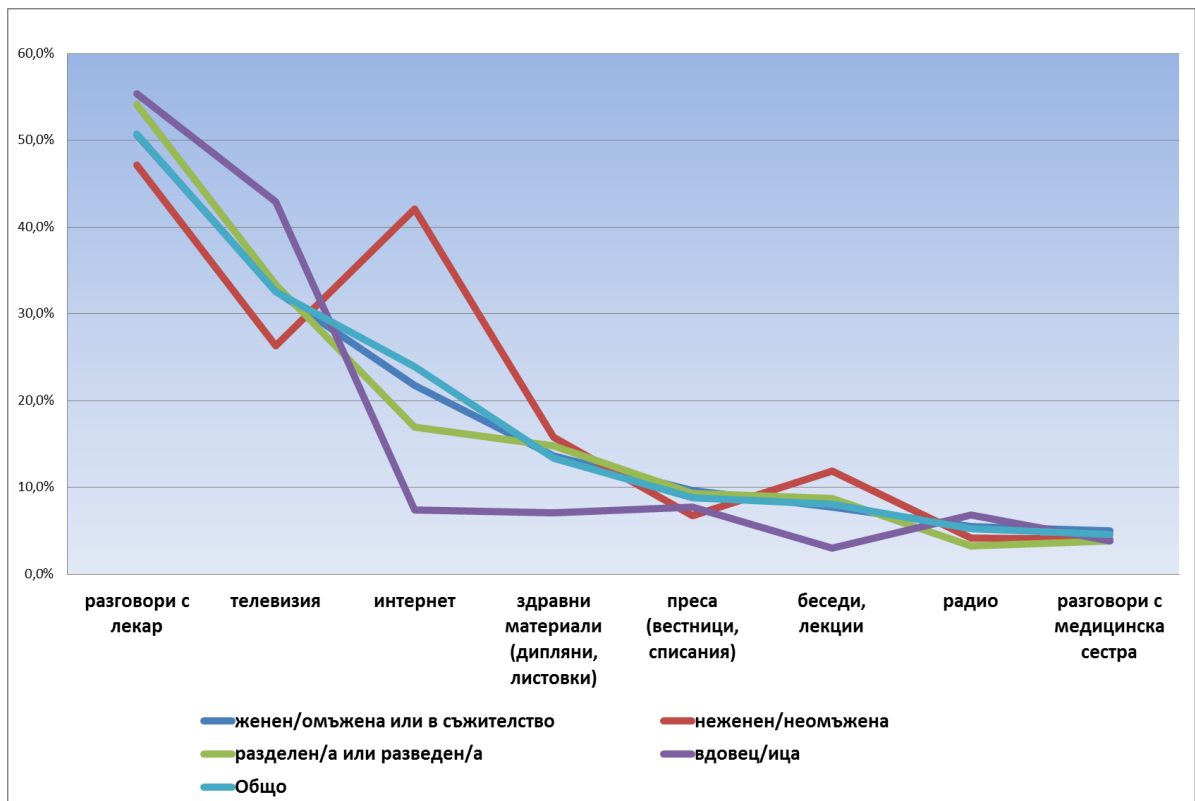
Таблица 7. Използвани канали за здравна комуникация в зависимост от семейното положение (общо)

Канал за здравна комуникация	женен/ омъжена или в съжителство		неженен/ неомъжена		разделен/а или разведен/а		вдовец/ица		Общо	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
разговори с лекар	919	50,6%	281	47,1%	99	54,1%	187	55,3%	1 486	50,7%
Телевизия	592	32,6%	157	26,3%	61	33,3%	145	42,9%	955	32,6%
Интернет	395	21,8%	251	42,1%	31	16,9%	25	7,4%	702	23,9%
здравни материали (дипляни, листовки)	247	13,6%	94	15,8%	27	14,8%	24	7,1%	392	13,4%
преса (вестници, списания)	175	9,6%	40	6,7%	17	9,3%	26	7,7%	258	8,8%
беседи, лекции	140	7,7%	71	11,9%	16	8,7%	10	3,0%	237	8,1%
Радио	99	5,5%	25	4,2%	6	3,3%	23	6,8%	153	5,2%
разговори с медицинска сестра	91	5,0%	24	4,0%	7	3,8%	13	3,8%	135	4,6%

Налице е разлика в използваните канали за здравна комуникация в зависимост от семейното положение на респондентите. Разговорите с лекар са най-често посочван източник за здравна информация при всичките групи, като се наблюдава

разлика в относителния дял на използване на този комуникационен канал. При средно 50,7% за всички групи, лекарите са най-често използван източник за здравна информация от групата вдовец/вдовица – 55,3%, а най-нисък е процентът при групата неженен/неомъжена – 47,1% ($p < 0,05$). Телевизията е посочена като втори източник (ранг) при всички групи, с изключение на групата неженен/неомъжена, където тя е на трето място (26,3%). **Респондентите със семейно положение вдовец/вдовица имат най-висок процент на използване на телевизията – 55,3%, като канал за здравна информация.** На трето място, общо, като канал за получаване на информация за здравето, е посочен интернет. Тук се забелязват различия между групите респонденти. Наблюдава се статистически значима разлика между групата *неженен/неомъжена* и групата *вдовец/вдовица* ($p < 0,001$). **Най-висока е употребата на интернет за здравна информация при групата неженен/неомъжена – 47,1%, като респондентите от тази група поставят интернет на второ място сред предпочитаните източници за здравна информация.** Най-нисък е процентът на използване на интернет при групата вдовец/вдовица – 7,4%, като този източник е посочен на четвърто място. Това не е изненадващо и би могло да се обясни с по-високата възраст на тази група, като този процент е твърде близък до процента на използване на интернет сред възрастовата група над 60 години (7,6%). Следващ по предпочитание (№4) канал за здравна информация са **здравните материали – 13,4%** за всички отговорили, отново със значителна разлика между горните две групи ($p < 0,05$). Най-висок е относителният дял на групата *неженен/неомъжена* – **15,8%**, а най-нисък - на групата *вдовец/вдовица* – **7,4%**, където този източник е посочен на пето място. Следва **преса (№5)** с 8,8%, с най-нисък процент - 6,7% при групата *неженен/неомъжена*, а най-висок – при *женен/омъжена или в съжителство* – 9,6% (шесто място по предпочитание). Групата *вдовец/вдовица*, макар и с по-малък процент от 7,7%, поставя този канал на трето място като източник за здравна информация. На шесто място по честота на използване, за цялата група, са **беседите и лекциите – 8,1%** общо. Тук отново има съществена разлика ($p < 0,001$) между групите *неженен/неомъжена* и *вдовец/вдовица*. Най-висок е относителният дял на групата *неженен/неомъжена* – 11,9%, където е поставен на пето място, а най-нисък - при *вдовец/вдовица* – 3%, където е на осмо място. На седмо място като канал за здравна информация е посочено **радиото** - 5,2%, с най-висок относителен дял на групата

вдовец/вдовица, а най-нисък - на *разделен/а или разведен/а*. Най-слаб е интересът към разговорите с **медицинска сестра**, които са посочени на последно място като канал за здравна информация – 4,6%, като най-висок е относителният дял на групата *женен/омъжена или в съжителство* – 5%, а най-нисък - *разделен/разведен* и *вдовец/вдовица* – 3,8%.



Фигура 25. Използвани канали за здравна информация в зависимост от семейното положение (общо)

Женен/омъжена или в съжителство

При респондентите от групата *женени/омъжени или в съжителство* разговорите с лекар (50,6%) са най-често посочван източник за получаване на информация за здравето. Сред масовите комуникационни канали най-предпочитана е **телевизията – 32,6%**. Следват: **интернет 21,8%**, здравни материали (листовки, дипляни) – **13,6%**, преса – 9,6%, беседи, лекции – 7,7%, радио 5,5%. Най-малко използван канал за здравна информация са медицинските сестри – 5%. На фигура 26 е дадено използването на канали за здравна информация в зависимост от семейното положение – женени/омъжени или в съжителство:



Фигура 26. Използвани канали за здравна информация в зависимост от семейното положение - женени/омъжени или в съжителство

Неженен/неомъжена

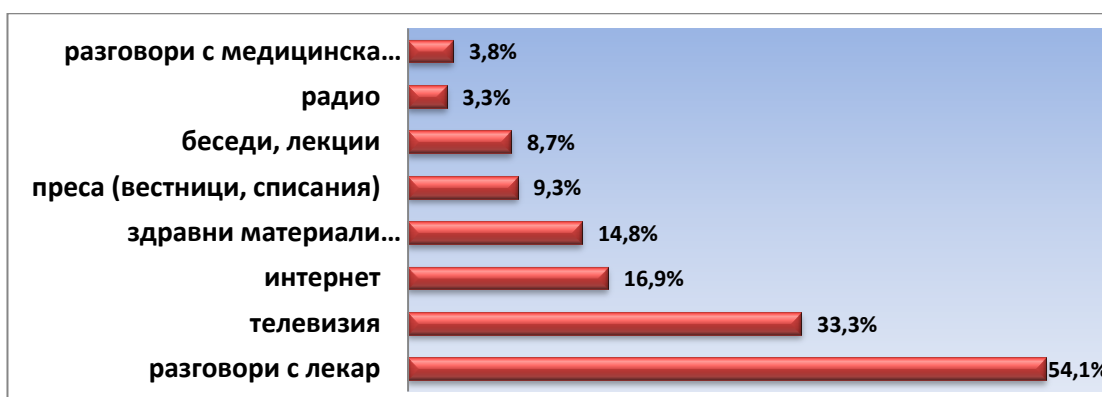
В групата *неженени/неомъжени* лекарите са най-често предпочитан източник за получаване на информация за здравето – 47,1%. **Респондентите от тази група посочват интернет като най-често използван източник за здравна информация сред масовите комуникационни канали, с процент близък до този на разговорите с лекар (42,1%).** Това би могло да се обясни с младата възрастова група, в която попадат повечето от тези респонденти. Следват: телевизия, с близо два пъти по-малък интерес като канал за здравна информация от интернет – **26,3%**, здравни материали (листовки, дипляни) – **15,8%**, беседи, лекции – 11,9%, преса – 6,7%, радио 4,2% и на последно място - разговори с медицинска сестра – 4%. На фигура 27 е представено използването на канали за здравна комуникация в зависимост от семейното положение – неженени/неомъжени:



Фигура 27. Използвани канали за здравна информация в зависимост от семейното положение - неженене/неомъжени

Разделен/а или разведен/а

Респондентите от групата *разделен/а или разведен/а* поставят на първо място, като канал за здравна информация, лекарите – 54,1%. Телевизията (33,3%) е най-често използван канал за здравна информация от масовите медии. Относителният дял на използващите интернет, като източник за здравна информация, е два пъти по-малък спрямо този на телевизията - 16,9%. Следват, здравни материали – 14,8%, преса – 9,3%, беседи, лекции – 8,7%. На последно място, много рядко използвани канали за здравна информация, са разговори с медицинска сестра – 3,8% и радио 3,3% (Фиг.28).



Фигура 28. Използвани канали за здравна комуникация в зависимост от семейното положение - разделен/а или разведен/а

Вдовец/вдовица

При групата вдовец/вдовица лекарите, като източник за здравна информация, са посочени с най-висок процент, спрямо другите групи по семейно положение – **55,3%**. От масовите комуникационни канали най-често използван източник за получаване на здравна информация е **телевизията – 42,9%**, отново с най-висок процент спрямо другите групи. Следват: преса – 7,7%, интернет 7,4%, здравни материали (листовки, дигитални) – 7,1%, радио 6,8%, разговори с медицинска сестра – 3,8%, беседи, лекции – 3% (Фиг.29).



Фигура 29. Използвани канали за здравна комуникация в зависимост от семейното положение - вдовец/вдовица

3.2.3. ИЗПОЛЗВАНИ КАНАЛИ ЗА ЗДРАВНА КОМУНИКАЦИЯ СРЕД НАСЕЛЕНИЕ НА ВЪЗРАСТ 20+ ГОДИНИ ПО ОБРАЗОВАНИЕ

Образованието е изключително важен фактор, който трябва да бъде вземан предвид в процеса на здравна комуникация, защото то оказва влияние върху нивото, което е необходимо за осъществяване на здравните комуникации. Редица изследвания показват различия в предпочитанията на комуникационни канали в зависимост от образованието (71, 223, 244). Това налага сегментиране на потенциалните аудитории по образование, с цел избор на достъпни и предпочитани от съответните сегменти комуникационни канали при здравни интервенции.

В нашето изследване респондентите са групирани в следните групи по образование:

- без образование и начално образование
- основно образование
- средно образование
- висше образование

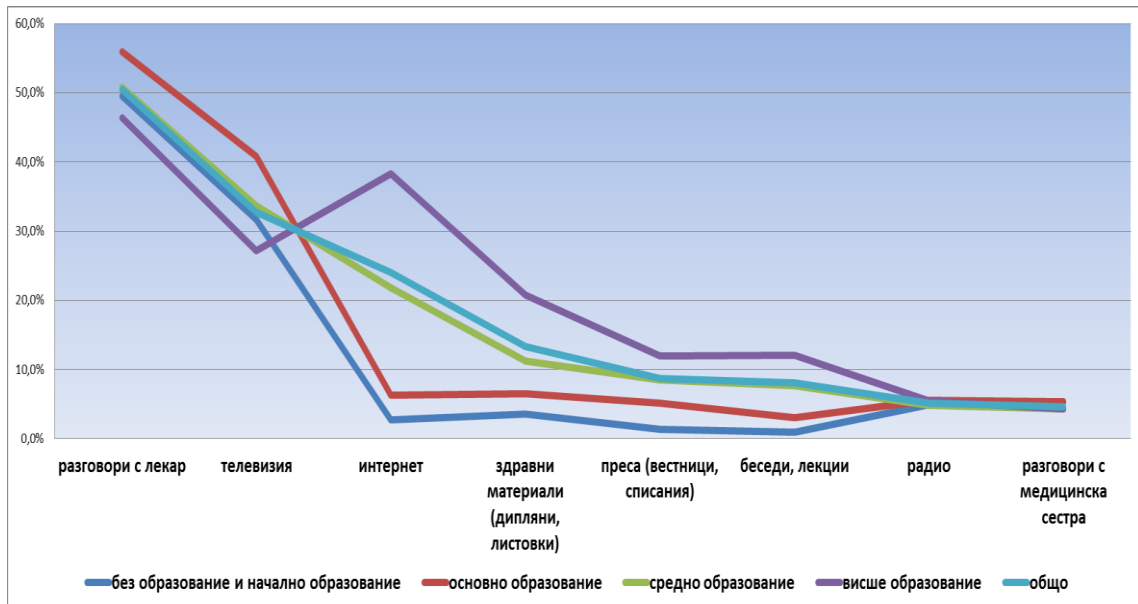
Най-голям е броят на респондентите със средно образование – 44,6%. Следва групата с висше образование – 34,5%. На трето място е групата с основно – 14,6%. На последно място е групата без образование и начално образование – 6,4%. Данните за използването на канали за здравна комуникация в зависимост от образованието са дадени в таблица 8.

Таблица 8. Използвани канали за здравна комуникация в зависимост от образованието

Канал за здравна комуникация	без образование и начално образование		основно образование		средно образование		висше образование		общо	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
разговори с лекар	111	49,6%	240	55,9%	667	50,8%	471	46,4%	1 489	50,5%
Телевизия	71	31,7%	175	40,8%	443	33,7%	276	27,2%	965	32,7%
Интернет	6	2,7%	27	6,3%	287	21,8%	389	38,3%	709	24,1%
здравни материали (дипляни, листовки)	8	3,6%	28	6,5%	147	11,2%	211	20,8%	394	13,4%
преса (вестници, списания)	3	1,3%	22	5,1%	112	8,5%	121	11,9%	258	8,8%
беседи, лекции	2	0,9%	13	3,0%	100	7,6%	123	12,1%	238	8,1%
Радио	11	4,9%	24	5,6%	63	4,8%	55	5,4%	153	5,2%
разговори с медицинска сестра	12	5,4%	23	5,4%	57	4,3%	44	4,3%	136	4,6%

Констатира се разлика в предпочитанията към каналите за комуникация, като източници за здравна информация, в зависимост от образованието на респондентите. Въпреки че разговорите с лекар са на първо място при всичките групи, се наблюдава статистически значима разлика ($p < 0,001$) в относителните дялове на използване на този комуникационен канал сред респондентите с основно образование и тези с висше образование. При среден процент за всички групи от 50,5%, най-висок е

относителният дял на групата с *основно образование* – 55,9%, а най-нисък – на респондентите с *висше образование* – 46,4%. **Телевизията** е посочена като втори източник (ранг) при всички групи (32,7%), с изключение на групата с *висше образование*, където тя е посочена като трети източник за здравна информация. Телевизията е най-често предпочитан източник за здравна информация от респондентите с *основно образование* – **40,8%**. На трето място общо, като канал за получаване на информация за здравето, е посочен интернет, отново с различия между групите респонденти. Най-значима е разликата ($p < 0,001$) между респондентите с висше образование и тези без или с начално образование. **Интернет е най-често предпочитан източник за здравна информация при групата с висше образование – 38,3%**, след **разговорите с лекар**. Най-ниско е използването на интернет като канал за здравна информация при групата *без образование и начално образование* – **2,7%**, като този източник е посочен на шесто място. На четвърто място са класирани **здравните материали** (листовки, дигитални) – **13,4%** за всички отговорили. Тук, обяснимо, също има значима разлика ($p < 0,001$) между респондентите с висше образование и тези без образование и начално образование. Най-висок интерес към този източник показва групата с *висше образование* – **20,8%**, а най-нисък - групата *без образование и начално образование* – 3,6%, където този източник е поставен на пето място по честота на използване. Следва **преса** (на пето място) с **8,8%**, с най-нисък процент при групата *без образование и начално образование* (1,3%), а най-висок - при групата с *висше образование* – 11,9% ($p < 0,001$). На шесто място са **беседите и лекциите** – **8,1%** общо, като най-висок е процентът при групата с *висше образование* – **12,1%** и пето място при предпочитанията в тази група, а най-нисък - при групата *без образование и начално образование* – 0,9%, която поставя този канал за здравна информация на последно място. На седмо място е **радиото** **5,2%**, като най-висок е относителният дял на групата с *основно образование* – 5,6%, а най-нисък при групата със средно образование – 4,8% ($p > 0,05$). На последно място са класирани **разговорите с медицинска сестра** – 4,6%, като най-висока оценка на този източник са дали от групата *без образование и начално образование* и групата с *основно образование* – 5,4%, а най-ниска - групите със *средно и висше образование* – 4,3%. На фигура 30 е представено графично използването на канали за здравна информация в зависимост от образованието (общо):



Фигура 30. Използвани канали за здравна информация в зависимост от образованието

Без образование и начално образование

Респондентите от групата *без образование и начално образование* посочват като най-често използван източник за здравна информация *разговорите с лекар* – 49,6%. Следва *телевизия* – 31,7%, като това е най-предпочитаният масов медиен канал **от тази група**. Останалите източници за здравна комуникация са с нисък процент на предпочитане - под 5,5% и са както следва:

- разговори с медицинска сестра – 5,4%
- радио – 4,9%
- здравни материали (дипляни, листовки) 3,6%
- интернет – 2,7%
- преса (вестници, списания) – 1,3%
- беседи, лекции – 0,9%

На фигура 31 е представено графично използването на различните канали за здравна комуникация в групата на респондентите без образование и начално образование.



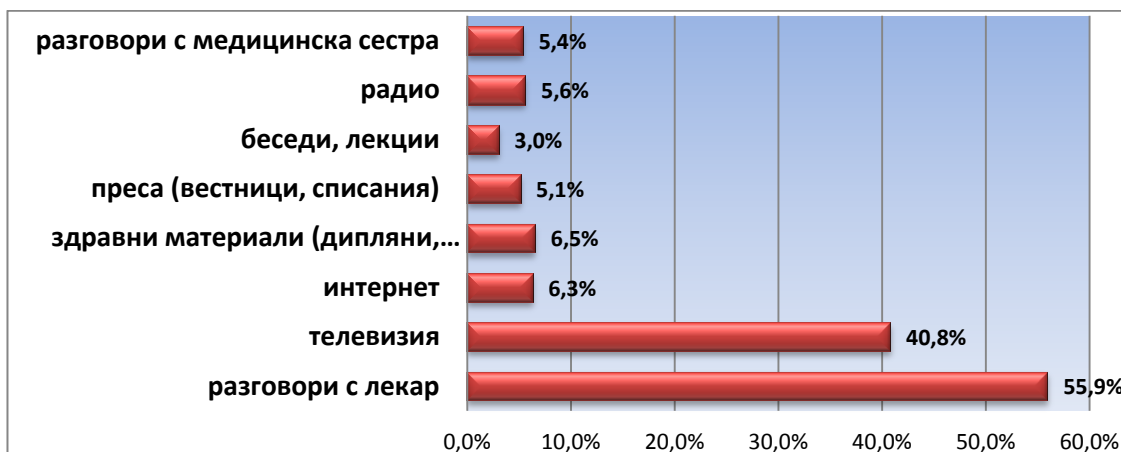
Фигура 31. Използвани канали за здравна информация – респонденти без образование и начално образование

Основно образование

Респондентите с основно образование са групата с най-висок процент на използване (от всички групи по образование) на лекарите като източник за получаване на информация за здравето – **55,9 %**. Следва телевизията – **40,8%**, като този канал също е с най-висок процент на използване, в сравнение с останалите групи. **Телевизията се очертава като основен източник на здравна информация, от масовите медийни канали, за хората с основно образование.** Останалите канали за комуникация са с нисък процент на използване като източници на здравна информация - под 7% и са както следва:

- здравни материали (дипляни, листовки) 6,5%
- интернет – 6,3%
- радио – 5,6%
- разговори с медицинска сестра – 5,4%
- преса (вестници, списания) – 5,1%
- беседи, лекции – 3%

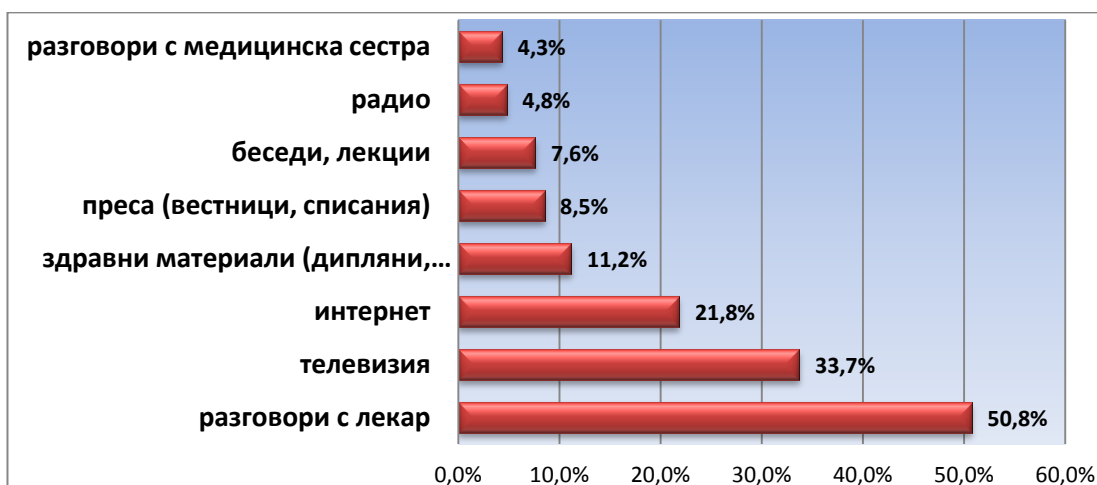
На фигура 32 са представени графично каналите за здравна комуникация при групата на респондентите *с основно образование*.



Фигура 32. Канали за здравна информация – респонденти с основно образование

Средно образование

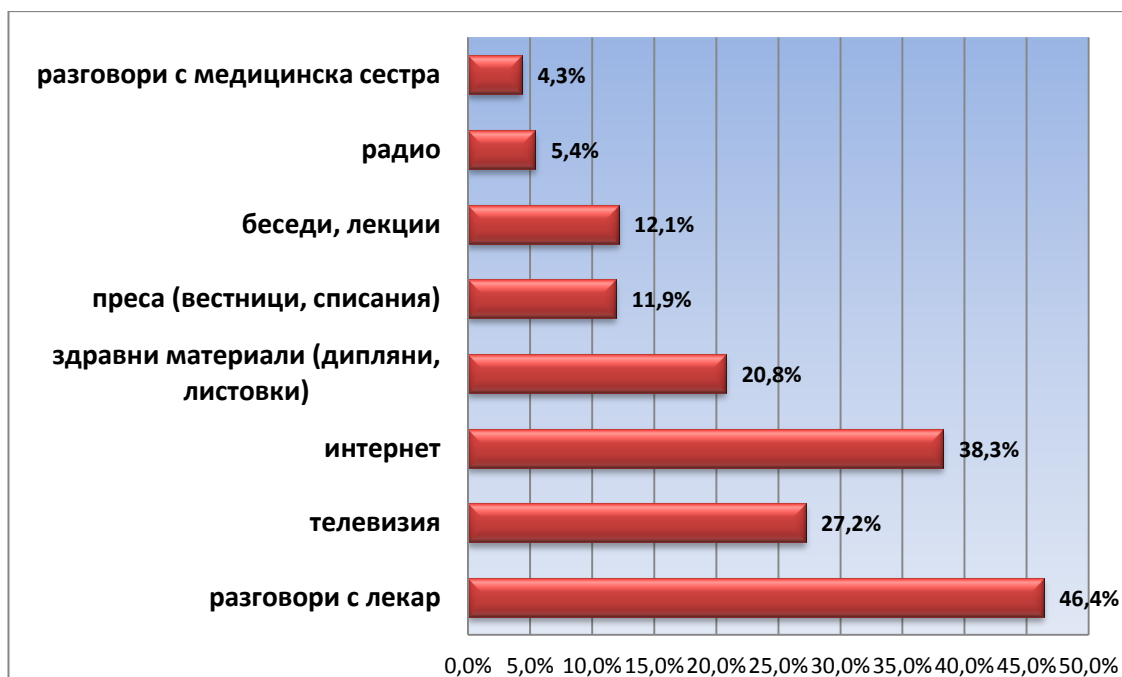
При респондентите със средно образование с най-голяма честота на използване като източник на здравна информация са разговорите с лекар – 50,8%. **Телевизията е по-често предпочитан източник за здравна информация от интернет (съответно с 33,7% срещу 21,8%) за хората със средно образование.** Като тук предпочитанията към интернет са близки до средните за цялата извадка. Следват здравни материали (дипляни, листовки) – 11,2%, преса (вестници, списания) – 8,5%, беседи, лекции – 7,6%, радио – 4,8%. На последно място са разговори с медицинска сестра – 4,3%. На фигура 33 графично е представено използването на канали за здравна комуникация при респондентите със средно образование:



Фигура 33. Използвани канали за здравна информация- средно образование

Висше образование

При респондентите с висше образование най-често предпочитан източник за здравна информация са *разговорите с лекар* – 46,4%, като този процент е най-нисък в сравнение с другите групи по образование. **Респондентите с висше образование посочват интернет като най-често предпочитан източник за здравна информация сред масовите медийни канали (38,8%), като този процент е доста над средния за цялата извадка.** Телевизията е посочена от 27,2% като източник за здравна информация. Констатира се, че **респондентите с висше образование имат най-голям интерес от цялата извадка към здравни материали (дипляни, листовки) – 20,8%** (в сравнение с 13,4% за цялата извадка). **Предпочитанията на висшистите към беседи, лекции (12,1%) и преса (вестници, списания) – 11,9%, също са над средните за цялата извадка (съответно 8.1% и 8,8%).** Радиото, като канал за здравна информация, е посочено само от 5,4%, а разговорите с медицинска сестра - от 4,3% (Фиг. 34).



Фигура 34. Използвани канали за здравна информация – респонденти с висше образование

3.2.4. ИЗПОЛЗВАНИ КАНАЛИ ЗА ЗДРАВНА КОМУНИКАЦИЯ СРЕД НАСЕЛЕНИЕ НА ВЪЗРАСТ 20-60+ ГОДИНИ - ПО ТРУДОВА ЗАЕТОСТ

Трудовата заетост е важен фактор при профилирането на здравната аудитория. От една страна този показател често подсказва какъв е типът на здравните проблеми и услуги, от които се нуждае целевата аудитория, а от друга в много случаи може да бъде основа за предвиждане на особености и тенденции в здравното поведение на аудиторията и на избора на канали за здравна информация.

По трудова заетост респондентите са разделени в следните групи:

- На държавна служба
- Недържавна служба
- Самонаемащ се
- Учащ
- Домакиня
- В отпуск по майчинство/ по бащинство
- Безработен, трудоспособен
- Безработен, нетрудоспособен
- Пенсионер

Най-голям е дялът на респондентите на държавна служба – 26,8%. Следват: пенсионерите – 26,3%; недържавна служба – 25,6%, безработен, трудоспособен – 8,2%; самонаемащ се – 6,4%; учащ – 3%, в отпуск по майчинство/по бащинство – 1,3%, безработен, нетрудоспособен – 1,3%. На последно място е домакиня с 1,2%

Данните за използването на канали за здравна комуникация в зависимост от трудовата заетост са дадени в таблица 9.

Таблица 9. Използвани канали за здравна комуникация в зависимост от трудовата заетост

		разговори с лекар	телевизия	интернет	здравни материали (дигитални, преса (вестници, списания)	беседи, лекции	радио	разговори с медицинска сестра	
На държавна служба	%	48,3%	30,5%	31,3%	18,2%	11,6%	14,1%	5,3%	5,8%
	Ранг	1	3	2	4	6	5	8	7
Недържавна служба	%	48,5%	28,2%	32,0%	15,0%	8,1%	7,2%	4,4%	4,0%
	Ранг	1	3	2	4	5	6	7	8
Самонаемащ се	%	41,2%	29,4%	31,0%	13,4%	7,5%	8,6%	5,9%	6,4%
	Ранг	1	3	2	4	6	5	8	7
Учащ	%	52,9%	17,2%	66,7%	14,9%	1,1%	20,7%	1,1%	1,1%
	Ранг	2	4	1	5	8	3	6	7
Домакinya	%	55,9%	35,3%	26,5%	8,8%	2,9%	0,0%	11,8%	2,9%
	Ранг	1	2	3	5	7	8	4	6
В отпуск по майчинство/ по бащинство	%	55,3%	36,8%	28,9%	13,2%	0,0%	10,5%	0,0%	7,9%
	Ранг	1	2	3	4	8	5	7	6
Безработен, трудопособен	%	50,8%	36,0%	14,0%	7,9%	3,7%	4,1%	4,5%	5,0%
	Ранг	1	2	3	4	8	7	6	5
Безработен, нетрудопособен	%	65,8%	31,6%	15,8%	5,3%	5,3%	0,0%	0,0%	2,6%
	Ранг	1	2	3	5	4	8	7	6
Пенсионер	%	55,5%	40,9%	5,8%	9,2%	10,2%	3,0%	6,6%	3,8%
	Ранг	1	2	6	4	3	8	5	7
общо	%	50,5%	32,8%	24,1%	13,4%	8,8%	8,1%	5,2%	4,6%
	Ранг	1	3	2	4	5	6	7	8

Налице е разлика в избора на комуникационни канали за здравна информация в зависимост от трудовата заетост на респондентите. Въпреки че разговорите с лекар са на първо място при всички групи (освен учащ, където те са на второ място), се наблюдава разлика в относителните дялове на използване на този канал сред отделните групи. При среден процент за всички групи - 50,5%, най-висок е дялът на предпочитане при групата *безработен, нетрудопособен* – **65,8%** и най-нисък при *самонаемащ се* – **41,2%** ($p < 0,05$).

Телевизията е посочена като втори източник (ранг) общо (32,8%) при следните групи: *домакinya*, *в отпуск по майчинство/ по бащинство*, *безработен, трудопособен*, *безработен, нетрудопособен*, *пенсионер* и на трето място при

групите: *на държавна служба, недържавна служба, самонаемащ се и учащ*. Наблюдава се статистически значимо различие в честотата на използване на телевизията, като канал за здравна информация, между групата на пенсионерите и тази на учащите ($p < 0,001$), което е обяснимо. **Телевизията е с най-висок процент на използване при пенсионерите – 40,9% и с най-слаб интерес като канал за здравна информация при учащите – 17,2%.**

На трето място, общо, като източник за получаване на информация за здравето, е посочен интернет. Тук отново се забелязват различия между групите респонденти, като най-съществени отново са между пенсионерите и учащите ($p < 0,001$). **Интернет е най-често предпочитан канал и първи източник за здравна информация за групата учащ – 66,7%.** Очаквано, най-нисък е процентът на използване на интернет при групата на пенсионерите – 5,8%, които поставят този канал на шесто място по предпочитание.

Здравните материали (дипляни и листовки) са поставени на четвърто място като източник за здравна информация – 13,4%, за всички отговорили, като **най-висок е процентът в групата на държавна служба – 18,2%**, а най-нисък при групата *безработен, нетрудоспособен* – 5,3% ($p < 0,001$), която поставя този източник на пето място по процент на предпочитание.

Респондентите от изследваната съвкупност поставят на пето място **пресата с 8,8%**. При този канал също има различия в предпочитанията, като най-съществена е разликата при служителите на държавна служба и учащите ($p < 0,001$). С най-нисък относителен дял са *учащите* – 1,1%, а с най-висок – групата *на държавна служба* – 11,6%.

На шесто място по относителен дял на използване са **беседите и лекциите – 8,1%**, общо, с най-висок процент за групата *на държавна служба* – 14,1% и най-нисък при групата *безработен, нетрудоспособен* – 0%.

С най-малък интерес като канали за здравна информация са **радиото и медицинските сестри**. Радиото е посочено от 5,2%, като най-висок е относителният дял на групата на пенсионерите – 6,6%, а най-нисък при групата *безработен, нетрудоспособен* – 0%. Най-малко използван източник за здравна информация са

медицинските сестри – 4,6%, с най-висок процент при групата *в отпуск по майчинство/бащинство* – 7,9%, а най-нисък - *безработен, нетрудоспособен* – 2.5%.

На държавна служба

48,3% от респондентите на държавна служба посочват лекарите като най-често предпочитан източник на здравна информация. **От масовите комуникационни канали най-предпочитан източник за здравна информация е интернет (31,3%),** следван от телевизията с близък процент – 30,5%. Следват: здравни материали (дипляни, листовки) –18,2%, беседи, лекции – 14,1%, преса (вестници, списания) – 11,6%. В групата на респондентите на държавна служба се наблюдава най-голям интерес към тези канали, в сравнение с другите групи по трудова заетост, **като процентите са по-високи от тези за цялата извадка, общо.** Разговорите с медицинска сестра – 5,8% и радиото - 5,3%, са рядко използвани канали за здравна информация. На фигура 35 е представено графично използването на канали за здравна комуникация за респондентите на държавна служба:



Фигура 35. Използвани канали за здравна информация – респонденти на държавна служба

Недържавна служба

При респондентите на недържавна служба най-често предпочитан източник на здравна информация са разговорите с лекар – 48,5%. **Интернет е посочен на първо място сред каналите за масова комуникация – 32%,** а телевизията - на

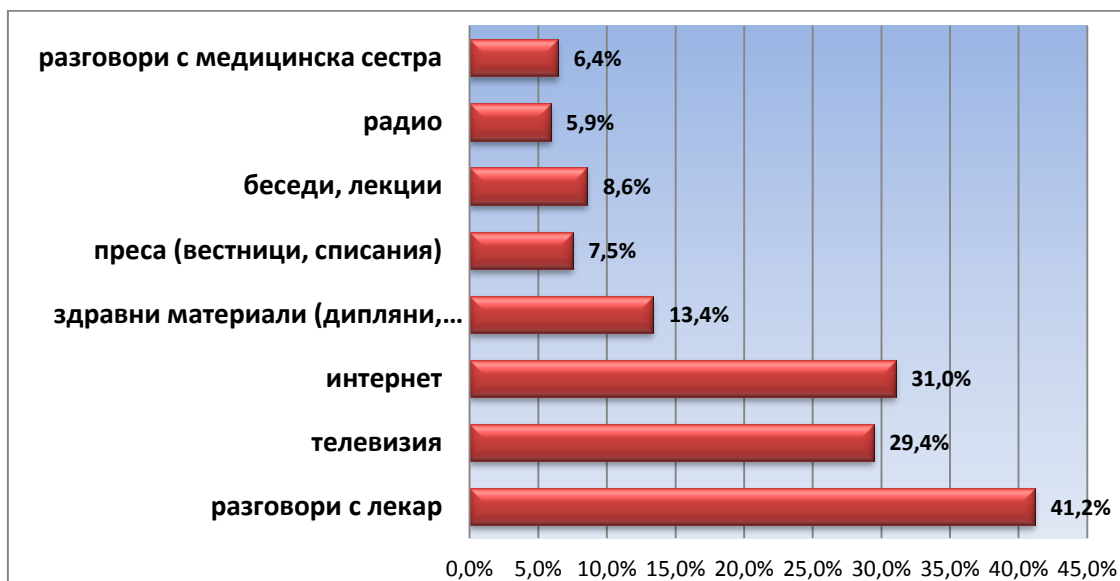
второ –28,2%. По-нисък е интересът към здравните материали (дипляни, листовки) – 15%, преса (вестници, списания) – 8,1%, беседи, лекции – 7,2%. Най-малко използвани източници за здравна информация са радиото – 4,4% и медицинските сестри – 4%. На фигура 36 е представено графично използването на канали за здравна комуникация за респондентите на недържавна служба:



Фигура 36. Използвани канали за здравна информация – респонденти на недържавна служба

Самонаемащ се

При респондентите от групата *самонаемащ се* най-голям е относителният дял на използване на лекар – 41,2%, като източник за здравна информация. Тези респонденти, както и служителите на държавна и недържавна служба, посочват **интернет като най-предпочитан източник за здравна информация (31%) от масовите медии**. Следват телевизия – 29,4%, здравни материали (дипляни, листовки) – 13%, беседи, лекции – 8,6%, преса (вестници, списания) – 7,5%, разговори с медицинска сестра – 6,4%. С най-малък интерес, като източник за здравна информация, е радиото – 5,9%. На фигура 37 графично е представено използването на канали за здравна комуникация при респондентите *самонаемащ се*:



Фигура 37. Използвани канали за здравна информация – група „самонаемащ се“

Учащ

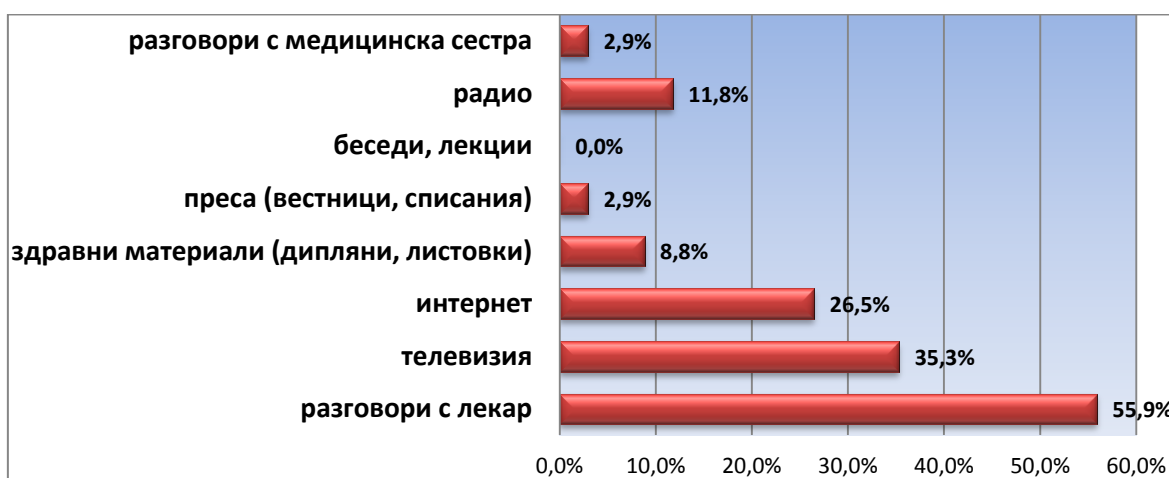
Учащите посочват интернет като най-предпочитан канал за здравна комуникация (66,7%). В тази група интернет измества лекарите като източник за здравна информация, които са поставени на второ място с 52,9%. Наблюдава се сравнително висок интерес на тези респонденти към *беседи и лекции* - 20,7%, като канал за здравна информация, доста по-голям от този за цялата извадка – 8,1%. Тази група показва най-нисък интерес към телевизията (17,2%), в сравнение с другите групи по трудова заетост. Следват здравни материали (дипляни, листовки) - 14,9%. Изключително нисък е относителният дял на използване на преса (вестници, списания), радио и разговори с медицинска сестра – по 1,1%. На фигура 38 графично са представени предпочитаните канали за здравна информация от респондентите учащи:



Фигура 38. Използвани канали за здравна информация я – група „учащ“

Домакиня

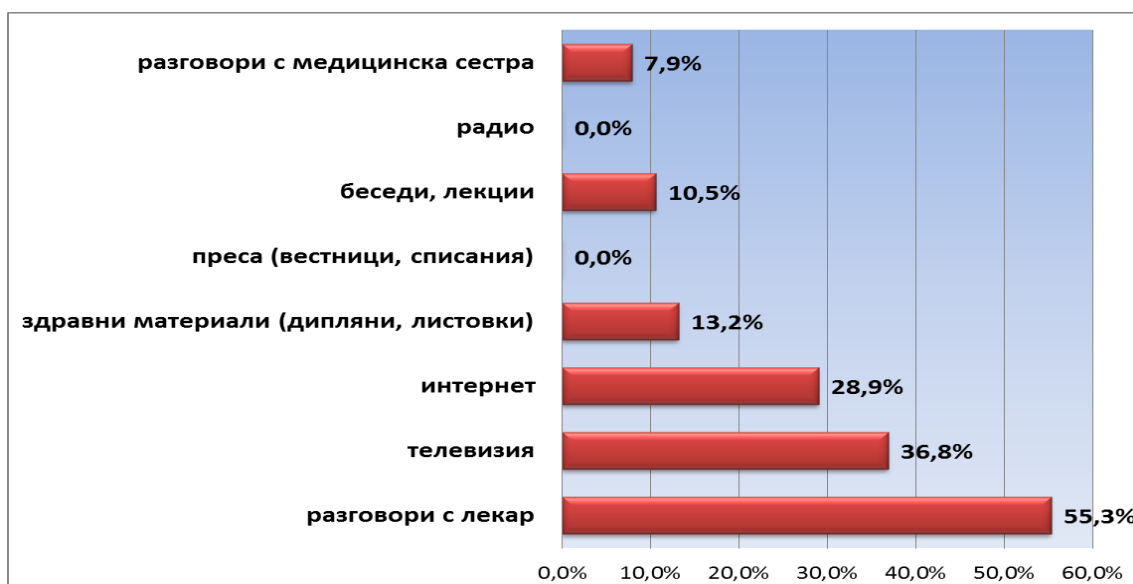
При респондентите *домакиня* най-често предпочитан източник за здравна информация са разговорите с лекар – 55,9%. При тази група телевизията е най-често предпочитан източник от средствата за масова информация – 35,3%. Следват: интернет – 26,5%, радио – 11,8%, здравни материали (дипляни, листовки) – 8,8%. Най-нисък е интересът към преса (вестници, списания) – 2,9% и разговори с медицинска сестра – 2,9%. Беседите и лекциите не са посочени от нито един респондент от групата на домакините (0%). На фигура 39 е представено графично използването на канали за здравна комуникация за респондентите *домакиня*:



Фигура 39. Използвани канали за здравна информация – група „домакиня“

В отпуск по майчинство/ по бащинство

При респондентите в отпуск по майчинство/ по бащинство най-често използван източник на здравна информация са лекарите – 55,3%. Тук, както в горната група – домакиня, телевизията е най-често предпочитан източник за здравна информация сред масовите медии – 36,8%. Следват интернет – 28,9%, здравни материали (дипляни, листовки) – 13,2%, беседи, лекции – 10,5%, разговори с мецицинска сестра – 7,9%. Пресата (вестници, списания) и радиото не са посочени от нито един от респондентите – 0%. На фигура 40 графично е представено използването на канали за здравна комуникация за респондентите в *отпуск по майчинство/ по бащинство*:



Фигура 40. Използвани канали за здравна информация – респонденти в отпуск по майчинство/ по бащинство

Безработен, работоспособен

При респондентите *безработен, работоспособен* най-често използван източник на здравна информация са разговорите с лекар – 55,3%. Следват: телевизия – 36,0%, интернет – 14,0%, здравни материали (дипляни, листовки) – 7,9%, разговори с мецицинска сестра – 5%, радио – 4,5%, беседи, лекции – 4,1%. На последно място са преса (вестници, списания) и радио – 3,7%. На фигура 41 са представени графично каналите за здравна комуникация, използвани от респондентите *безработен, трудоспособен*:



Фигура 41. Използвани канали за здравна информация – група „безработен, работоспособен“

Безработен, неработоспособен

При групата *безработен, неработоспособен* най-често предпочитан източник на здравна информация са лекарите – **65,8%**, като този процент е **най-висок за групата по трудова заетост и като цяло за общата извадка**, което е обяснимо със здравословното състояние и непрекъснатата нужда от здравни грижи за тези респонденти. Следват: **телевизия – 31,6%**, **интернет – 15,8%**, здравни материали (дипляни, листовки) – 5,3%, преса (вестници, списания) – 5,3%, разговори с медицинска сестра – 2,6%. Радиото и беседи, лекции не са посочени от нито един от респондентите (0%). На фигура 42 графично са представени предпочитаните канали за здравна информация от респондентите *безработен, неработоспособен*:



Фигура 42. Използвани канали за здравна информация – група „безработен, нетрудоспособен“

Пенсионер

При респондентите пенсионер най-често използван източник за здравна информация са разговорите с лекар – 55,5%. Сред масовите комуникационни канали най-предпочитан източник за здравна информация е **телевизията – 40,9% (с най-висок процент от групата по трудова заетост)**. Следват преса (вестници, списания) – 10,2% и здравни материали (дипляни, листовки) – 9,2%, радио – 6,6%. Най-малко използвани канали за здравна информация при респондентите пенсионери са: интернет – 5,8%, медицинска сестра – 5%. и беседи, лекции – 3,0%. На фигура 43 графично е представено процентното съотношение на използваните канали за здравна комуникация за респондентите пенсионери:

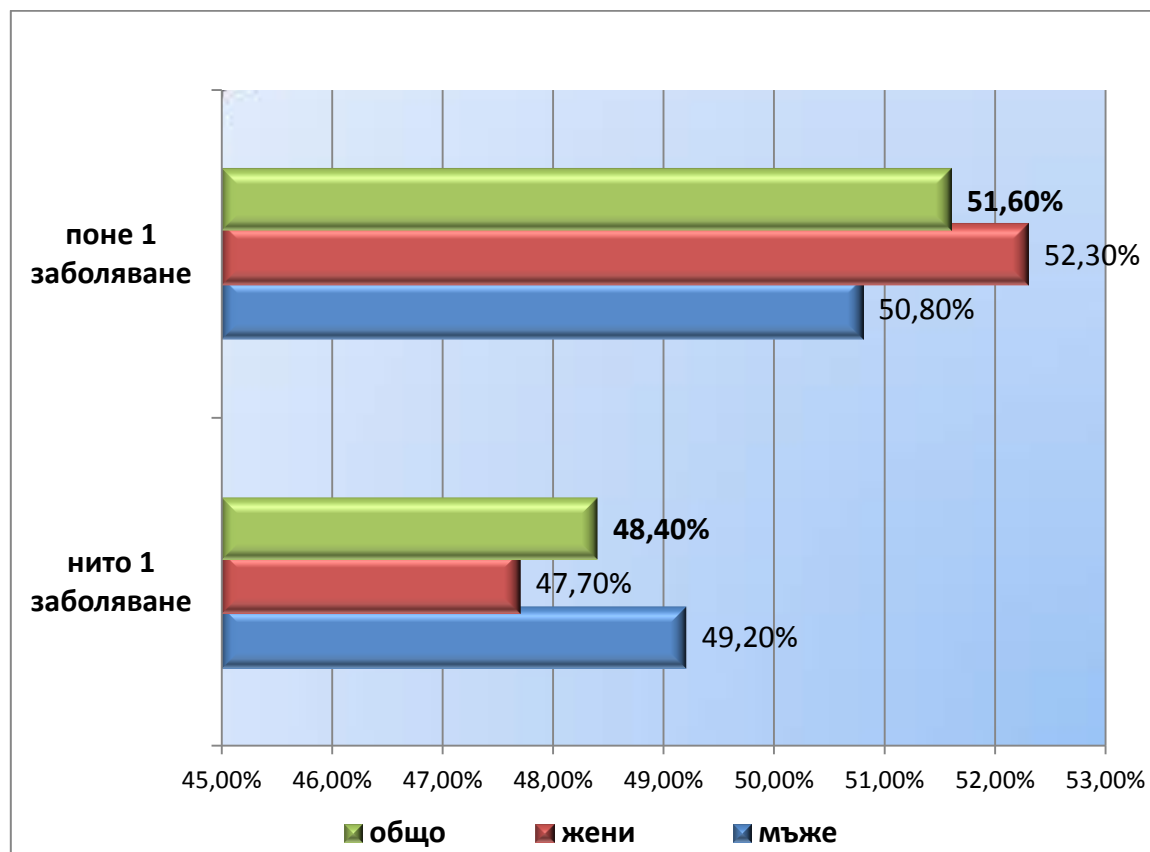


Фигура 43. Използвани канали за здравна информация - група „пенсионер“

3.2.5. ИЗПОЛЗВАНИ КАНАЛИ ЗА ЗДРАВНА КОМУНИКАЦИЯ СРЕД НАСЕЛЕНИЕ НА ВЪЗРАСТ 20+ ГОДИНИ ПО ЗДРАВΟΣЛОВНО СЪСТОЯНИЕ

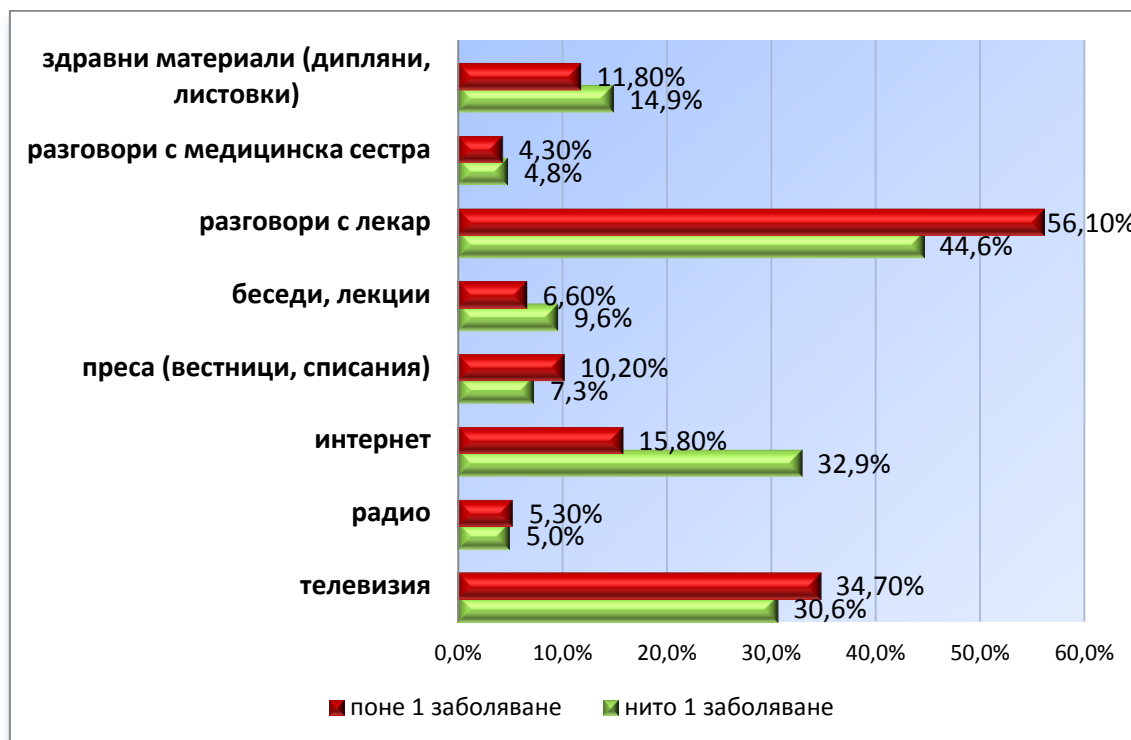
Търсенето на здравна информация и изборът на източници се обуславя и от здравословното състояние на хората, тъй като е различна мотивацията при хората с заболявания и здравите. Научните изследвания вече се фокусират и върху предпочитани канали за здравна информация при конкретни заболявания. Има убедителни доказателства, че пациентите, които са по-добре информирани и използват няколко канала за здравна информация, имат по-добър контрол върху заболяването и се възстановяват по-бързо. Проучванията показват значима разлика в използването на интернет, като канал за здравна информация, между хората със заболяване и тези без заболявания (234).

В изследваната извадка 51,6% от респондентите съобщават за диагностицирано от лекар заболяване, като дялът на жените е малко по-висок от този на мъжете, съответно 52,3% и 50,8%. 48,4% от респондентите посочват, че нямат заболявания, като тук дялът на мъжете е по-голям от този на жените, съответно 49,2% и 47,7% ($p > 0,05$). Здравословното състояние на респондентите е представено графично на фигура 44.



Фигура 44. Здравословно състояние на респондентите – мъже, жени и общо

Наблюдава се статистически значима разлика ($p < 0,001$) в предпочитанията на респондентите *без заболяване* и *тези със заболяване* по отношение на лекарите като канал за здравна информация, съответно 44,6% и 56,1%. Това, разбира се, е обяснимо. **По отношение на използването на интернет като канал за здравна информация различията между двете групи са още по-съществени ($p < 0,001$).** Като тук относителният дял на респондентите без заболявания (32,9%), е два пъти по-голям от този на респондентите със заболявания (15,8%). Тези резултати корелират с резултатите от редица проучвания в САЩ, Канада и Европа (223). Различията в относителните дялове на използване на канали за здравна информация при респондентите със заболявания и тези без заболявания са представени графично на фигура 45.

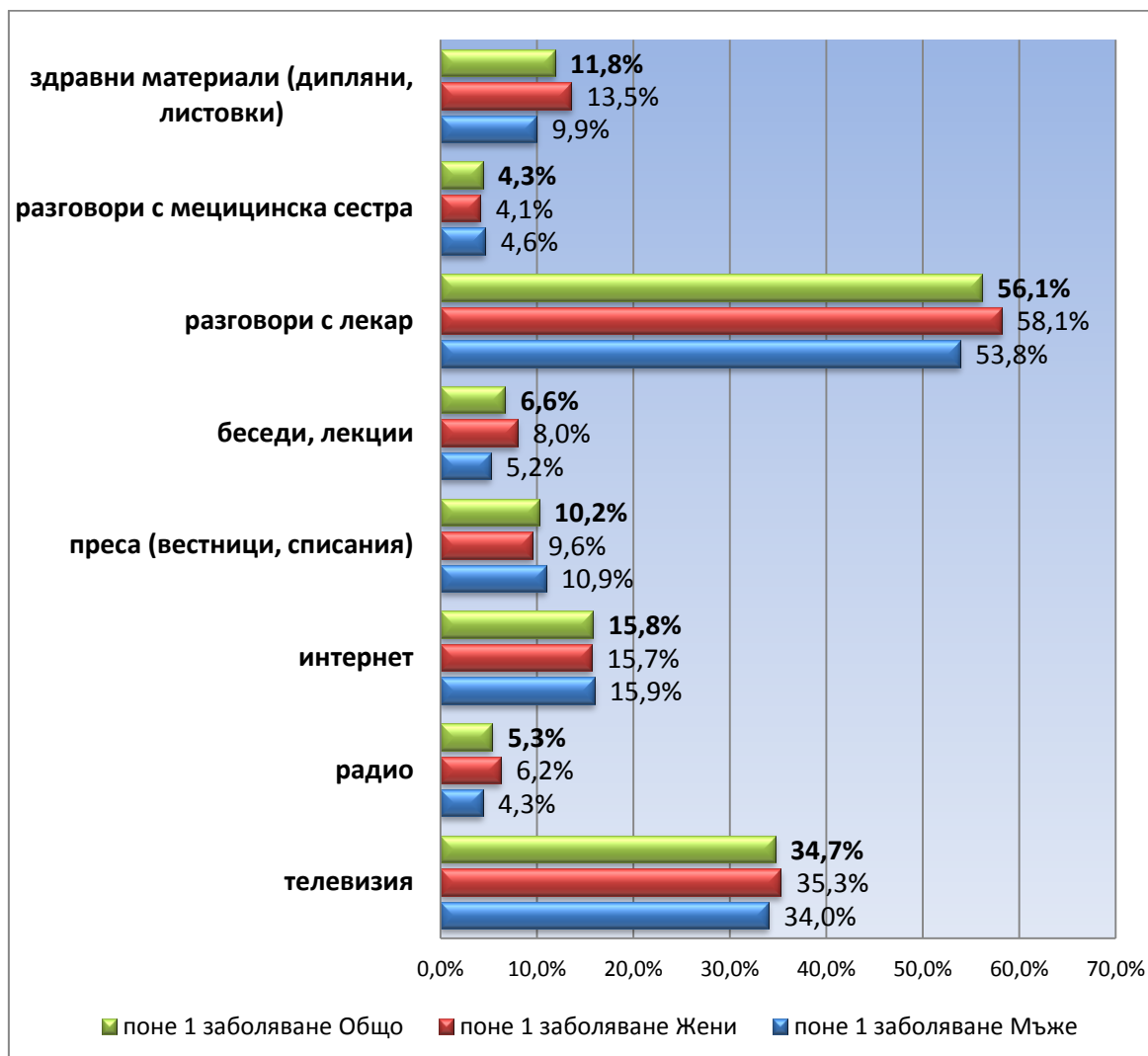


Фигура 45. Използвани канали за здравна информация при респонденти със заболявания и респонденти без заболявания

Респонденти със заболяване

Обяснимо, респондентите със заболяване посочват като първи източник за здравна информация лекарите (56,1%). Относителният дял на жените (58,1%) е по-голям от този на мъжете (53,8%) ($p > 0,05$). **Телевизията е най-често предпочитан канал за здравна информация сред масовите комуникационни канали (34,7%),** с почти еднакъв процент при мъжете (34,0%) и жените (35,3%). **Интернет е поставен на трето място по предпочитане (15,8%),** с над два пъти по-малък интерес от телевизията, без разлика между жените и мъжете. Следват **здравни материали (дипляни, листовки) – 11,8%,** като относителният дял на жените е значително по-голям от този на мъжете ($p < 0,05$), съответно 13,5% - жени и 9,9% - мъже; преса - 10,2%, с незначима разлика по пол. Респондентите със заболяване проявяват нисък интерес към канали за здравна информация като: **беседи и лекции (6,6%)** – жени - 8,0%, мъже - 5,2% и **радио - 5,3%** (6,2% - жени, 4,3% - мъже). Изненадващо, респондентите със заболяване поставят на последно място като източник за здравна

информация медицинските сестри – 4,3%, с незначителна разлика по пол. Честотата на употребата на отделните канали за здравна информация сред респондентите със заболявания е представена графично на фиг. 46.

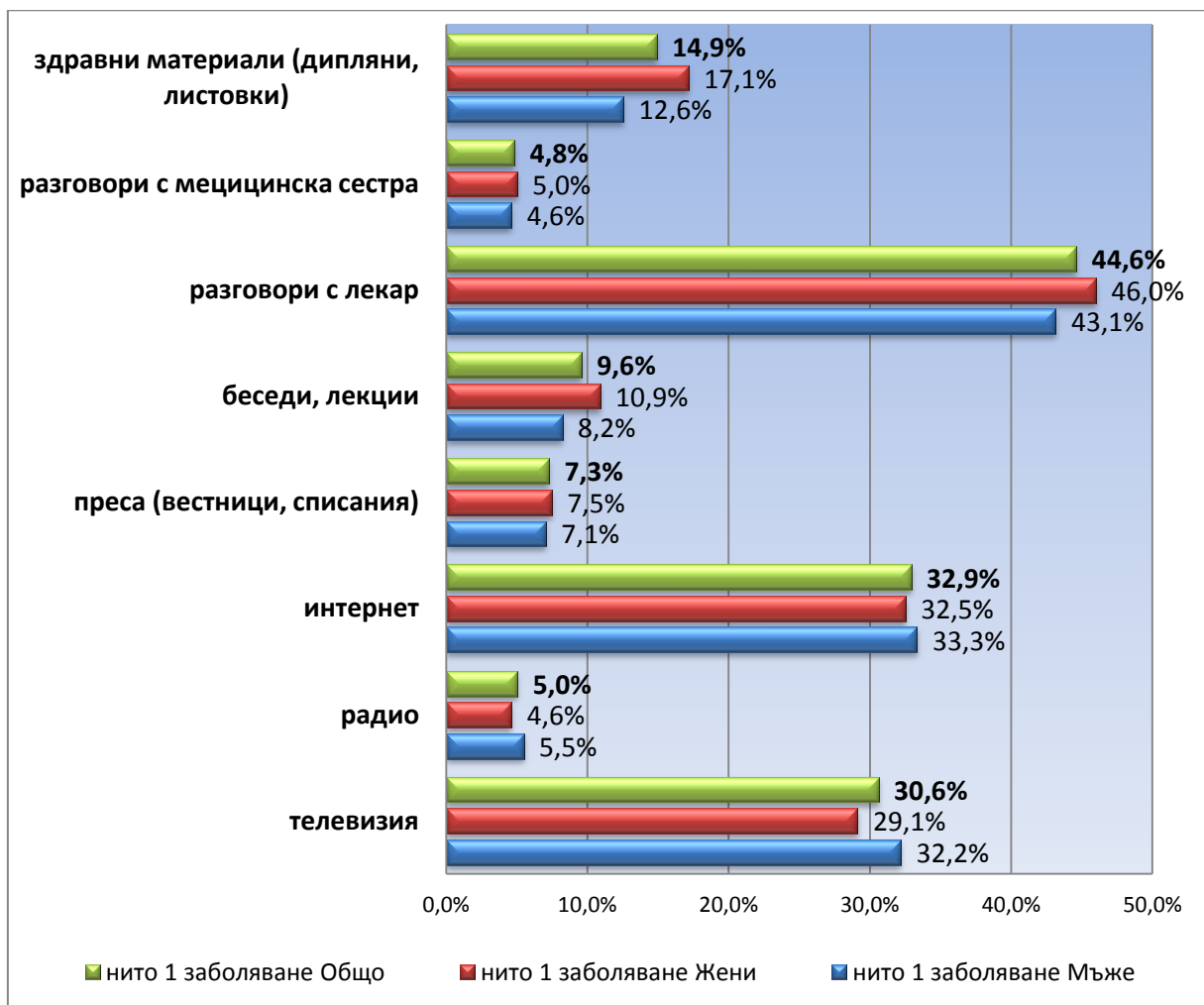


Фигура 46. Канали за здравна информация – респонденти със заболявания

Респонденти без заболяване

Респондентите без заболяване също посочват най-често лекарите като първи източник за здравна информация, като при тази група процентът е значимо по-малък – 44,6% ($p < 0,05$), с несъществена разлика по пол. **За разлика от горната група, тук интернет е най-често използван източник за здравна информация сред масовите комуникационни канали (32,9%), с два пъти по-голям интерес от групата на респондентите със заболяване (15,8%)** ($p < 0,001$), без съществена разлика по пол. Тези резултати са сходни с резултатите от проучването на Европейската комисия

сред страните-членки на ЕС относно употребата на интернет сред хора в добро здраве и хора със заболявания (223). Телевизията е посочена на трето място (30,6%), съответно - мъже (32,2%) и жени (29,1%). Следват здравни материали (дипляни, листовки), с по-висок процент при респондентите без заболяване (14,9%), от тези със заболяване. При този канал за здравна информация относителният дял на жените (17,1%) е значително по-голям този на мъжете (12,6%) ($p < 0,05$). Беседите и лекциите при тази група, за разлика от горната, са поставени пред пресата с 9,6% съответно - жени (10,9%), мъже (8,2%). Следва пресата - 7,3%, без разлика между мъже и жени. Радиото и разговорите с медицинска сестра са поставени на последно място при еднакъв процент между жени и мъже. Употребата на каналите за здравна информация сред респондентите без заболявания е представена графично на фигура 47.

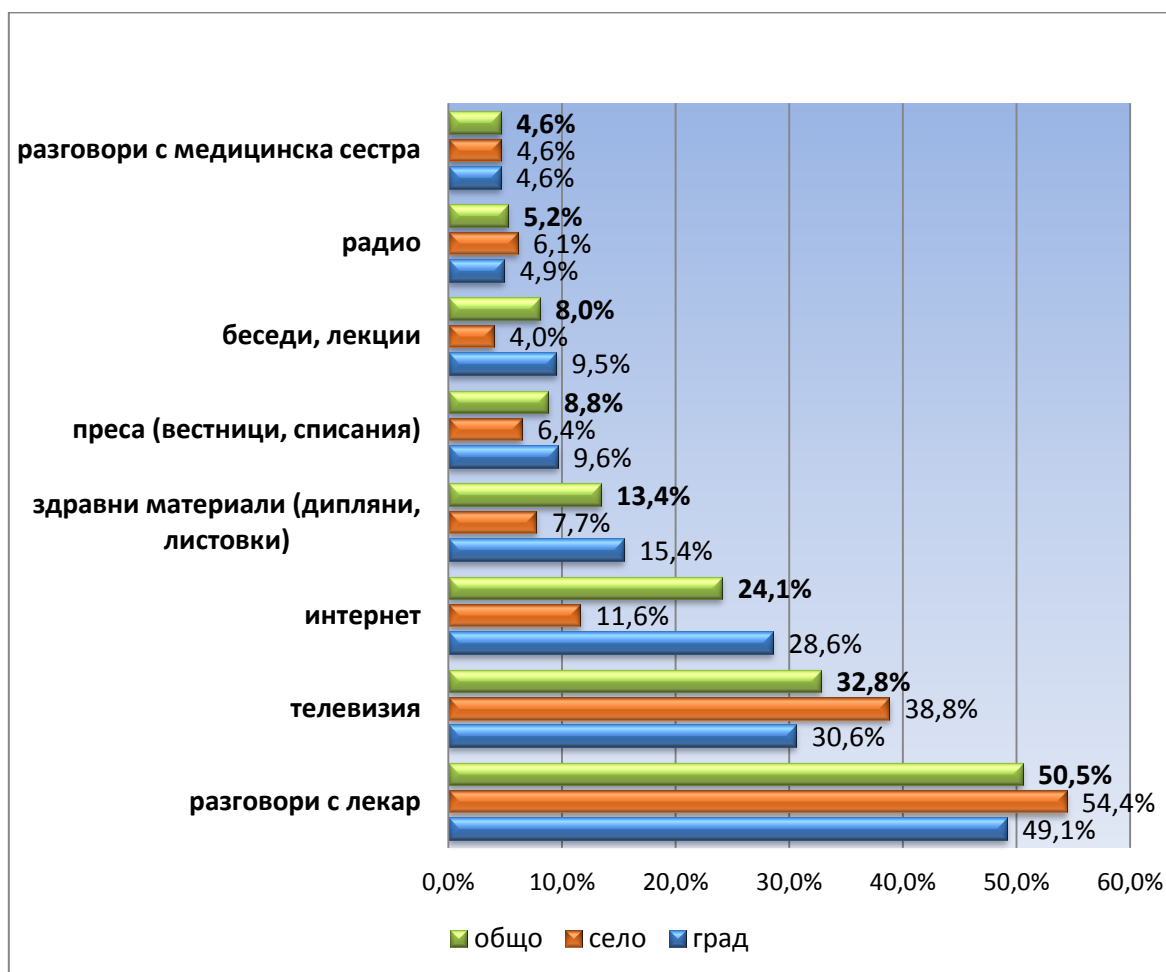


Фигура 47. Канали за здравна информация – респонденти без заболявания

3.2.6. ИЗПОЛЗВАНИ КАНАЛИ ЗА ЗДРАВНА КОМУНИКАЦИЯ СРЕД НАСЕЛЕНИЕ НА ВЪЗРАСТ 20+ ГОДИНИ ПО МЕСТОЖИВЕЕНЕ - ГРАД – СЕЛО

Местожителството до голяма степен има значение за избор на канали за здравна комуникация, поради съществуващите диспропорции от една страна в достъпа до лекарска помощ в селата и в градовете, от друга - в ограничения достъп до интернет в селските райони. Все още се наблюдава значително изоставане на селските райони, спрямо средното равнище за страната, в достъпа до интернет. Все пак през 2013 г., според проучване на Министерството на транспорта, се наблюдава голямо повишаване на дела домакинства с достъп до интернет - от близо 11 пункта спрямо стойностите за селските райони, регистрирани в края на 2011 година.

На фигура 48 е представено графично съотношението на използваните канали за здравна информация в градовете и селата.



Фигура 48. Съотношение на използваните канали за здравна информация в градовете и селата

Изследването показва, че респондентите, живеещи в селата, по-често от респондентите в градовете са посочили лекарите, като първи източник на здравна информация, като процентите са съответно 54,4% - село и 49,1% - град ($p < 0,05$). Като втори източник за здравна информация респондентите и в градове, и в селата посочват телевизията. **Делът на жителите в селата, посочили телевизията, е значително по-голям от този на жителите в градовете ($p < 0,001$), съответно 38,8% - в селата и 30,6% - в градовете.** Интернет е поставен на трето място като източник за здравна информация. Тук разликата в използването на този канал за здравна информация от респондентите, живеещи в града, и тези в селата, е още по-съществена ($p < 0,001$). **В градовете интернет е над два пъти по-често използван (28,6%), отколкото в селата (11,6%) като канал за здравна информация.** Тези резултати като пропорции са сходни с данните за употребата на интернет в градовете и селата в страната, както и с резултатите от проучвания на чужди автори за употребата на интернет за здравна информация в по-големите и по-малки населени места.

По отношение на **здравни материали (дипляни и листовки) и беседи и лекции**, отново има значителна разлика ($p < 0,001$) в предпочитанията на респондентите от двете групи по местоживееене. Респондентите в градовете (15,4%) два пъти по-често от тези в селата (7,7 %) посочват здравните материали, същото е съотношението при беседи и лекции – 9,5% - град, срещу 4% - село. Съществена разлика ($p < 0,05$) се наблюдава и в относителните дялове на двете групи при използването на пресата като канал за здравна информация – съответно 9,6% - град и 6,4% - село. Радиото е на предпоследно място, с по-голямо предпочитане от респондентите, живеещи в селата – 6,1%, спрямо тези в градовете – 4,9%. Медицинските сестри са поставени на последно място като източник за здравна информация, без разлика между респондентите в селата и градовете.

ИЗВОДИ

Проведените емпирични изследвания показват:

1. Има съществени различия при избор на канал за здравна информация сред различните социално-демографски сегменти на населението на възраст 20+ години.
2. Най-висок е относителният дял на използване на **разговори с лекар – 50,5%** като източник за здравна информация, като се наблюдават съществени различия по пол, възрастови групи, образование и трудова заетост.
 - Най-нисък е относителният дял на респондентите от възрастовата група **20-29 г. (49,8%)**, със съществена разлика по пол – съответно 55,2% - жени и 45,1% - мъже ($p < 0,05$). Най-висок е относителният дял при респондентите от възрастовата група **60+ (53,9%)**, при разлика по пол, съответно – жени -56,1 и мъже -51,0%.
 - Наблюдава се статистически значима разлика в честотата на използване на лекарите, като канал за здравна информация, при респондентите с *основно образование* и тези с *висше образование* ($p < 0,001$). Респондентите с основно образование имат най-висок процент на предпочитание към лекарите **55,9%** като канал за здравна информация (при среден за цялата извадка 50,5%), а тези с висше – най-нисък - **46,4%**.
 - Разбираемо, респондентите с трудова заетост – *безработен, неработоспособен* имат най-висок относителен дял в предпочитанията си към лекарите като канал за здравна информация – 65,8%.
3. Различията в предпочитанията на отделните социално-демографски групи относно източниците за здравна информация са по-ясно изразени при каналите за масова информация.
4. **На второ място като канал за здравна информация е посочена телевизията 32,7%**. Телевизията, като цяло, е най-често предпочитан източник за здравна информация от масовите комуникационни канали. Тук отново се наблюдават съществени различия по възраст, образование, семейно положение, трудова заетост. Тенденцията е с нарастване на възрастта да расте използването на тази медия за здравна информация.

- Респондентите от възрастовата група **20-29 г. са с най-нисък процент** на използване на телевизията като канал за здравна информация -**24,4%**, а тези от възрастовата група **60+ - с най-висок – 40%** ($p < 0,001$).
- *Неженените/неомъжените* са с най-нисък дял на използване на телевизията – **26,3%**, а *вдовец/ вдовица* - с най-висок – **42, 9%** ($p < 0,001$).
- Телевизията е най-често предпочитан източник за здравна информация от хората с *основно образование* – **40,8%** и най-малко - от *висшистите* - **27,2%**.
- По отношение на трудовата заетост телевизията е най-често използван масов канал за здравна информация от групата *пенсионер* – **40,9%**, следвана от тези *в отпуск по майчинство, безработните* и *домакинните*, съответно – 36,8%, 36,0% и 35,3%. Най-нисък интерес към телевизията като източник за здравна информация имат учащите – **17,2%**.

5. На трето място, за цялата извадка, като канал за здравна информация е посочен интернет (24,1%). Интернет е на второ място сред масовите канали за здравна комуникация. И тук, както при телевизията, има разлика в предпочитанията на различните възрастови групи, като разликите са още по-силно изразени, а зависимостта е обратна – с нарастването на възрастта интересът към интернет, като канал за здравна информация, намалява. Разликата между групата на най-младите (20–29 години) и най-възрастните (над 60 години) е в пъти: 45% от респондентите във възрастовата група 20 до 29 години са посочили интернет като предпочитан канал за здравна информация, а само 7,6% от респондентите в групата над 60 години са посочили този канал ($p < 0,001$).

- Интернет е посочен като най-предпочитан масов комуникационен канал за здравна информация при възрастовите групи 20-29 и 30-39 г.– съответно с 45,0% и 35,3%. При тези групи относителният дял на мъжете е по-голям от този на жените, като при възрастовата група 20-29 г. има съществена разлика ($p < 0,05$). **Във възрастовата група 20-29 г. се наблюдава интересно явление. Тук мъжете (49,0%) поставят интернет като най-често предпочитан източник за здравна информация, като този канал вече измества лекарите (45,1%).**

- По отношение на семейното положение най-висока е употребата на интернет при *неженените/неомъжени* – 47,1%, а най-ниска при *вдовец/вдовица* – 7,4%.
- По образование най-висока е употребата на интернет от хората с *висше образование* (38,3%), следвана от тези със *средно образование* (21,8%) и най-ниска – при тези с *основно* (6,3%) и *без образование* (2,7%).
- По отношение на трудовата заетост **интернет е най-често предпочитан канал и първи източник за здравна информация за групата учащи – 66,7%, като измества лекарите (52,9%)**. Интернет е най-предпочитан източник за здравна информация от масовите комуникационни канали при служителите и самонаемащите се – 32%. Очаквано, най-нисък е процентът на използване на интернет при групата на пенсионерите – 5,8%,

6. Здравните материали (дипляни, листовки) - 13,4% отстъпват значително от телевизията и интернет като канал за здравна информация. Тук се наблюдава съществено различие по пол, образование и трудова заетост.

- Здравните материали са по-предпочитан канал за здравна информация от жените, отколкото от мъжете, като при групата 40-49 г. разликата е най-съществена ($p < 0,001$).
- Хората с **висше образование имат най-висок интерес към здравните материали – 20,8%**, а тези с основно и без образование – най-нисък – 3,6% ($p < 0,001$).
- **Служителите на държавна служба проявяват най-голям интерес към здравните материали - 18,2%, следвани от тези на недържавна служба и учащите, съответно 15% и 14,9%**. Най-нисък е интересът при безработните – работоспособни и неработоспособни – 7,9% и 5,3%.

7. Пресата (8,8%) и беседите и лекциите (8,1%) са рядко използвани канали за здравна информация. Тук се наблюдават различия по пол, възрастови групи, образование и трудова заетост.

- Беседите и лекциите са значително по-често предпочитани от жените, отколкото от мъжете като канал за здравна информация;

- Възрастните групи до 49 години предпочитат беседите и лекциите пред пресата като източници за здравна информация, а тези над 50 години предпочитат пресата.
 - Хората с висше образование имат значително по-голям интерес към беседите и лекциите и пресата – 12%, в сравнение с тези без образование, начално и основно образование – съответно 2% и 4% ($p < 0,05$).
 - **Учащите проявяват най-голям интерес към беседите и лекциите - 20,7%, като канал за здравна информация, следвани от тези в отпуск по майчинство – 10,5%. Най-нисък е процентът при пенсионерите -3%, а безработните, неработоспособни и домакините въобще не проявяват интерес към този канал за здравна комуникация. Пенсионерите имат най-голямо предпочитание към пресата – 10,2% като източник за здравна информация.**
8. Радиото (5,2%) и медицинските сестри (4,6%) са поставени на последно място и много рядко се използват като канали за здравна информация, без съществена разлика сред различните социално-демографски сегменти от населението.
9. Здравословното състояние е фактор, който също има значение при избор на канал за здравна информация. Тук обяснимо, лекарите са значимо по-често предпочитан източник за здравна информация при респондентите със заболяване. Много съществена е и разликата в предпочитанията към интернет, като канал за здравна информация, като той е два пъти по-често използван от здравите - 32,9%, отколкото от хората със заболяване -15,8% ($p < 0,001$).
10. Установена е асоциация между местожителството и избора на канал за здравна комуникация. Хората, живеещи в селата посочват по-често лекарите като основен източник за здравна информация, отколкото тези в градовете ($p < 0,05$). Телевизията е значително по-често предпочитан канал за здравна информация в селата, отколкото в градовете ($p < 0,05$). В градовете интернет е над два пъти по-често използван (28,6%), отколкото в селата (11,6%) като канал за здравна информация ($p < 0,001$).

3.3. ИЗПОЛЗВАНИ КАНАЛИ ЗА ЗДРАВНА КОМУНИКАЦИЯ СРЕД НАСЕЛЕНИЕ НА ВЪЗРАСТ 20-60+ ГОДИНИ – ВТОРО ПРОУЧВАНЕ – 2016 - 2017

С цел проверка на хипотези и тенденции при използването на канали за здравна информация, през периода септември 2016 – септември 2017 година е проведено второ проучване. Поради ниския процент на използване на радиото, медицинските сестри и беседите, като канали за здравна информация – под 5%, те са изключени от второто проучване. Редица изследвания показват висок процент на търсене на здравна информация от близки хора – семейство, приятели. Поради значителната роля на тези междуличностни канали, като източници за здравна информация, във второто проучване е включен „близък човек“ (семейство, приятели). Допълнително са включени 7 въпроса, с цел проучване на използваните канали за търсене на информация за различни здравни състояния и информация за здравословен начин на живот. В проучването участват 804 лица над 20 години, само градско население, от 28 областни града в страната, подбрани на случаен принцип, групирани в 5 възрастови групи (20-29 г.; 30-39 г.; 40-49 г.; 50-59 г. и над 60 години) (Таблица 10).

Таблица 10. Разпределение на лицата по възрастови групи

Възрастови групи	Мъже N	Жени N	Общо N
20-29	69	91	160
30-39	37	126	163
40-49	52	105	157
50-59	78	91	169
60+	82	73	155
Общо	318	486	804

Наблюдава се разлика в относителните дялове на мъжете и жените, общо и по възрастови групи, при двете проучвания. Относителният дял на жените при второто изследване (60,0%), подобно на първото (52,1%), е по-висок, в сравнение с този на мъжете, съответно - 40,0% и 47,8%, но разликата е по-съществена. По отношение на разпределението по възрастови групи при първото изследване най-висок е относителният дял на групата над 60 години - 32,3%, значително по-висок от останалите възрастови групи, а при второто проучване разпределението по възрастови групи е почти еднакво, като групата над 60 години е с най-нисък относителен дял – 19,3%, а най-висок е относителният дял при групата 50-59 - 21,0% (Таблица 11).

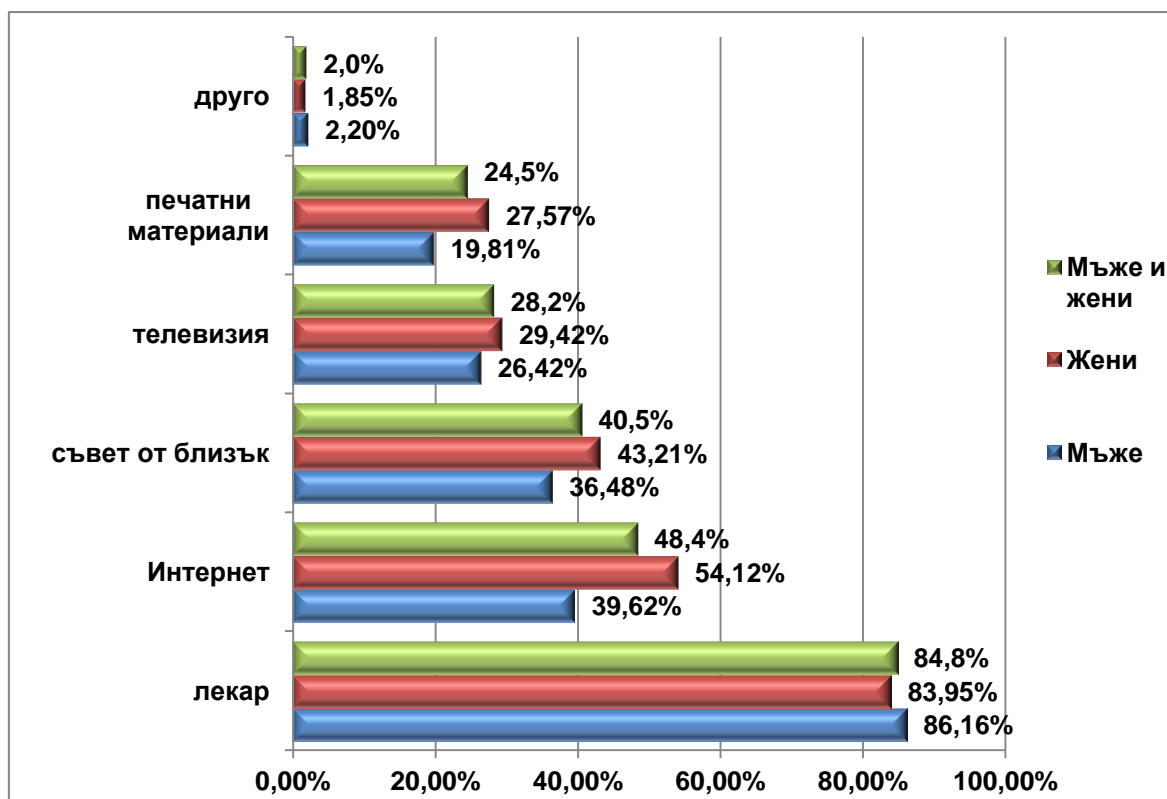
Таблица 11. Относителни дялове - мъже, жени и общо, по възрастови групи – първо и второ проучване

Възрастови групи	Мъже		Жени		Общо	
	Първо проучване %	Второ проучване %	Първо проучване %	Второ проучване %	Първо проучване %	Второ проучване %
20-29	53,2%	43,1%	46,8%	56,9%	16,0%	19,9%
30-39	50,0%	23,0%	50,0%	77,0%	16,8%	20,2%
40-49	50,1%	33,1%	49,9%	66,9%	17,6%	19,5%
50-59	49,1%	46,2%	50,9%	53,8%	17,4%	21,0%
60+	42,2 %	52,9%	35,7%	47,1%	32,2%	19,3%
Общо	47,8%	40,0%	52,1%	60,0%	100%	100%

Въпросът, който е зададен на респондентите, е **„Откъде предпочитате да получавате информация за здравето?“**, като възможните отговори са следните:

- телевизия /здравни предавания, филми и др./
- печатни материали / книги, списания, вестници, дигитални и брошури/
- интернет
- лекар
- близък човек /семейство, приятели и др./
- друго /посочете/

Отговорът на въпроса е от затворен тип, като респондентите могат да изберат повече от един отговор, поради което процентът на отговорилите на въпросите надвишава 100%. Обобщените данни за източниците за здравна информация, общо за всички възрастови групи, са дадени на фигура 49.

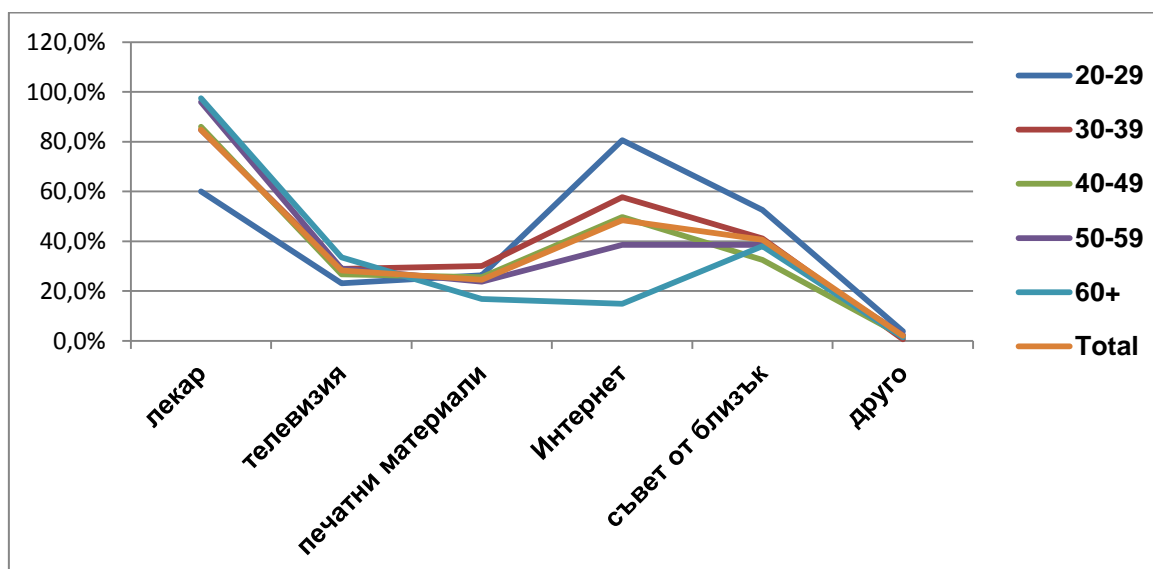


Фигура 49. Използвани канали за здравна информация – общо за цялата извадка

Лекарите са най-често използваните източници за здравна информация – 84,8%, без съществена разлика по пол. Следващ по значимост комуникационен канал е **интернет**, който измества телевизията и заема първо място сред масовите комуникационни канали. Почти всеки втори от респондентите (48,4%) е посочил интернет като източник за търсене на информация за здравето. Тук се наблюдава съществена разлика в относителните дялове на мъжете (39,6%) и жените (54,1%) ($p < 0,05$). **Съвет от близък** заема трето място, като източник за здравна информация (40,5%), по-често посочван от жените (43,2%), отколкото от мъжете (36,4%) ($p < 0,05$), като измества телевизията. **Телевизията** е поставена на четвърто място, като източник за здравна информация и на второ сред масовите комуникационни канали (28,2%). Разликата по пол е незначителна - 29,4% са жените и 26,4% - мъжете. Всеки

четвърти посочва, че търси здравна информация от **печатните материали** (24,5%), като тези канали са по-често използвани от жените (27,5%), отколкото от мъжете (19,8%) ($p < 0,05$). 2% от респондентите са посочили, че използват други канали.

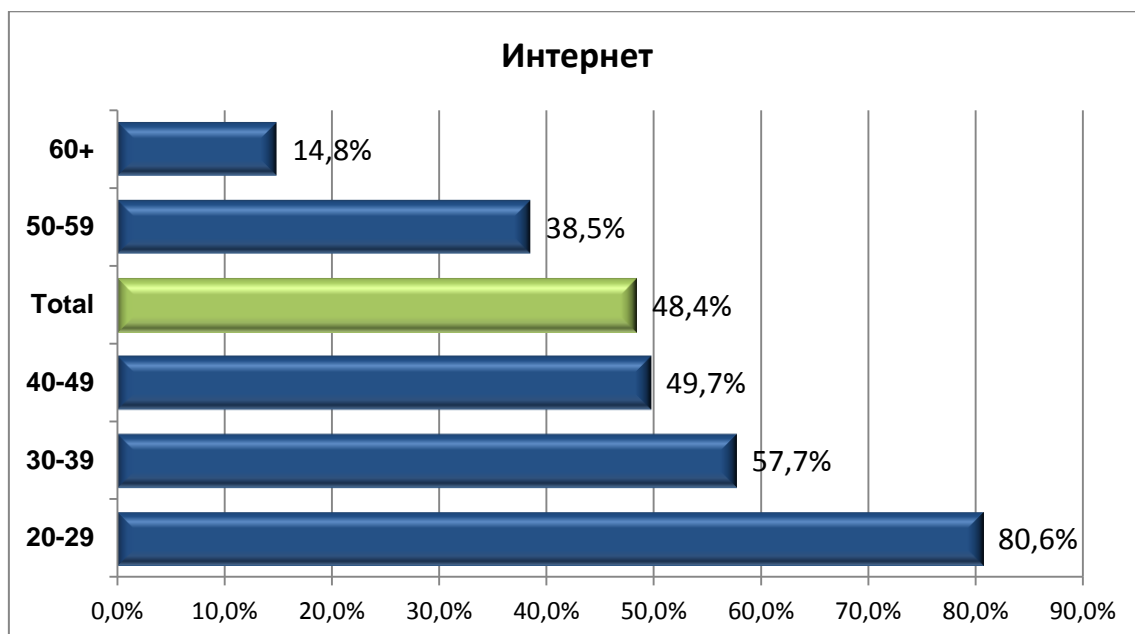
Очаквано има разлика при отделните възрастови групи по отношение на използваните източници за здравна информация. Това, което прави впечатление, е, че независимо от различията, лекарите са най-търсен източник за всички възрастови групи, с изключение на най-младата възрастова група – 20-29 години. Дисбаланс се наблюдава при телевизията и особено при интернет, където има съществена разлика в търсенето на здравна информация сред различните възрастови групи. Очаквано младите възрастови групи предпочитат интернет пред телевизията като канал за здравна информация. Наблюдава се сравнително високо търсене на здравна информация от близък човек, близко до това на интернет. Най-младата възрастова група - 20-29 г., показва най-висок процент на търсене на здравна информация от близък човек. Телевизията е най-често предпочитан масов комуникационен канал за здравна информация от хората над 60 години. Сравнително нисък е интересът към печатните материали, за всички възрастови групи, което би могло да се обясни с навлизането на новите по-атрактивни канали за здравна информация (Фиг. 50).



Фигура 50. Канали за здравна информация по възрастови групи

През последното десетилетие броят на интернет потребителите по целия свят се увеличи драстично. Хората използват интернет за различни здравни цели. Важно е да се контролира подобна употреба, тъй като тя може да окаже въздействие върху здравето и поведението на хората, ролята на здравните професионалисти и върху общото здравно обслужване.

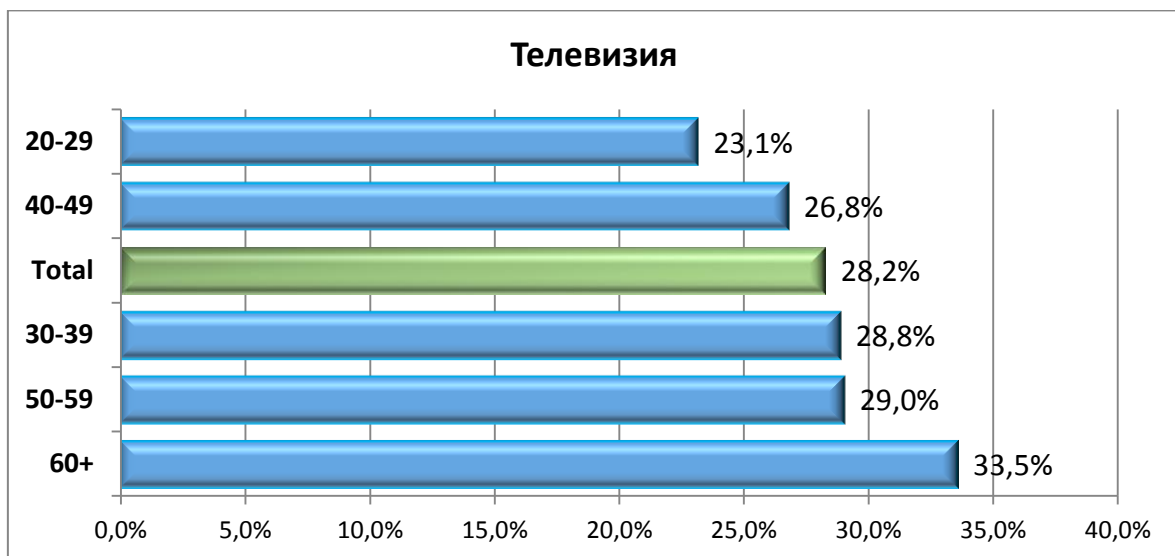
Второто изследване показва значително повишаване на използването на интернет (48,4%) като източник на здравна информация, в сравнение с изследването през 2014 г. (24,1%) при всички възрасти, като подреждането по степен на предпочитане при отделните възрастови групи се запазва – с увеличаване на възрастта намалява използването на интернет за здравна информация, като разликата между най-младата 20-29 г. и най-възрастната група – над 60 г. е над 5 пъти, съответно 80,6% срещу 14,8% (Фиг. 51). Резултатите са близки до данните на НСИ за 2016 г., където се посочва, че 45% от населението е използвало интернет за търсене на здравна информация и до изследването на ЕК за дигиталната здравна грамотност на гражданите на ЕС, проведено през 2014 г., според което, като цяло за ЕС, най-висок е процентът при възрастовата група - 25-39 г. - 78% и най-нисък при групата над 55 г. - 34% (234).



Фигура 51. Използване на интернет като канал за здравна комуникация, по възрастови групи

Близките хора (семейство и приятели) са важни междуличностни канали за здравна комуникация, които оказват влияние върху здравето поведение на индивидите. От друга страна тези канали медиат влиянието на масовите комуникационни канали. Второто проучване показва висок процент на използване на *съвет от близък* за здравна информация - 40,5%, близък до този на интернет, като този канал е най-често използван от най-младата възрастова група 20-29 г. - 52,5%. Тези резултати кореспондират с резултатите от изследване на ЕК за гражданите на ЕС, проведено през 2014 г., което посочва, че 45% от българите са търсили здравна информация от близък човек (234).

По отношение на **телевизията**, тя отстъпва пред *интернет* и *съвет от близък* като канал за здравна информация (28,2%). Тук се наблюдава обратна тенденция в сравнение с интернет - с нарастване на възрастта се увеличава използването на този канал като източник на здравна информация (Фиг. 52).



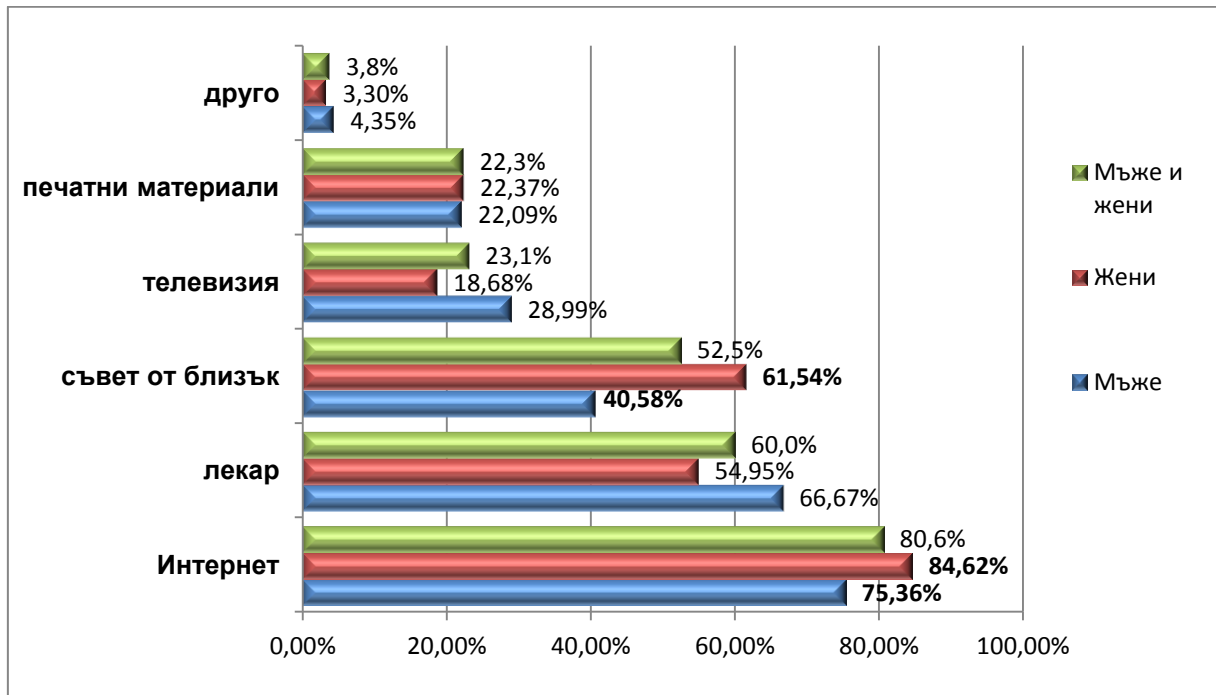
Фигура 52. Използване на телевизията като канал за здравна комуникация, по възрастови групи

Печатните материали (24,5%) са с най-малък интерес като източници за здравна информация. Те са по-често предпочитани от жените (27,5%), в сравнение с мъжете (19,8%), като се наблюдава статистически значима разлика ($p < 0,05$).

3.3.1. ИЗПОЛЗВАНИ КАНАЛИ ЗА ЗДРАВНА КОМУНИКАЦИЯ ПО ПОЛ И ВЪЗРАСТОВИ ГРУПИ

Традиционно лекарите остават най-важен източник за здравна информация, но интернет непрекъснато увеличава аудиторията си в световен мащаб, като най-голям интерес в използването му като канал за здравна информация има сред по-младите възрастови групи.

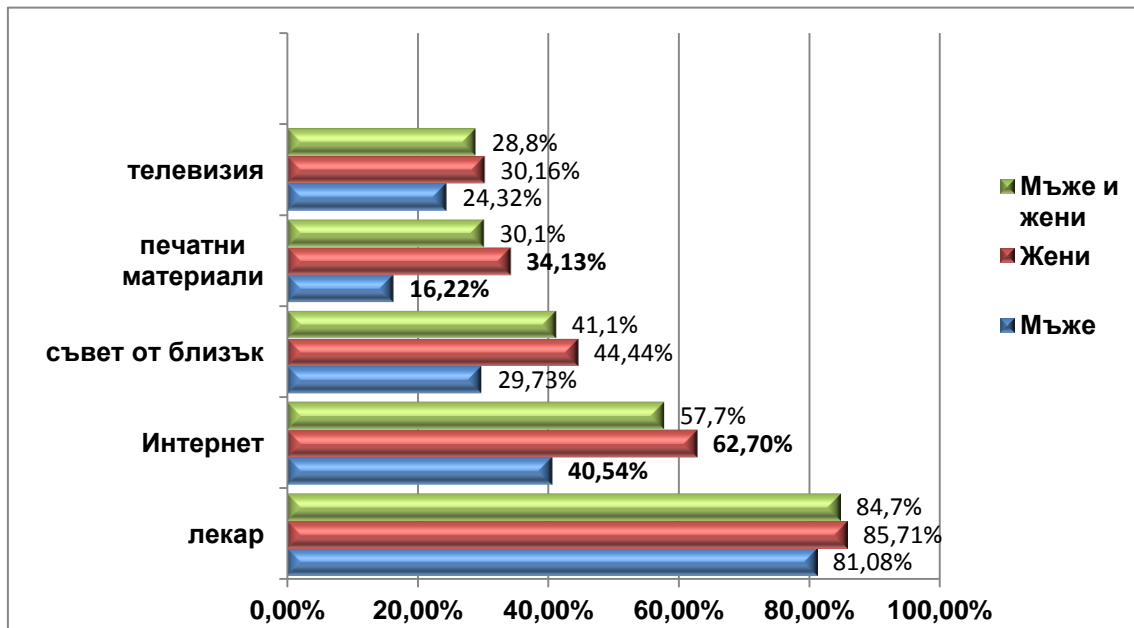
Най-младата възрастова група – **20-29 години** посочва **интернет** като най-често използван източник за здравна информация – **80,6%** (при 48,4% за цялата извадка), за разлика от останалите групи по възраст, при които лекарите са поставени на първо място. Наблюдава се съществена разлика в отговорите на мъжете и жените ($p < 0,05$). При жените относителният дял е по-висок - 84,6%, срещу 75,4% - за мъжете. Следващ по значимост канал за здравна комуникация са **лекарите** - 60,0%, като те са с най-нисък процент на използване спрямо останалите възрастови групи (80,8% общо за всички респонденти), отново със съществена разлика по пол, посочван по-често от мъжете – 66,7%, отколкото от жените – 54,9%. **Съвет от близък** е поставен на трето място. **Тази възрастова група използва съвет от близък най-често за здравна информация, в сравнение с останалите възрастови групи.** Тук също се наблюдава статистически значима разлика по пол ($p < 0,05$). Жените (61,5%) много по-често използват този източник за здравна информация от мъжете (40,5%). **Телевизията** (23,1%) е поставена на четвърто място, използвана по-често от мъжете (29%), отколкото от жените (18,7%) за здравна информация, но без съществена разлика ($p > 0,05$). **Печатните материали** са поставени на последно място (22,3%), с незначителна разлика от телевизията, без разлика в предпочитанията по пол (Фиг.53).



Фигура 53. Използвани канали за здравна комуникация за възрастовата група от 20 до 29 години

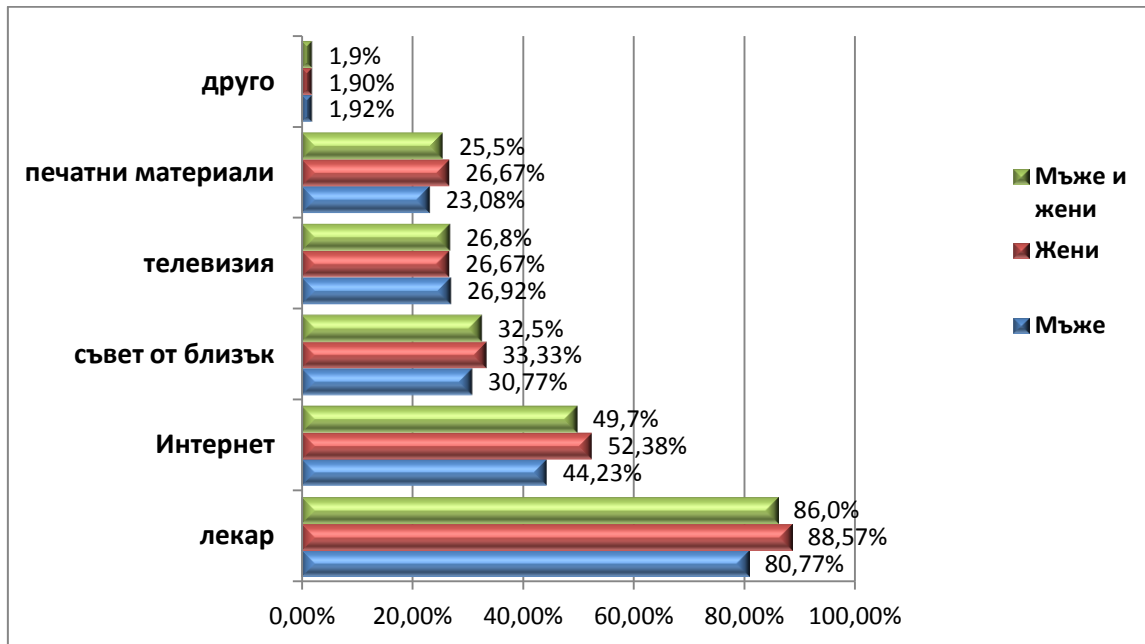
При възрастовата група от **30 до 39 години** най-често използван източник за здравна информация са лекарите – 84,7%, резултат близък до средния за всички възрастови групи (при 84,8% за цялата извадка), без съществена разлика по пол (жени – 85,7%, мъже – 81,0%). Следващ по значимост комуникационен канал е **интернет** (57,7%), с по-висок процент от средния за цялата извадка (48,4%), но значително по-нисък от този на групата 20-29 години (80,6%). Подобно на групата 20-29 г. е налице съществена разлика в предпочитанията по пол ($p < 0,05$), като относителният дял на жените (62,7%) е значително по-голям от този на мъжете (40,5%). На трето място като канал за получаване на информация за здравето респондентите поставят **съвет от близък** – 41,1% (при 40,5% за цялата), като жените много по-често от мъжете използват този канал за здравна информация, съответно 44,4%, срещу 29,7% ($p < 0,05$). На четвърто място са поставени **печатните материали** – 30,1%, с по-висок процент на използване от средния (при 24,5% за цялата извадка). Z тестът показва съществена разлика по пол ($p < 0,001$), като жените (34,1%) два пъти по-често от мъже (16,2%), използват този канал за здравна информация. **Телевизията** е на последно място с 28,8%, процент близък до средния

за цялата извадка (28,2%), използвана по-често от жените (30,1%), в сравнение с мъжете (24,3%), но без съществена разлика ($p>0,05$) (Фигура 54).



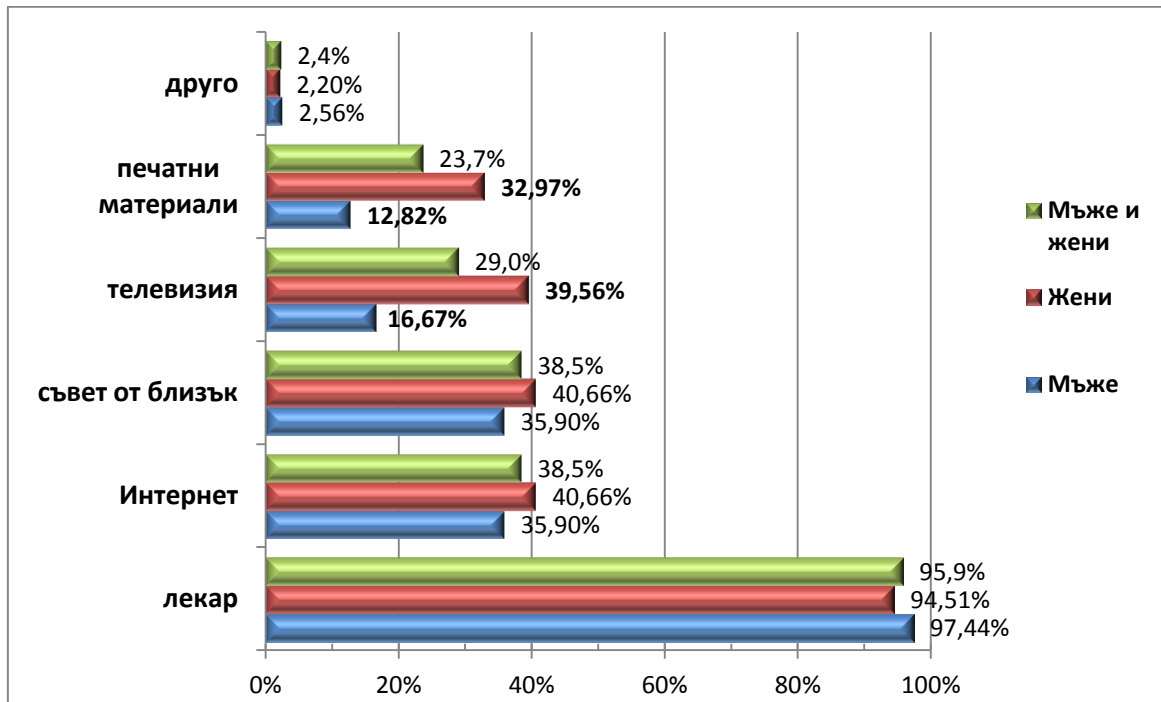
Фигура 54. Използвани канали за здравна комуникация за възрастовата група от 30 до 39 години

Респондентите от възрастовата група **40 - 49 години** посочват като най-често използван източник за здравна информация **лекарите** – 86,0 % (при 84,8% за цялата извадка), с несъществена разлика по пол – 85,7% - жени и 81,0% - мъже. Следващ по значимост комуникационен канал е **интернет** – 49,7% (при 48,4% за цялата извадка) по-често използван от жените (52,3%), в сравнение с мъжете (49,7%), както предходните две групи, но без статистически значима разлика. И тук, както при предишните възрастови групи, на трето място е поставен **съвет от близък**, но с понисък процент – 32,5% (при 40,5% за цялата извадка), без съществена разлика по пол. При тази група, за разлика от предходната, телевизията, с 26,8%, е поставена на четвърто място, по-често използван източник за здравна информация от печатните материали, без разлика по пол. Печатните материали са на последно място – 25,5%, по-често използвани от жените (26,6%), отколкото от мъжете (23,0%), без съществена разлика ($p>0,05$) (Фигура 55).



Фигура 55. Използвани канали за здравна комуникация за възрастовата група от 40 до 49 години

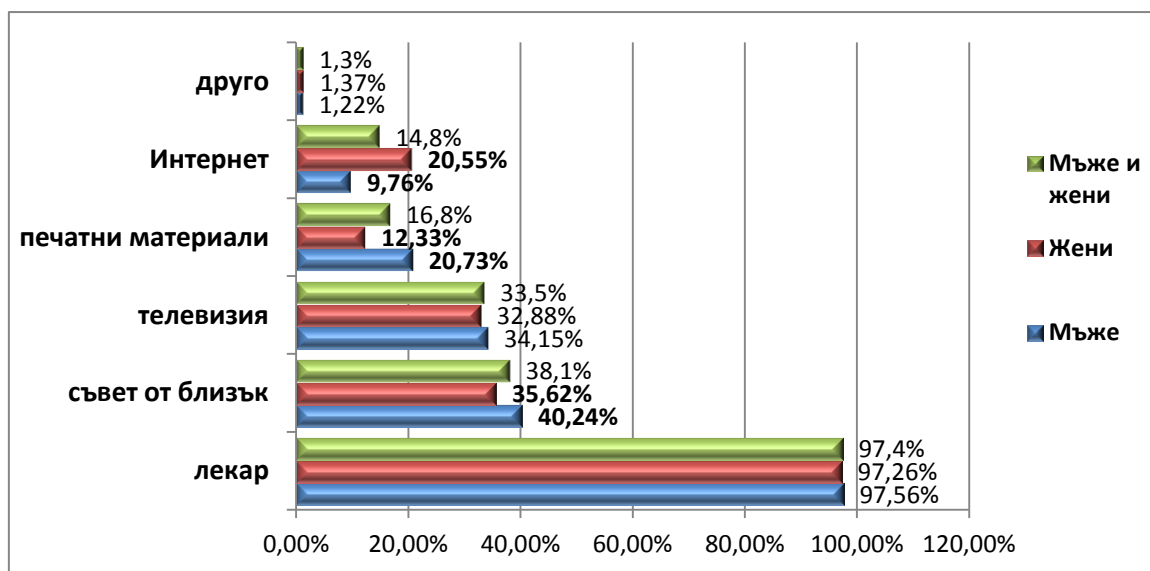
При възрастова група от **50 до 59 години** лекарите са посочени от 95,9%, с висок относителен дял в сравнение с предходните възрастови групи (при 84,8% за цялата извадка), без съществена разлика по пол: мъже – 97,4%, жени – 94,55. На второ място с еднакъв процент са поставени **съвет от близък и интернет** с 38,8% (при 48,4% за цялата извадка), използвани по-често от жените (40,6%), отколкото от мъжете (35,9%), но без съществена разлика. На трето място като канал за здравна информация респондентите поставят телевизията (29,0%), с доста по-голям интерес от жените (32,9% - по-висок процент от средния за цялата съвкупност - 28,2%), в сравнение с мъжете (16,6%) ($p < 0,001$). На последно място са поставени печатните материали – 23,7% (при 24,5% за цялата извадка), като те са използвани над два пъти и половина по-често от жените, в сравнение с мъжете – съответно 12,8% и 32,9 % ($p < 0,001$). На фигура 56 е показан относителният дял на използване на комуникационните канали за здравна информация за респондентите от възрастова група - 50-59 години:



Фигура 56. Използвани канали за здравна комуникация за възрастовата група от 50 до 59 години

Респондентите от възрастовата група **над 60 години** са с най-висок процент на използване на лекарите, като канал за здравна информация, сред цялата извадка – 97,4% (при 84,8% за цялата извадка), без съществено различие по пол. Тук, за разлика от останалите възрастови групи, на второ място като източник за здравна информация е поставен **съвет от близък** – 38,1% (при 40,5% за цялата извадка), като относителният дял при мъжете е по-висок - 40,2%, от този на жените - 35,6% ($p>0,05$). Следващ по значимост комуникационен канал е телевизията – 33,5% . Респондентите от тази възрастовата група посочват телевизията като най-често използван канал сред масовите комуникационни канали (при 28,2% за цялата извадка), с незначима разлика между мъжете и жените, съответно - 34,1% и 32,8% ($p>0,05$). **Констатира се, че тази възрастова група е с най-висок процент на използване на телевизията, като източник за здравна информация, сред всички възрастови групи от извадката.** Печатните материали са поставени на четвърто място като източник за информация за здравето – 14,8% (при 24,5% за цялата извадка), със значителна разлика по пол ($p<0,05$), като относителният дял на мъжете (20,7%) е по-голям от този на жените (12,3%). Очаквано, в сравнение с останалите възрастови групи, в групата 60+ години интернет е най-рядко използван източник за здравна информация – 14,8% (при средно 48,4% за цялата извадка), отново със

съществена разлика по пол. Жените (20,5%) много по-често използват интернет за здравна информация от мъжете (9,7%) ($p < 0,001$). На фигура 57 е показан относителният дял на използване на комуникационни канали за здравна информация за възрастовата група над 60 години:



Фигура 57. Използвани канали за здравна комуникация за възрастовата група над 60 години

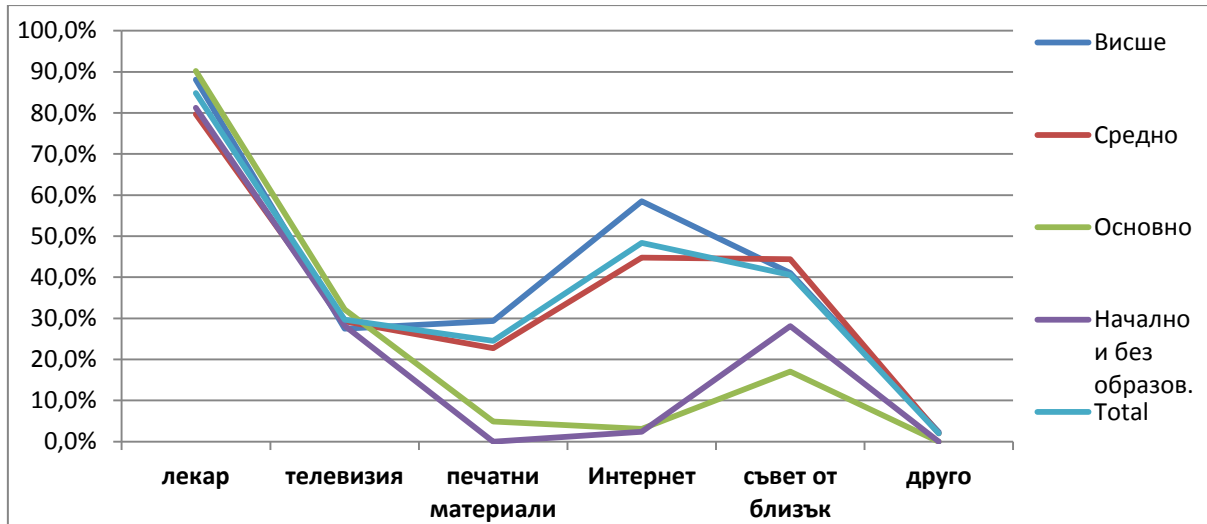
3.3.2. ИЗПОЛЗВАНИ КАНАЛИ ЗА ЗДРАВНА КОМУНИКАЦИЯ СРЕД НАСЕЛЕНИЕ НА ВЪЗРАСТ 20+ ГОДИНИ ПО ОБРАЗОВАНИЕ

Редица изследвания показват значителни различия в предпочитаните комуникационни канали в зависимост от образованието. Нивото на образование оказва влияние върху достъпа до здравна информация, предпочитаните източници за информация и разбирането ѝ.

Респондентите са групирани в 4 групи по образование:

- без образование и начално образование
- основно образование
- средно образование
- висше образование

Най-голям е броят на респондентите с висше образование – 54,2%. Следва групата със средно образование – 36,7%. На трето място е групата с основно – 5,1%. Най-малка е групата без образование и начално образование – 4% (Фигура 58).



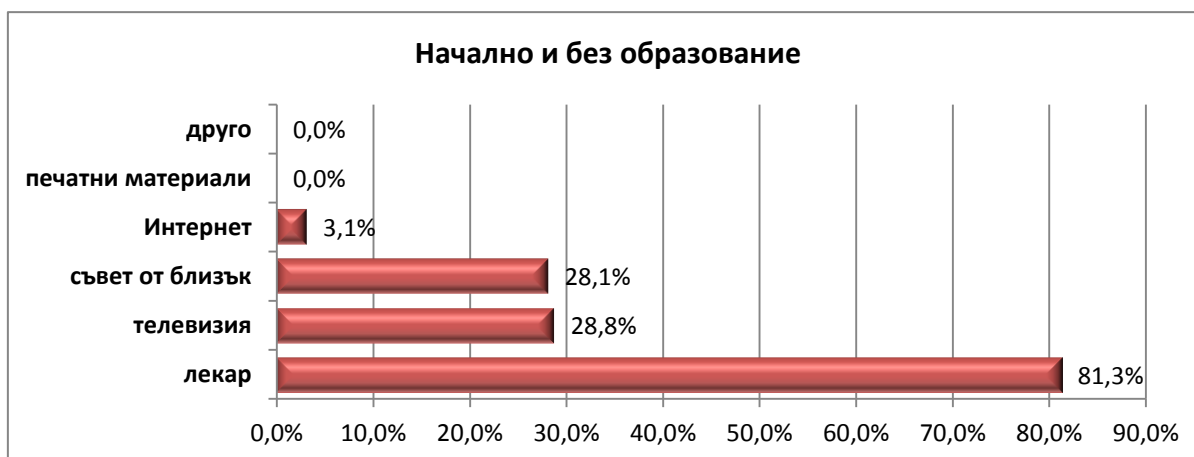
Фигура 58. Използвани канали за здравна комуникация в зависимост от образованието

Констатира се разлика в предпочитанията към източниците за здравна информация в зависимост от образованието на респондентите. Въпреки че **лекарите** са на първо място при всичките групи, се наблюдава статистически значима разлика в степента на използване на този комуникационен канал между респондентите с *основно образование* и тези със *средно образование*. При среден процент за всички групи от 84,8%, най-висок е относителният дял на групата с *основно образование* – 90,2%, а най-нисък – на респондентите със *средно образование* – 79,7% ($p < 0,05$). **Интернет** (48,4%) е посочен като втори източник (ранг) при групите с *висше* и *средно образование* (съответно 58,5% и 44,7%) и на последно място при тези с *начално и без образование* и *основно образование* – съответно – 3,1% и 2,4% ($p < 0,001$). **Съвет от близък** е поставен на трето място като канал за здравна информация (48,4%), най-често използван от респондентите със *средно образование* – 44,4%, следвани от *висшистите* – 41,1% и най-рядко използван от тези с *основно образование* – 17,1% ($p < 0,001$). **Телевизията** е поставена на четвърто място с 30,2%, най-често използван източник за здравна информация от респондентите с *основно образование* – 32,8%, а по-рядко от *висшистите* – 27,5%, като тук не се наблюдава статистическа значима разлика по образование. На последно място са класирани

печатните материали – 24,5% за всички отговорили. Тук, обяснимо, също има значима разлика ($p < 0,001$) между респондентите с висше и средно образование и нискообразованите. Най-висок интерес към този източник показва групата с *висше образование* – 29,4%, следвана от тази със *средно образование* – 22,7%, а най-нисък - групата с *основно образование* – 4,9% ($p < 0,001$). Групата с *начално и без образование* не посочва този канал, като източник за здравна информация. Най-значими различия има между групите със средно и висше образование и двете нискообразовани групи при използването на интернет, печатни материали и съвет от близък. Тези канали са значително по-често използвани от респондентите със средно и висше образование в сравнение с тези с по-ниско образование. **Като цяло двете нискообразовани групи – с основно образование и начално и без образование използват само един масов комуникационен канал за здравна информация - телевизия.**

Без образование и начално образование

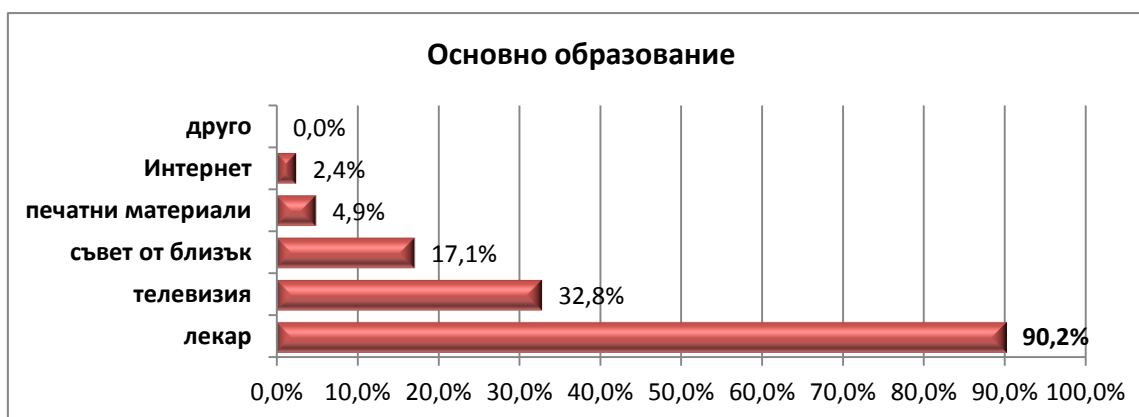
Респондентите от групата *без образование и начално образование* използват най-често за здравна информация *лекар* – 81,3%. Следва *телевизия* – 28,8%, като **това е най-предпочитаният масов медиен канал от тази група и съвет от близък – 28,1%**. Интернет е с нисък процент на използване (3,1%) - под 5%, а печатните материали не са посочени като използван източник за здравна информация (Фиг.59).



Фигура 59. Използвани канали за здравна комуникация – респонденти с начално и без образование

Основно образование

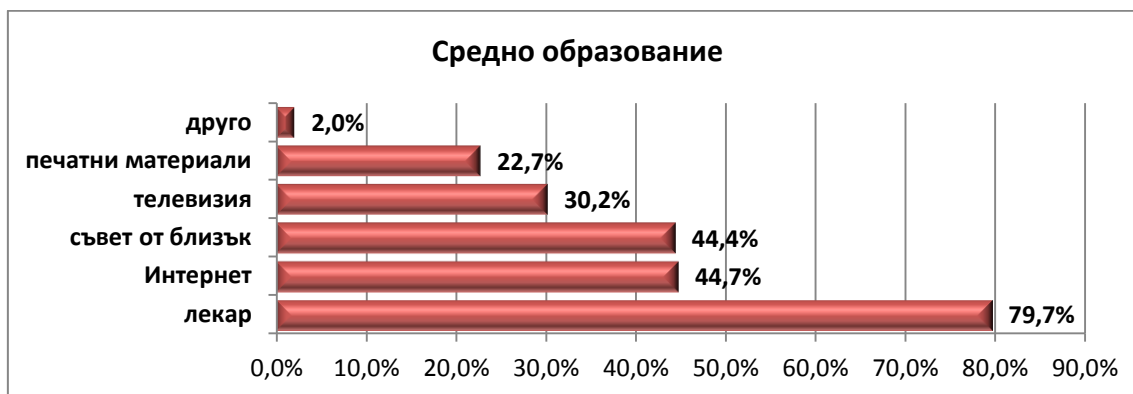
Респондентите с *основно образование* са групата с най-висок процент на предпочитане (от всички групи по образование) на **лекарите** като източник на информация за здравето – **90,2%**. Следва **телевизията** – **32,8%**, като този канал също е с най-висок процент на използване, в сравнение с останалите групи. **Телевизията се очертава основен източник на здравна информация, от масовите медийни канали, за хората с основно образование. Съвет от близък е поставен на трето място със 17,1%**. Останалите канали за комуникация са с нисък процент на използване за здравна информация - под 5% (Фиг. 60).



Фигура 60. Използвани канали за здравна комуникация – основно образование

Средно образование

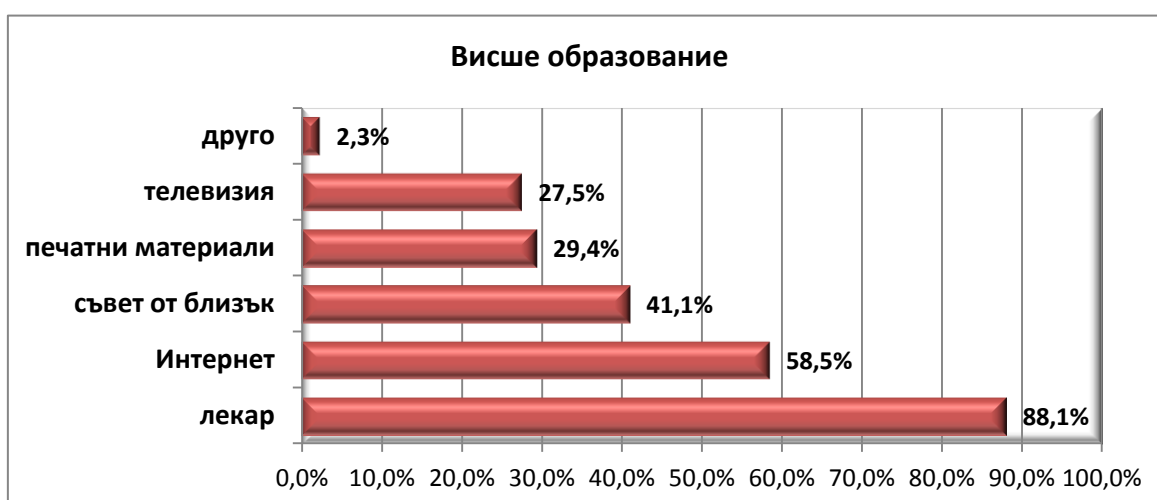
При респондентите със *средно образование* най-често използван източник на здравна информация са **лекарите** – **79,7%**, като това е най-ниският процент в групата по образование. **Интернет** е поставен на второ място -44,7% и е най-използван източник за здравна информация от масовите комуникационни канали. **Съвет от близък е третият по значение канал за здравна информация – 44,4%, с незначителна разлика от интернет и с най-висок процент спрямо останалите групи по образование, следван от телевизията – 30,2% и печатни материали - 22,7%** (Фиг. 61).



Фигура 61. Използвани канали за здравна комуникация – средно образование

Висше образование

При респондентите с висше образование най-често използваният източник за здравна информация са **лекарите** – 88,1%. Респондентите с висше образование, подобно на тези със средно, посочват **интернет като най-използван източник за здравна информация сред масовите медийни канали (58,5%),** като този процент е най-висок спрямо останалите групи по образование и е над средния за цялата извадка (48,4%). **Съвет от близък** е поставен на трето място като канал за здравна информация с 41,1%. Следват **печатните материали** – 29,4%. Констатира се, че респондентите с висше образование имат най-голям интерес от цялата извадка към **печатните материали**. Телевизията е поставена на последно място, посочена от 27,5% като източник за здравна информация (Фиг.62).

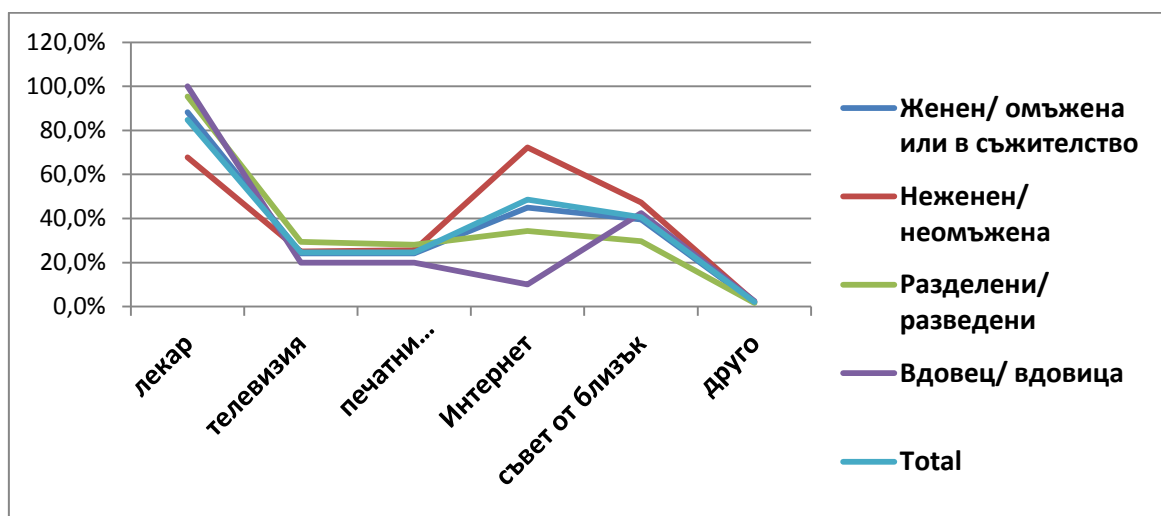


Фигура 62. Използвани канали за здравна комуникация – висше образование

При групите със *средно образование* и *висше образование* наред с междуличностните канали за здравна информация се използват и всички, посочени масови комуникационни канали, като най-предпочитан е интернет.

3.3.3. ИЗПОЛЗВАНИ КАНАЛИ ЗА ЗДРАВНА КОМУНИКАЦИЯ СРЕД НАСЕЛЕНИЕ НА ВЪЗРАСТ 20-60+ ГОДИНИ ПО СЕМЕЙНО ПОЛОЖЕНИЕ

По семейно положение респондентите са групирани в следните групи: женен/омъжена или в съжителство; неженен/неомъжена; разделен/а или разведен/а; вдовец/вдовица. Най-голям е броят на респондентите в групата *женен/омъжена или в съжителство* – 64,5%. Следва групата *неженен/неомъжена* – 22,4%. На трето място е групата *разделен/а или разведен/а* – 7,9%. Най-малка е групата *вдовец/вдовица* – 5,0%. Използваните канали за здравна комуникация, в зависимост от семейното положение, са представени на фигура 63.



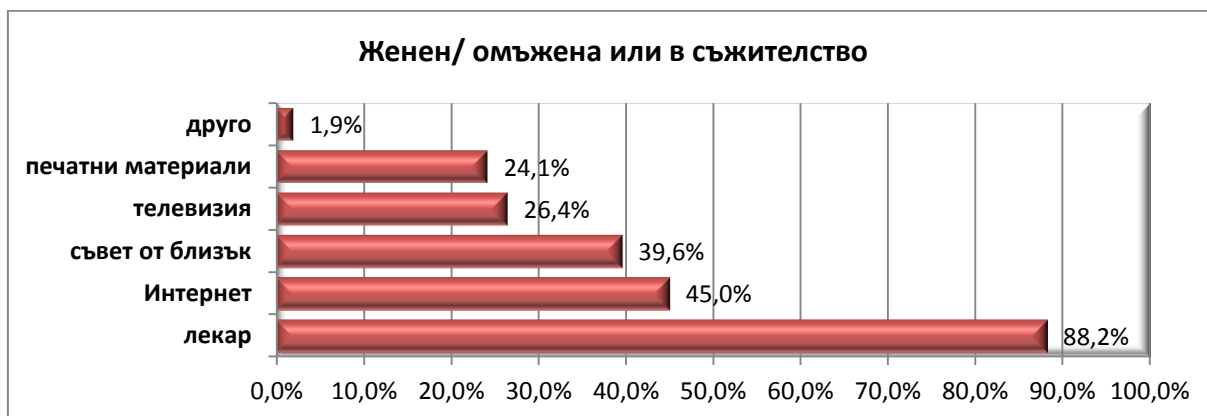
Фигура 63. Използвани канали за здравна комуникация по семейно положение

Налице е разлика в използваните канали за здравна комуникация в зависимост от семейното положение на респондентите. Въпреки че разговорите с лекар са най-предпочитан източник за здравна информация, с изключение на групата *неженен/неомъжена*, наблюдава се разлика в относителните дялове на използване сред отделните сегменти. При средно 84,8% за всички групи, **лекарите са най-често използван източник за здравна информация от групата вдовец/вдовица – 100%**,

а най-нисък е процентът при групата *неженен/неомъжена* – 67,8% ($p < 0,001$). Интернет е посочен като втори източник (ранг) – 48,5% при всички групи, с изключение на групата *вдовец/вдовица*, където този канал е на последно място (10,0%). Наблюдава се статистически значима разлика в използването на интернет за здравна информация между групата *вдовец/вдовица* и останалите групи ($p < 0,001$), както и между групата *неженен/неомъжена* (72,2%) и групата *женен/омъжена* (45,0%) при $p < 0,001$. **Най-висока е употребата на интернет за здравна информация при групата *неженен/неомъжена* – 72,2%, като респондентите от тази група по-често предпочитат интернет пред лекарите (67,8%) като канал за здравна информация. Съвет от близък – 40,6% е третият по ранг източник за здравна информация. Този канал е най-често използван от групата *неженен/неомъжена* (47,2%) и най-рядко от групата *разделени/разведени* (29,7%) при $p < 0,001$. На четвърто място, общо за цялата група, с еднакъв процент на използване за здравна информация, са поставени телевизията и печатните материали – 24,6%. Телевизията е най-използван канал от групата *вдовец/вдовица* – 47,5%, които я поставят на второ място като източник за здравна информация, и най-малко използван от групата *неженен/неомъжена* – 25,0%, които я поставят на последно място, като разликата при тези групи е статистически значима при $p < 0,001$. При печатните материали не се наблюдава статистически значима разлика по семейно положение в използването им като източници за здравна информация.**

Женен/омъжена или в съжителство

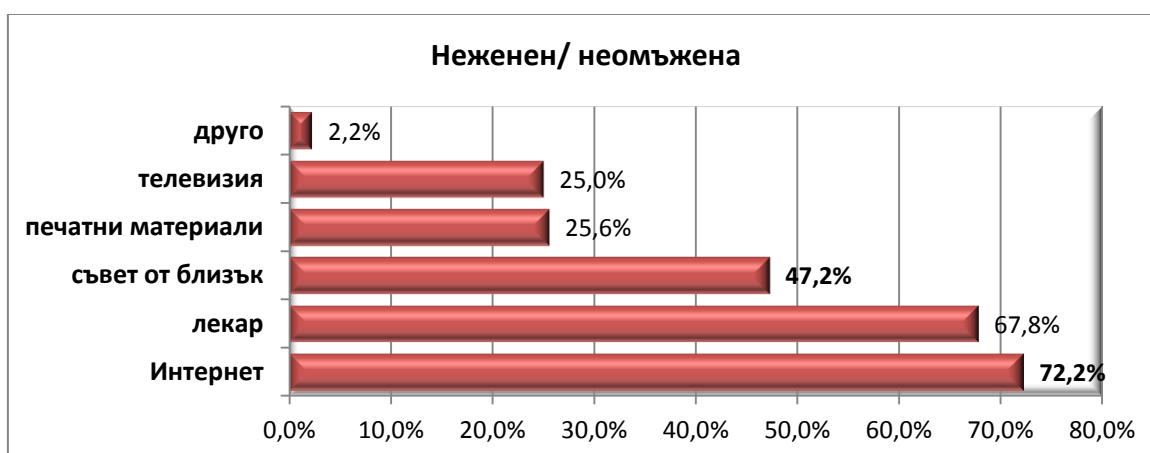
При респондентите от групата *женени/омъжени или в съжителство* разговорите с лекар (88,2%) са най-често използван източник за информация за здравето. Сред масовите комуникационни канали най-често предпочитан е интернет – 45,0%. Следва: съвет от близък – 39,6%. Телевизията, макар и с незначителен процент – 26,4%, е по-често използвана от печатните материали – 24,1% (Фиг. 64).



Фигура 64. Използвани канали за здравна комуникация при групата „женени/омъжени или в съжителство“

Неженен/неомъжена

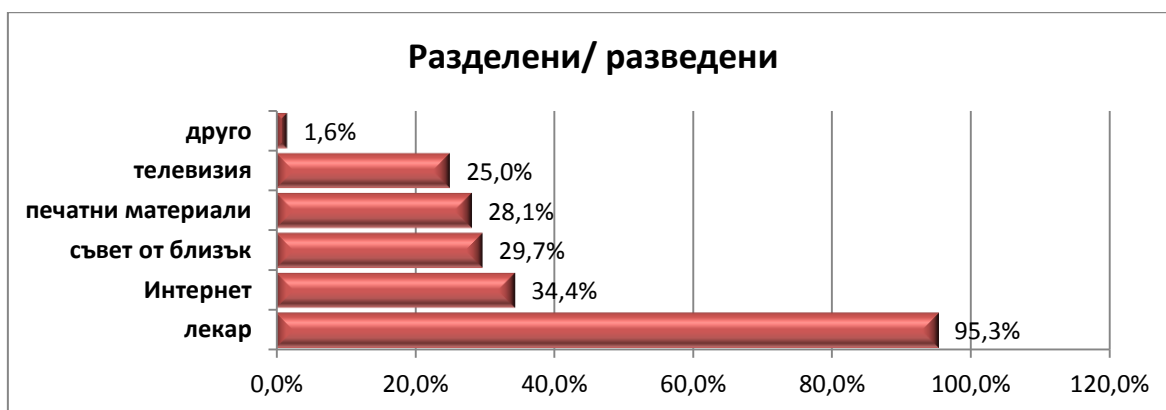
При групата *неженен/неомъжена*, за разлика от останалите групи, интернет измества лекарите като най-често използван източник за информация за здравето – **72,2%**. Това би могло да се обясни с младата възрастова група, в която попадат повечето от тези респонденти. Лекарите са поставени на второ място - **67,8%**. На трето място е посочен **съвет от близък – 47,2%**, с **най-висок относителен дял спрямо останалите групи**. Следват печатните материали и телевизията почти еднакво предпочитани като източници за здравна информация, съответно **25,6%** и **25%** (Фигура 65).



Фигура 65. Използвани канали за здравна комуникация - група „неженени/неомъжени“

Разделен/а или разведен/а

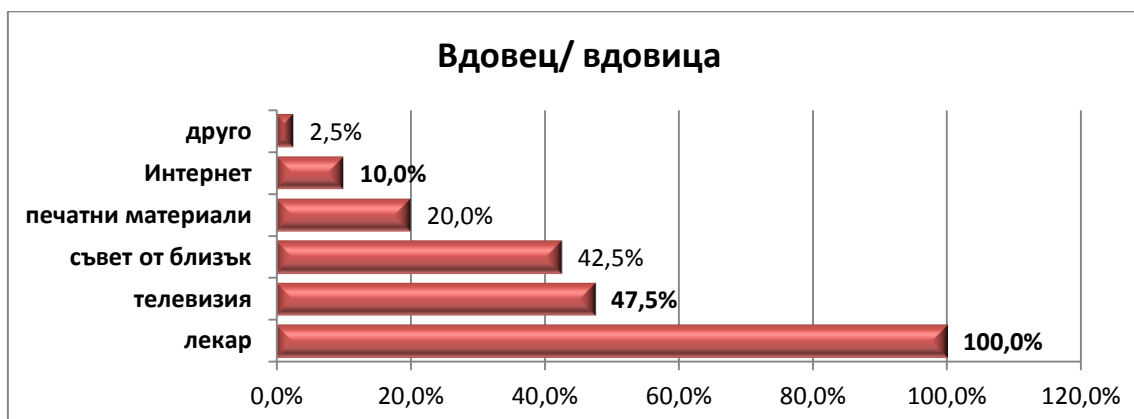
Респондентите от групата *разделен/а или разведен/а* поставят на първо място лекарите (95,3%). Интернет (34,4%) е най-често предпочитан масов канал. Съвет от близък е поставен на трето място - 29,7%. Следват печатни материали – 28,1% и телевизия – 25% (Фигура 66).



Фигура 66. Канали за здравна комуникация – група “разделен/а или разведен/а“

Вдовец/вдовица

При групата *вдовец/вдовица* лекарите, като източник за здравна информация, са посочени с най-висок процент на предпочитане, спрямо другите групи по семейно положение – 100%. От масовите канали най-често използван източник за здравна информация е телевизията – 47,5%, отново с най-висок процент спрямо другите групи. Следват: съвет от близък – 42,5%, печатни материали – 20% и на последно място – интернет -10,0%, с най-нисък процент на използване за здравна информация, спрямо останалите групи по семейно положение (Фиг. 67).



Фигура 67. Използвани канали за здравна комуникация -група „вдовец/вдовица“

3.3.4. ИЗПОЛЗВАНИ КАНАЛИ ЗА ЗДРАВНА КОМУНИКАЦИЯ СРЕД НАСЕЛЕНИЕ НА ВЪЗРАСТ 20+ ГОДИНИ ПО ТРУДОВА ЗАЕТОСТ

Трудовата заетост е важен фактор при профилирането на здравната аудитория, защото определя различни здравни проблеми и здравни въпроси, които вълнуват отделните сегменти. По трудова заетост респондентите са разделени в следните групи: на държавна служба; недържавна служба; самонаемащ се; учащ; домакиня; в отпуск по майчинство/ по бащинство; безработен, трудоспособен; безработен, нетрудоспособен; пенсионер. Най-голям е дялът на респондентите на недържавна служба – 38,7%. Следват: на държавна служба– 20,1%, учащ – 13,3%, пенсионер -11,9%, самонаемащ се – 9,7%; безработен, трудоспособен –2,1, в отпуск по майчинство/по бащинство–1,5%, домакиня с 1,4%. На последно място е безработен, нетрудоспособен с 1,1% На табл.12 е представен относителният дял на използване на канали за здравна информация по трудова заетост.

Таблица 12. Използвани канали за здравна информация по трудова заетост

	Лекар	Интернет	Съвет от близък	Телевизия	Печатни материали
	%	%	%	%	%
на държавна служба	88,2%	37,9%	34,2%	22,6%	21,1%
недържавна служба	86,1%	58,9%	45,0%	32,0%	28,2%
самонаемащ	88,5%	39,8%	34,5%	24,7%	23,1%
учащ	58,5%	84,0%	48,1%	20,1%	29,2%
домакиня	90,9%	36,4%	36,4%	30,0%	9,1%
отпуск по майчинство/ бащинство	91,7%	58,3%	50,0%	41,7%	25,0%
безработен трудоспособен	88,2%	35,3%	23,5%	28,6%	17,4%
безработен нетрудоспособен	88,9%	0,0%	22,3%	22,2%	0,0%
пенсионер	97,9%	8,4%	38,9%	38,3%	20,2%
Общо	84,7%	48,2%	40,7%	28,4%	24,6%

*С болд са маркирани стойности, при които има статистически значима разлика ($p < 0,05$) и ($p < 0,001$).

Налице е разлика в избора на канали за здравна информация в зависимост от трудовата заетост на респондентите. Въпреки че разговорите с **лекар** са на първо място при всичките групи (освен групата *учащи*), се наблюдава разлика в степента на предпочитане на този комуникационен канал. **Групата на учащите поставя лекарите (58,5%) на второ място, след интернет, като източник за здравна информация, с което се различава значително от другите групи по трудова заетост ($p < 0,001$).** При останалите групи, най-висок е дялът на предпочитане при групата *пенсионер* - **97,9%** и най-нисък при респондентите на *недържавна служба* – **86,1%** ($p < 0,05$).

Интернет е посочен като втори източник (ранг) общо (48,2%) при следните сегменти: *на държавна служба, недържавна служба, самонаемащ се, домакиня, в отпуск по майчинство/ по бащинство, безработен трудоспособен*. **Интернет е най-често използван канал и първи източник за здравна информация за групата *учащи* – 84,0%**, като се наблюдава статистически значимо различие между групата на учащите и останалите групи ($p < 0,001$), което е обяснимо, тъй като са най-младата възрастова група, а те имат най-висока употреба на интернет. Очаквано групата на пенсионерите поставя интернет на последно място като източник за здравна информация -8,4%, като тук също се наблюдава статистически значимо различие с останалите групи ($p < 0,001$). Над средното ниво, общо за цялата извадка, е употребата на интернет за здравна информация при респондентите на *недържавна служба* – 58,9% и в *отпуск по майчинство* - 58,3%.

Съвет от близък е поставен на трето място като източник за здравна информация общо - 40,7%, с изключение на групата на *пенсионер*, които го поставят на второ място и групата *безработен трудоспособен* - на четвърто място. Този канал е най-често използван от респондентите ***в отпуск по майчинство/ по бащинство* – 50,0%** и ***учащи* – 48,1%**, и най-рядко - от двете групи на безработните – 23,0%. Тук се наблюдава статистически значима разлика между групата на *учащите* и групите на *безработните* ($p < 0,05$).

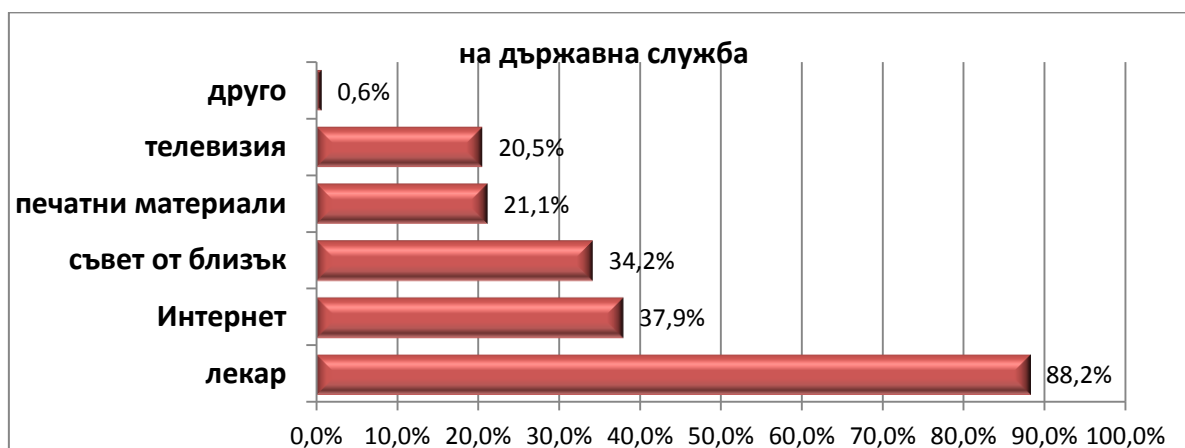
Телевизията е поставена на четвърто място – общо **28,3%**. Тя е най-често използвана за здравна информация от респондентите в ***отпуск по майчинство* - 41,7%** и ***пенсионерите* – 37,9%** (поставена на трето място) и с най-слаб интерес като канал за здравна информация при учащите – 20,1%. Тук се наблюдава

статистически значима разлика между *учащите* и *пенсионерите* ($p < 0,001$) и *учащи* и *в отпуск по майчинство* ($p < 0,05$).

Печатните материали са поставени на последно място като източник за здравна информация – **24,6%**, за всички отговорили, като **най-висок е процентът в групата учащи** – **29,2%**, а най-нисък при групата *домакиня* – 9,1% ($p < 0,05$). Групата *безработен, нетрудоспособен* не посочва, че използва този канал за здравна информация – 0%.

На държавна служба

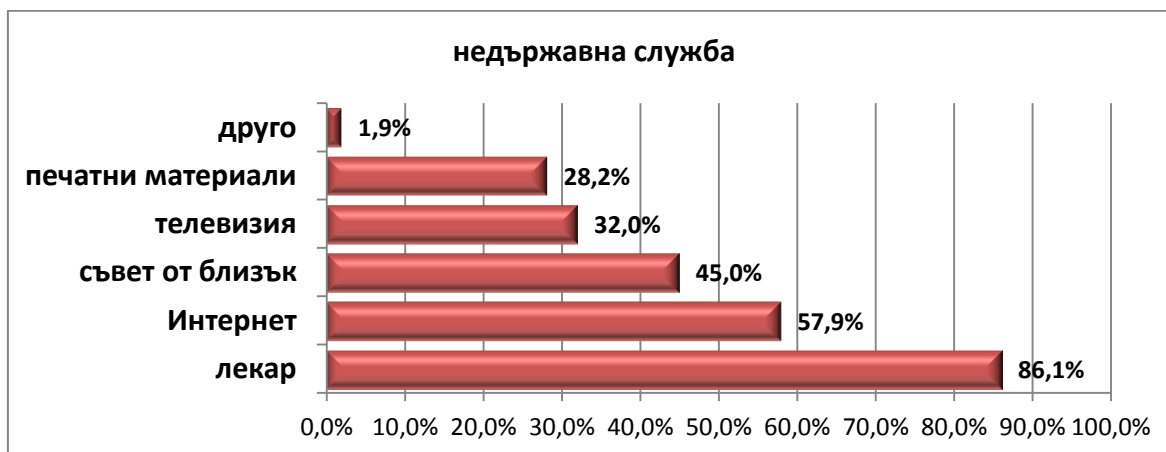
88,2% от респондентите на *държавна служба* посочват **лекарите** като най-често използван източник на здравна информация. **От масовите комуникационни канали най-често използван източник за здравна информация е интернет (37,9%)**. **Съвет от близък** е поставен на трето място – 34,2%. Следват **печатните материали** и **телевизията** с близък процент – съответно 21,1% и 20,5% (Фиг. 68).



Фигура 68. Използвани канали за здравна комуникация – респонденти на *държавна служба*

Недържавна служба

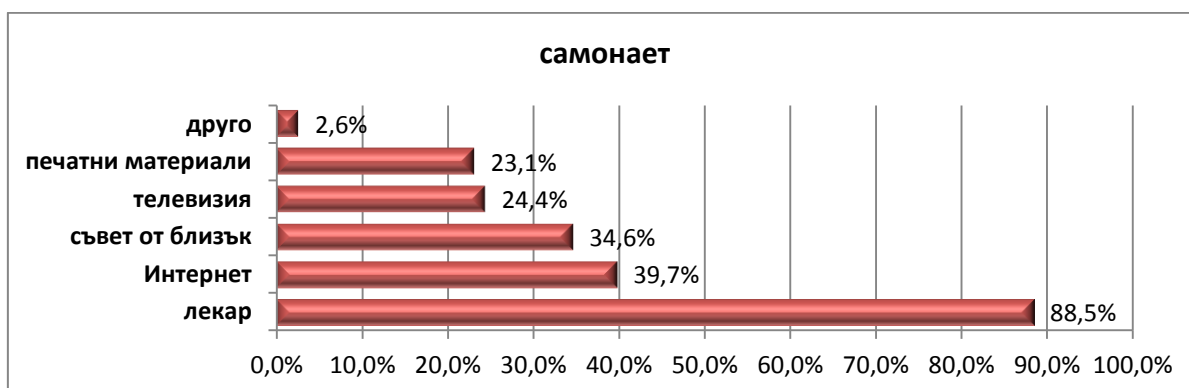
При респондентите на *недържавна служба* след лекарите (86,1%) интернет е най-често използван източник за здравна информация. **Интернет е посочен на първо място сред каналите за масова комуникация (57,9%)**. **Съвет от близък**, подобно на предходната група, е на трето място (45%). Тук, за разлика от предходната група, **телевизията (32,0%)**, е по-често предпочитан източник от **печатните материали (28,2%)** (Фиг.69).



Фигура 69. Използвани канали за здравна комуникация – респонденти на недържавна служба

Самонаемащ се

При респондентите от групата *самонаемащ се* лекарите са най-често предпочитан източник на здравна информация – 88,5%. Те, както и служителите на държавна и недържавна служба, посочват **интернет като най-често използван източник за здравна информация (39,7%)** от масовите медии. Следват **съвет от близък – 34,6%**, телевизия – 24,4% и печатни материали – 23,1% (Фигура 70).

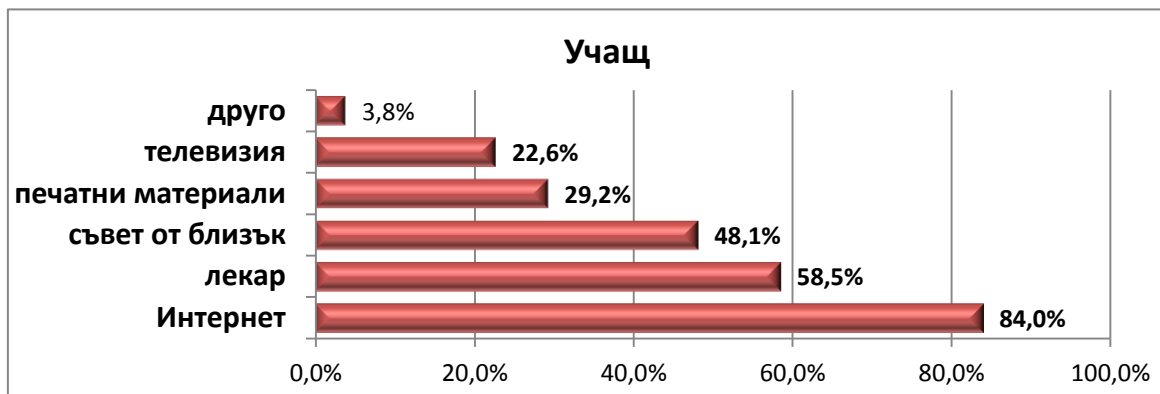


Фигура 70. Използвани канали за здравна комуникация – „самонаемащ се“

Учащ

Учащите посочват интернет като най-често използван канал за здравна комуникация - **84,0%** (при среден за цялата извадка – 48,4%). В тази група интернет измества лекарите като източник за здравна информация, които са поставени на второ място с 58,5%. **Наблюдава се по-висок процент на търсене на съвет от близък - 48,1%**, за здравна информация, от средния за цялата извадка

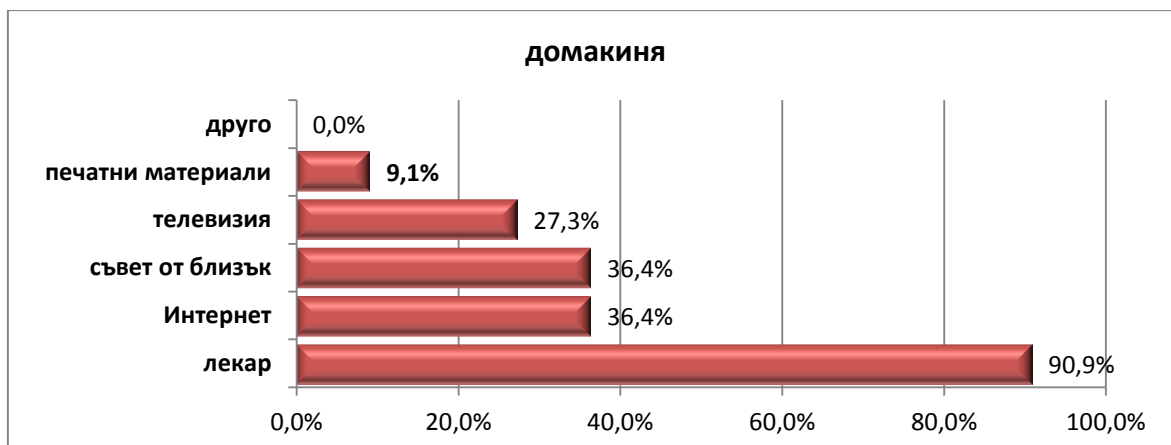
– **40,5%**. Тази група показва най-висок интерес към **печатните материали - 29,2%** и **най-нисък към телевизията (22,6%)**, в сравнение с другите групи по трудова заетост (Фиг.71).



Фигура 71. Използвани канали за здравна комуникация – „учащ“

Домакиня

При респондентите *домакиня* най-използван източник за здравна информация са лекарите – **90,9%**. При тази група **интернет и съвет от близък** са еднакво предпочитани като канали за здравна информация - **36,4%**. Следва телевизия – **27,3%**. Печатните материали са поставени на последно място - **9,1%** и са с **най-нисък процент на използване спрямо другите групи по трудова заетост** (Фиг.72).

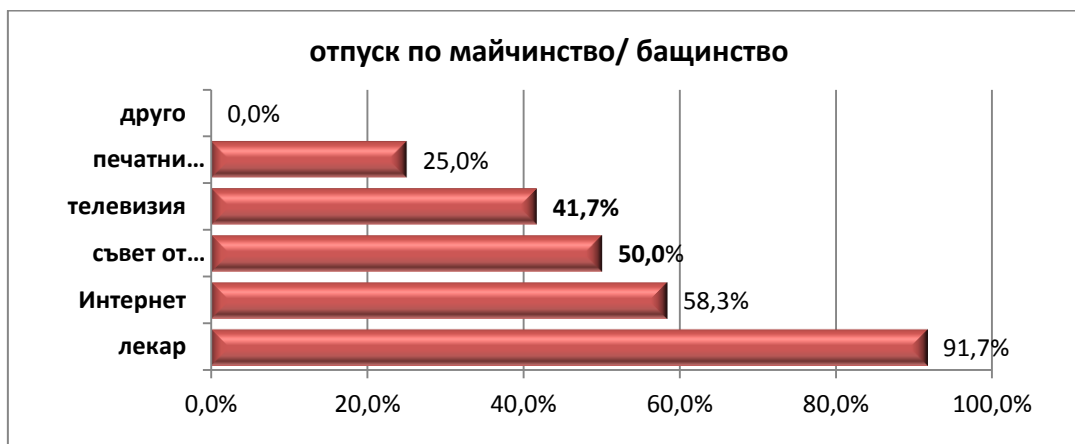


Фигура 72. Използвани канали за здравна комуникация – „домакиня“

В отпуск по майчинство/ по бащинство

При респондентите *в отпуск по майчинство/ по бащинство* най-често използван източник за здравна информация са лекарите – **91,7%**. **Интернет** е поставен на второ място – **58,3%**. Следва **съвет от близък** – **50,0%**, с **най-висок**

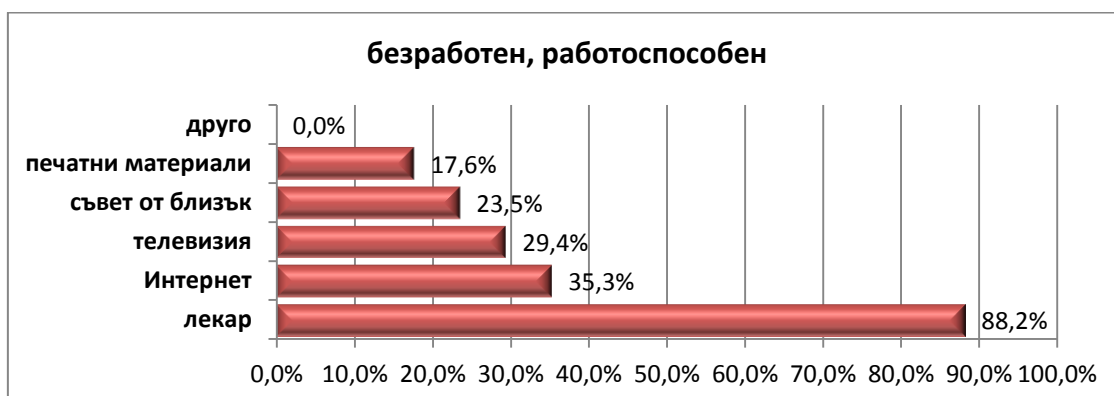
процент на използване за здравна информация в сравнение с другите групи по трудова заетост. Тази група показва най-висок процент на използване на телевизията като източник за здравна информация спрямо останалите групи по трудова заетост – **41,7%**. Печатните материали са на последно място, посочени от 25% (Фигура 73).



Фигура 73. Използвани канали за здравна комуникация от респонденти в отпуск по майчинство/ по бащинство

Безработен, работоспособен

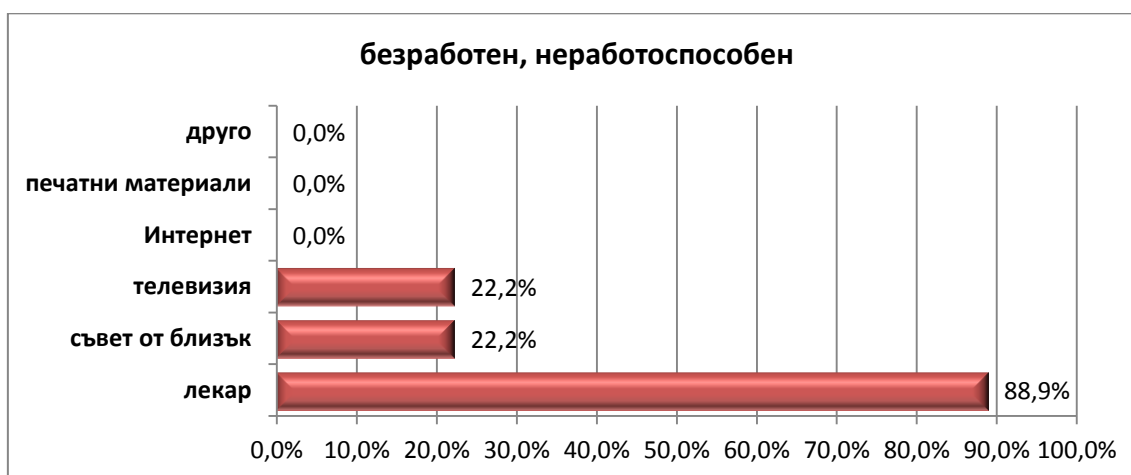
При респондентите *безработен, работоспособен* лекарите са посочени от 88,2% като източник за здравна информация. Следват: **интернет** – 35,3%, **телевизия**– 29,4%, съвет от близък – 23,5%. На последно място са **печатните материали** - 17,6% (Фиг.74).



Фигура 74. Използвани канали за здравна комуникация от респондентите безработен, работоспособен

Безработен, неработоспособен

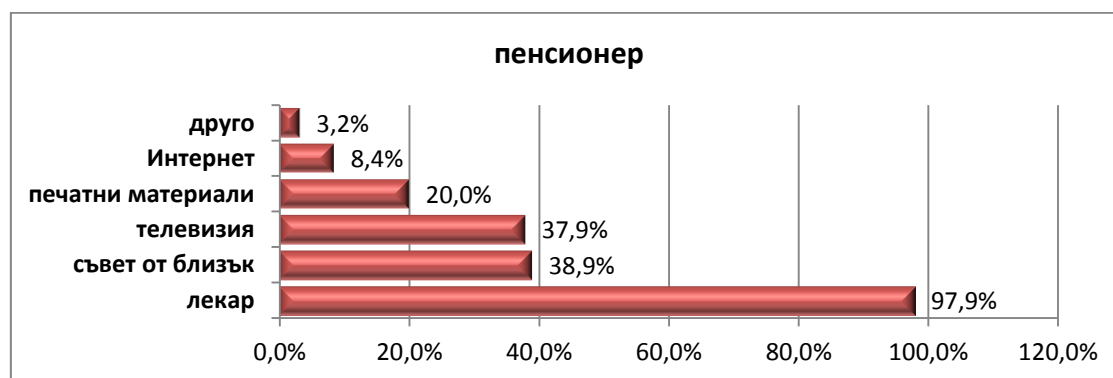
При групата *безработен, неработоспособен* лекарите са посочени от **88,9%**. Следват: **съвет от близък -22,2%**. От масовите комуникационни канали е посочена само телевизията като източник за здравна информация – **22,2%** (Фигура 75).



Фигура 75. Използвани канали за здравна комуникация от респондентите в групата „безработен, нетрудоспособен“

Пенсионер

Респондентите *пенсионер* показват най-висок процент на използване на лекарите за здравна информация, спрямо другите групи – **97,9%**. Това е обяснимо поради по-честите здравословни проблеми при тази група. **Съвет от близък** е поставен на второ място – **38,9%**. Сред масовите комуникационни канали най-често използван източник за здравна информация е **телевизията – 37,9%**. Следват печатните материали – **20%**. Най-малко използван канал за здравна информация е интернет – **8,4%**, с най-нисък относителен дял спрямо останалите групи по трудова заетост (Фигура 76).



Фигура 76. Използвани канали за здравна комуникация от респондентите в групата „пенсионер“

Направените емпирични изследвания дават възможност за определяне на социално-демографския профил на основните потребители на масовите комуникационни канали за здравна информация: интернет, телевизия и печатни материали (Таблица 12).

Таблица 12. Социално-демографски профил на основните потребители на масовите канали за здравна информация

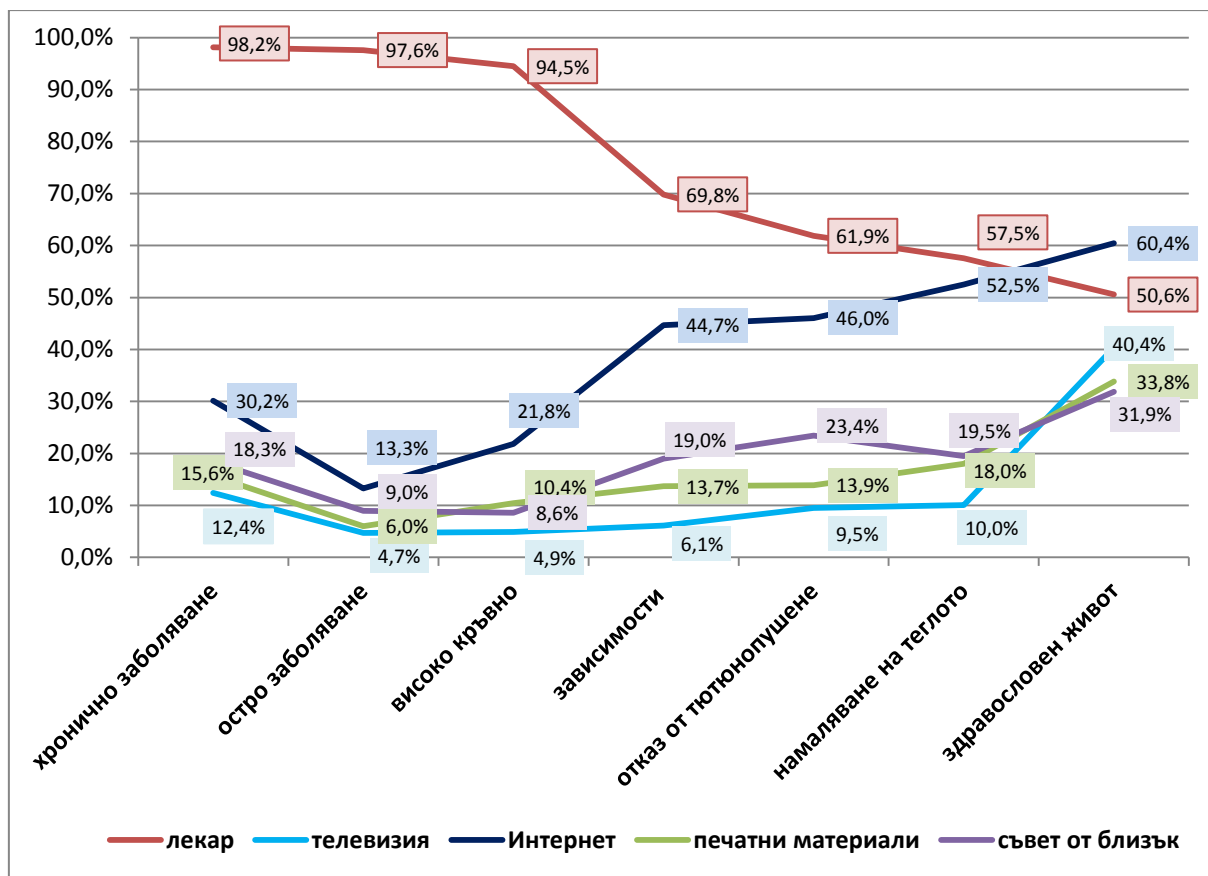
Интернет	Население на възраст 20-59 г., живеещи в градовете, с висше или средно образование, учащи, служители, в отпуск по майчинство или самонаети
Телевизия	Население на възраст над 60 години, жители на малките населени места, предимно с по-ниско образование, пенсионери или в отпуск по майчинство
Печатни материали	Живеещи в градовете, предимно жени, с висше или средно образование, учащи, служители, в отпуск по майчинство или пенсионери.

3.3.5. ИЗПОЛЗВАНИ КАНАЛИ ЗА ЗДРАВНА ИНФОРМАЦИЯ ОТНОСНО ЗДРАВНИ СЪСТОЯНИЯ И ПРОМОЦИЯ НА ЗДРАВЕ

При избор на канал за здравна информация, освен социално-демографските фактори, значение имат и целите, за които се използва информацията. Изследванията показват използване на различни източници според темите, които вълнуват аудиторията. В световен мащаб се наблюдава ръст на използването на интернет за търсене на информация относно заболявания и на социалните медии за създаване на групи за взаимопомощ и споделяне на проблеми на хора, страдащи от хронични заболявания. Доклад на ЕК, публикуван през април 2015 г., относно проучване на здравните комуникационни кампании в Европа за превенция на хроничните незаразни заболявания, сочи необходимостта от селектиране на комуникационните канали в зависимост от целите на здравните кампании. Подчертава се, че интернет и социалните мрежи представляват потенциално мощен ресурс за усъвършенстването и разпространението на здравни интервенции (250). Успоредно със социалните мрежи, се създават сайтове, свързани с рисковите фактори за здравето и здравословен начин на живот. Докладът на ЕК се фокусира върху основните рискови фактори: тютюнопушене, нездравословно хранене, ниска физическа активност, злоупотреба с алкохол, както и психично здраве. Посочва се, че най-често използвани канали при кампании, насочени към превенция на хронични заболявания при население над 25 г., са: интернет, социалните мрежи, мобилни приложения, телевизия и събития. По отношение на кампании за отказ от тютюнопушене специално внимание се отделя на използването на социалните мрежи като един мощен ресурс за разпространение на здравните интервенции. Изследователите посочват, че социалните медии са ефективен и евтин канал за интервенции върху рискови поведения, особено в държави с ниски доходи (4, 5). Използването на социалните медии за целите на общественото здраве и по специално за промоцията на здраве непрекъснато и бързо се увеличава. Според Centres for Disease Control and Prevention (CDC), социалните медии са по-ефективен, по-въздействащ и убедителен канал за повлияване на поведение отколкото традиционните медии / например печатните материали/ чрез въвличане на аудиторията и партньорство. Те предлагат нови механизми за социално влияние, като: моделиране и адаптиране към общностните норми (231). Хората търсят здравна информация по различни причини

и чрез различни канали. Информацията за каналите, които се използват за различни цели, е полезна за определяне на медийната стратегия при здравно-комуникационни интервенции.

На респондентите са зададени 7 въпроса относно източниците, които използват за здравна информация за следните състояния: хронично заболяване, остро заболяване, високо артериално налягане, зависимости, отказ от тютюнопушене, намаляване на теглото и за здравословен начин на живот. Възможните отговори са: *Лекар; Телевизия; Интернет; Печатни материали (книги, списания, вестници, дигитални, брошури); Близък човек (семейство, приятели)*. Отговорите на въпросите са от затворен тип, като респондентите могат да изберат повече от един отговор, поради което процентът на отговорилите на въпросите надвишава 100%. На фигура 77 е показано разпределението на използваните канали относно информация за различни здравни състояния и здравословен начин на живот.



Фигура 77. Използвани канали относно информация за здравни състояния и здравословен начин на живот

От фигурата е видно, че **лекарите** са най-използван източник за здравна информация относно различните здравни състояния, но по отношение на информация за здравословен начин на живот, те са изместени от интернет (лекар - 50,6%; интернет – 60,4%).

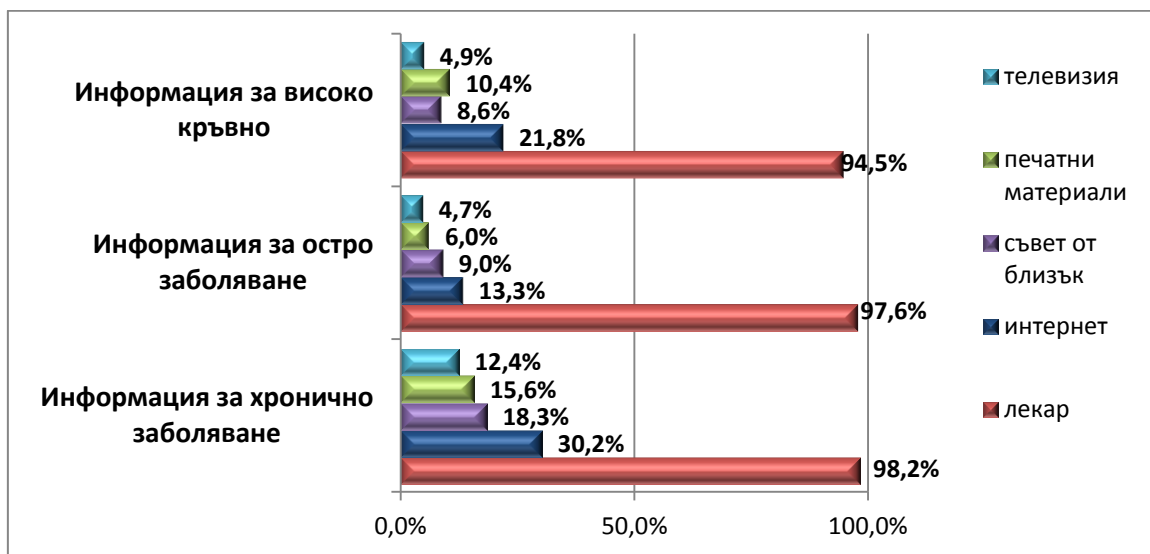
Интернет е на второ място като източник за здравна информация, като най-високо е използването му за търсене на *информация за здравословен начин на живот* - **60,4%**, където е по-често използван от лекарите, следват информация за: *намаляване на тегло* (лекар - 57,7%; интернет – **52,5%**), *отказ от тютюнопушене* - 46%, *зависимости* - 44,7%, *хронични заболявания* - 30% и *високо кръвно налягане* - 22%.

Съвет от близък е на трето място по използване за здравна информация, с изключение на *информация за здравословен начин на живот*, където е изместен от телевизията и печатните материали, и *информация за високо кръвно налягане*, където е изместен от печатните материали.

Печатните материали са четвърти източник (ранг) за здравна информация, с изключение на *информация за намаляване на тегло*, където са изместени от *съвет от близък* и *информация за високо кръвно налягане*, където заемат трето място.

Телевизията е поставена на последно място като източник за здравна информация при всички състояния, с нисък процент на използване – от 4,7% до 12,4%, но по отношение на *информация за здравословен начин на живот* тя е трети източник за информация след интернет и лекарите, посочена от **40,4%**

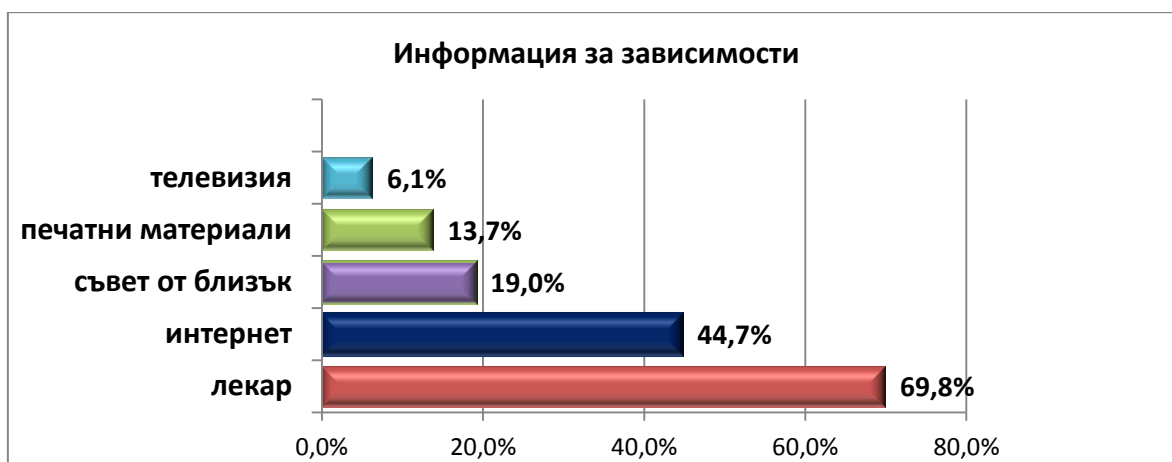
Резултатите от отговорите на въпросите *Кои от изброените източници използвате относно здравна информация за остро заболяване; хронично заболяване; високо кръвно налягане?* са обединени на фигура 78.



Фигура 78. Използвани източници относно здравна информация за остро заболяване, хронично заболяване и високо кръвно налягане

Разбираемо **лекарите** категорично са най-използван канал за тези здравни състояния, като най-висок е процентът на използването им при търсене на информация за хронично заболяване – 98,2%, следван от остро заболяване – 97,6% и високо кръвно налягане – 94,5%. Тук се наблюдава значима разлика в използването на лекарите и останалите канали за здравна информация. На второ място е поставен **интернет**, най-често използван за *информация относно хронично заболяване* - **30,2%**, следва *информация за високо кръвно налягане* – **21,8%** и най-рядко използван за информация за остро заболяване – **13,3%**. Останалите канали се използват сравнително рядко. **Съвет от бльзък** е поставен на трето място. Този канал е използван най-често за *информация относно хронично заболяване* – **18,3%** и най-рядко за *информация за високо кръвно налягане* - **8,6%**. **Печатните материали** са поставени на четвърто място, като се използват най-често за *информация за хронично заболяване* -**15,6%**, следвана от *информация за високо кръвно налягане* - **10,4%** /по предпочитан източник от *близък човек*/ и остро заболяване – **6%**. **Телевизията** е поставена на последно място като канал за информация при тези здравни състояния, като най-често, подобно на останалите масови канали, се използва за информация за *хронично заболяване* -**12,4%** и много рядко за другите състояния.

На въпроса: *Кои от изброените източници използвате относно информация за зависимости (алкохол, наркотици)?* - **69,8%** от респондентите посочват **лекарите** като най-често използван източник. На второ място е посочен **интернет** - **44,7%**, **най-често използван източник за информация за зависимости сред масовите канали**. **Съвет от близък** е посочен на трето място - **19%**, значително по-рядко използван от интернет ($p < 0,001$), а **печатните материали** – на четвърто – **13,7%**. Телевизията е изключително рядко използвана за информация относно зависимости - **6,1%** (Фиг. 79).



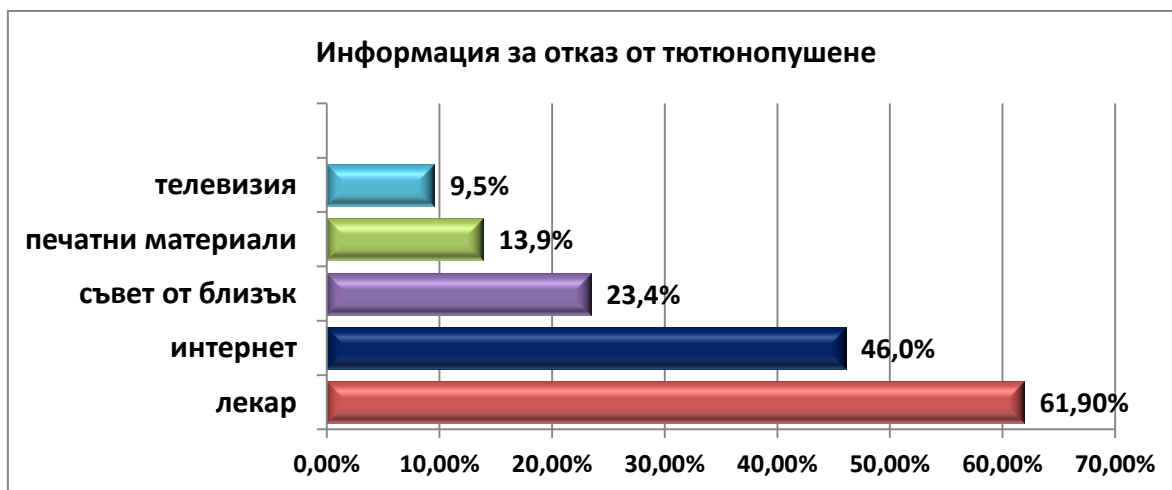
Фигура 79. Използвани източници за информация за зависимости при население на възраст над 20 години

Нашите резултати се различават от тези, представени в изследване относно източниците за информация за наркотични и упойващи вещества, проведено по проект „Информирани издрави“ през 2013 г., където се посочва за основен източник за информацията относно зависимости телевизията - 61%, следвана от близки и познати – 43%. 27% от респондентите посочват, че търсят информация в интернет, а 12,4% - интернет форуми и чатове (223).

Националното проучване на факторите на риска за здравето сред населението в Р България – 2014 г., показва, че 37.4% от възрастното население в страната пуши цигари. Водещи източници за информация за тютюнопушенето и вредите, които то причинява са медиите (55.1% отговори) и интернет (25.0% отговори). Интернет, като източник на информация, е посочен от най-младите възрастови групи – мъже на 20-34 години и жени от 20-44 години. Анализът на данните показва, че всеки пети

пушач (20.2%) желае да спре цигарите. Над 2/3 от пушачите са правили опит да откажат цигарите (69.1%), като всеки пети пушач счита, че се нуждае от специализирана помощ в тази насока (20.0%). Най-често е търсена и получавана такава помощ от семейството (40.8%), а след това от лекар (20.6%) (4).

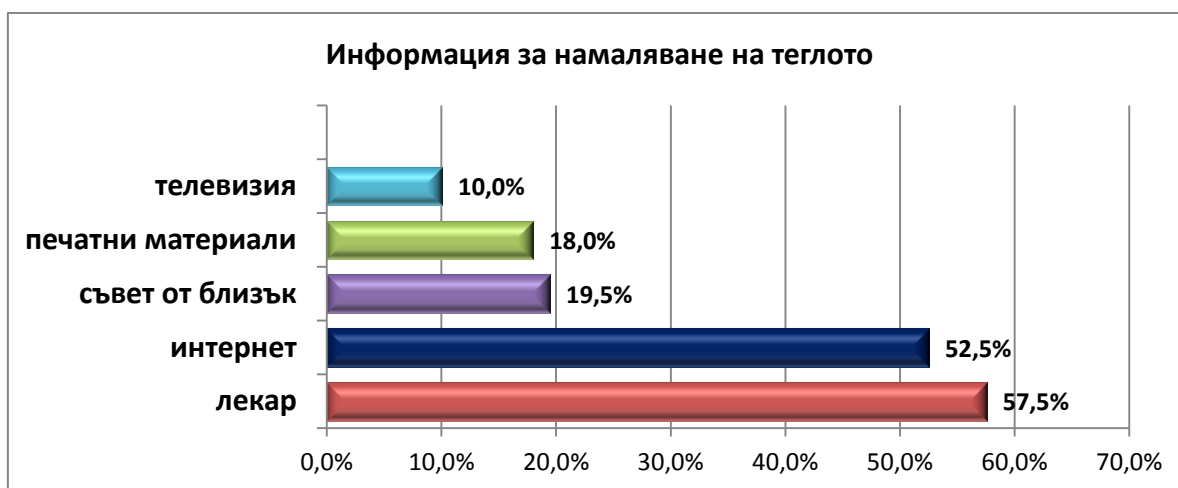
На въпроса: *Кои от изброените източници използвате относно информация за отказ от тютюнопушене?* - **61,9%** от респондентите посочват **лекар**. **Интернет** е поставен на второ място - **46,0%**, **съвет от близък** е два пъти по-рядко използван от интернет - **23,4%**, следван от **печатните материали** - **13,9%**. **Телевизията** е много рядко използван източник относно информация за отказ от тютюнопушене – **9,5%** (Фиг. 80).



Фигура 80. Използвани източници за информация относно отказ от тютюнопушене при население на възраст над 20 години

Националното проучване на факторите на риска - 2014 г., показва, че 33.3% оценяват теглото си като наднормено, а диетичен режим, препоръчван от лекар, съблюдават 11.2% от лицата на възраст над 20 години. Диета по собствено желание спазват около 20.8% от възрастните, като най-висок е относителният дял на жените на възраст 20-59 години, спазващи диета (28.8%). С най-голям авторитет по отношение на информация за намаляване на теглото се ползват личните лекари, на второ място са членовете на семейството (16%) (9).

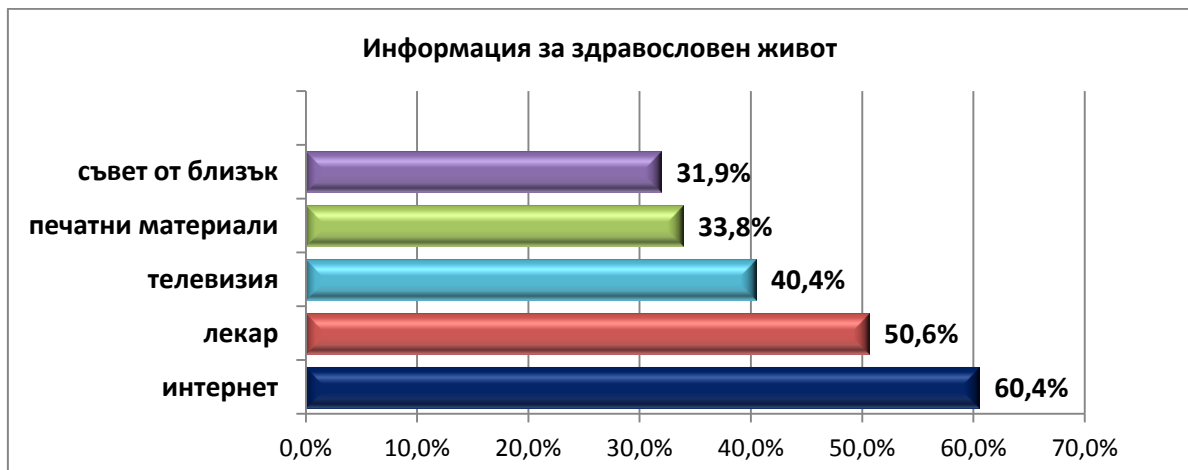
Нашето изследване показва, че най-търсени източници за информация относно намаляване на теглото са **лекар и интернет**, посочени с близки проценти – с лек превес на лекар - **57,5%** пред интернет - **52,5%**. **Съвет от близък и печатни материали**, макар и по-рядко посочвани, също са почти еднакво използвани като източници за информация за намаляване на тегло, съответно: **съвет от близък - 19,5%** и **печатни материали – 18,0%**. **Телевизията** е сравнително рядко използван източник за информация за намаляване на тегло – **10%** (Фиг. 81).



Фигура 81. Източници за информация относно намаляване на теглото при население на възраст над 20 години

Националното изследване на факторите за риска - 2014 г., установява промени в поведението за здраве на изследваните лица през последната година. Всеки седми е увеличил физическата си активност и спазва диета за намаляване на теглото; над 40.0% от анкетираните са увеличили консумацията на зеленчуци; всеки втори е намалил консумацията на мазнини; всеки трети е намалил консумацията на захар и сол; всеки шести е намалил употребата на алкохол; всеки 10-ти е намалил количеството изпушени цигари. Тези промени са по-изразени сред живеещите в градовете, най-вероятно поради по-широката достъпност до източници за информация. Предпочитани източници за здравна информация от анкетираните са: разговор с лекар – за 50.5%; телевизия – за всеки трети и интернет – за всеки четвърти (4).

Изследването през 2016-2017 г. показва, че масовите комуникационни канали – интернет, телевизия и печатни материали, имат най-висока честота на използване при търсене на информация за здравословен начин на живот. Тук, за разлика от горните въпроси, **интернет е посочен като най-често използваният източник за здравна информация (60,4%),** като измества лекарите (50,6%). **Телевизията също е с най-висок процент на използване при търсене на информация за здравословен начин на живот,** в сравнение с другите здравни теми, и е трети източник за информация – **40,4%.** **Печатните материали** също са най-често използвани за търсене на информация за здравословен начин на живот, посочени от **33,8%** от респондентите, следвани от **съвет от близък** - 31,9%, поставен на последно място (Фиг. 82).



Фигура 82. Източници за информация за здравословен начин на живот при население на възраст над 20 години

ИЗВОДИ

Проведените емпирични изследвания показват:

1. Има съществени различия при избор на канал за здравна информация сред отделните социално-демографски сегменти на населението на възраст 20+ години.
2. **Лекарите** са най-често използван източник за здравна информация - **84,8%**, като се наблюдават съществени различия по възрастови групи, семейно положение, образование и трудова заетост.
 - Най-нисък е относителният дял на респондентите от възрастовата група 20-29 г. (**60,0%**), със статистически значима разлика по пол – съответно 66,7% - жени и 55% - мъже ($p<0,05$). Най-висок е относителният дял при респондентите от възрастовата група 60+ (**97,4%**) ($p<0,001$).
 - Респондентите с *основно образование* имат най-висок процент на използване на лекарите като източник на здравна информация - **90,2%** (при среден за цялата извадка 84,8%), а тези със *средно* – най-нисък - **79,7%** ($p<0,05$).
 - Разбираемо, респондентите с трудова заетост – *пенсионер* имат най-висок относителен дял в използването на лекарите за здравна информация – 97,9%, а учащите – най-нисък - 58,5% ($p<0,001$).
3. Различията в предпочитанията на отделните социално-демографски групи относно източниците за здравна информация са по-ясно изразени при каналите за масова информация.
4. **Интернет** е на второ място по честота на употреба за здравна информация – **48,4%**, като се наблюдава статистически значима разлика по пол. **Относителният дял на жените (54,1%) е по-висок от този на мъжете - 39,6% ($p<0,05$).** Интернет, като цяло, е най-предпочитан източник за здравна информация от масовите комуникационни канали. Тук отново се наблюдават съществени различия по възраст, образование, семейно положение, трудова заетост. Тенденцията е с намаляване на възрастта и повишаване на образованието да расте използването на тази медия като канал за здравна информация.

- Респондентите от възрастовата група 20-29 г. са с най-висок процент на използване на интернет за здравна информация - **80,6%**, а тези от възрастовата група 60+ - с най-нисък – **14,8%** ($p < 0,001$). Статистически значима разлика има между групата 20-29 г. и останалите възрастови групи. **Във възрастовата група 20-29 г. се констатира, че респондентите посочват интернет като най-често използван източник за здравна информация (80,6%), като този канал вече измества лекарите (60%).**
 - По образование **най-висока е употребата на интернет от хората с висше образование (58,5%), следвани от тези със средно образование (44,%)** и най-ниска – при тези с основно (3,1%) и без образование (2,4%) ($p < 0,001$).
 - **Учащите /студенти/ показват най-висока употреба на интернет – 84%, като го поставят пред лекарите като канал за здравна информация,** а пенсионерите – най-ниска - 8,4% ($p < 0,001$). Безработните-нетрудоспособни не посочват, че използват интернет за здравна информация.
 - **Неженените/неомъжени** са с най-висок дял на използване на интернет – **72,2%, като тази група поставя интернет пред лекарите като канал за здравна информация,** а **вдовец/ вдовица** - с най-нисък – **10%%** ($p < 0,001$).
5. На трето място, за цялата извадка, е посочен **съвет от близък (40,5%)**. Тук се наблюдава статистически значима разлика в използването на този канал по възраст, образование, трудова заетост и семейно положение.
- Респондентите от възрастовата група **20-29** г. са с най-висок процент на използване на близък човек за здравна информация - **52,5%**, а тези от възрастовата група 40-49 г. - с най-нисък – **33,6%** ($p < 0,001$).
 - Респондентите със **средно образование** най-често използват **съвет от близък – 44,4%,** за здравна информация, следвани от **висшистите – 41,1%,** а тези с **основно образование** – най-рядко – **17,1%** ($p < 0,001$).

- Групата **неженен/неомъжена** най-често използват *съвет от близък* за здравна информация – **47,2%**, следвани от *женен/омъжена* - 39,6%, а групата *разделени/разведени* – най-рядко **29,7%** ($p < 0,05$).
 - Респондентите в *отпуск по майчинство* - **50%** и *учащите* - **48,1%** показват най-висок процент на използване на близък човек като източник за здравна информация, а *безработните* – най-нисък – 22,3% ($p < 0,05$).
- 6. Телевизията** е поставена на четвърто място като канал за здравна информация – **28,2%**, с незначима разлика по пол. Тук се наблюдава обратна тенденция в сравнение с интернет – с повишаване на възрастта и понижаване на образованието нараства използването на този канал като източник за здравна информация.
- Най-ниско е използването на телевизията за здравна информация при най-младата възрастова група **20-29 години** - 23,1% и най-високо – при най-възрастната – над 60 години - 33,5% ($p < 0,05$).
 - Респондентите с **висше образование** използват най-рядко телевизията за здравна информация – 27,5%, а тези с **основно** – най-често – 33% ($p > 0,05$).
 - По отношение на трудовата заетост телевизията е най-често използван масов канал за здравна информация от респондентите в *отпуск по майчинство* - **42%**, следвани от групата на *пенсионерите* – **38,3%**. Най-нисък интерес към телевизията като източник за здравна информация имат *учащите* – 21,0% ($p < 0,001$).
- 7. Печатните материали** са поставени на последно място - 24,0%, като отстъпват значително от интернет като канал за здравна информация. Тук се наблюдава статистически значима разлика по пол, образование и трудова заетост.
- Печатните материали са по-често използван канал за здравна информация от жените - 27,5%, отколкото от мъжете - 19,8 ($p < 0,05$).

- Хората с **висше образование имат най-висок интерес към печатните материали – 29,4%**, а тези с основно и без образование – почти не ги използват – 6,5% и 0% ($p < 0,001$).
- **Учащите са с най-висок относителен дял на използване на печатните материали - 29,5%**, следвани от служителите на **недържавна служба и тези в отпуск по майчинство**, съответно 28,5% и 25,0%. Най-нисък е интересът при групата **домакиня** – 9% ($p < 0,05$) и **безработните, неработоспособни** – 0%.

8. Констатира се значителна разлика при използването на комуникационни канали за здравна информация в зависимост от нуждите на аудиторията.

При търсенето на информация за заболявания и зависимости най-използваният източник са лекарите – съответно над 95% и над 62%. Масовите комуникационни канали сравнително рядко се използват, с изключение на **интернет**, който се налага като най-често предпочитан източник относно **информация за зависимости - 44,7%**, **отказ от тютюнопушене – 46%**, **хронични заболявания - 30,2%** и **високо кръвно налягане -21,8%**. Интернет е най-често използваният масов канал за информация за намаляване на теглото – **52,5%**, с близък процент до лекарите -57,5%.

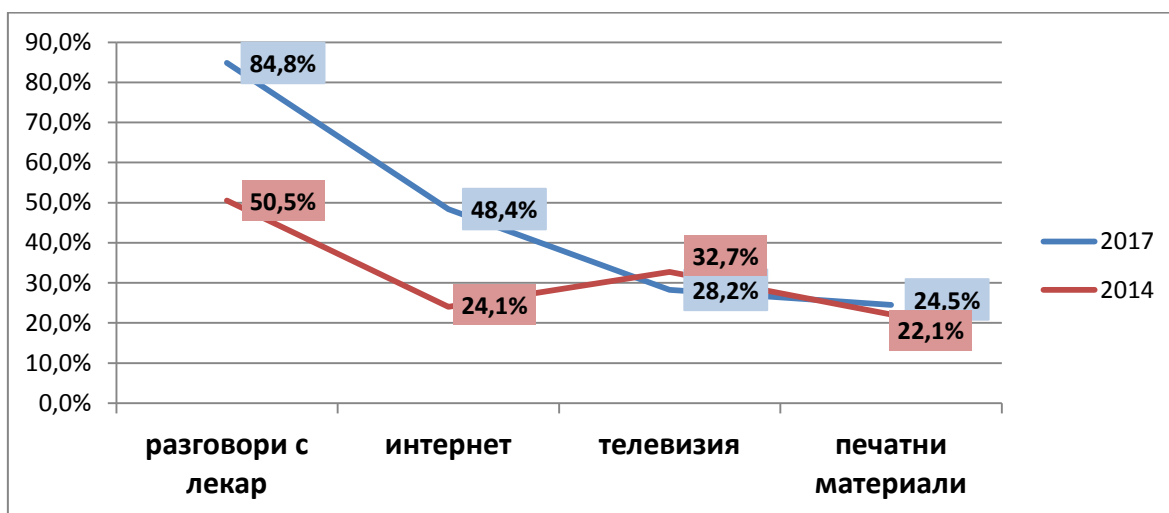
Относно търсене на информация за здравословен начин на живот се наблюдава обратна тенденция – висок процент на използване на масовите комуникационни канали. Интернет е най-често използваният комуникационен канал – **60,4%**, като измества лекарите – **50,6%**. Следва телевизията – **40,4%** и печатните материали – **33,8%**.

Следователно използването на един комуникационен микс, включващ интернет, телевизия и печатни материали, при интервенции за здравословен начин на живот, би допринесло за ефективността на кампаниите, насочени към промоция на здраве.

3.4. СРАВНИТЕЛЕН АНАЛИЗ НА РЕЗУЛТАТИТЕ ОТ ДВЕТЕ ПРОУЧВАНИЯ

Редица изследвания в САЩ и Европа, проведени в динамика, показват рязко увеличаване на употребата на интернет като канал за здравна информация в последните години, като най-висока е употребата сред населението до 45 години.

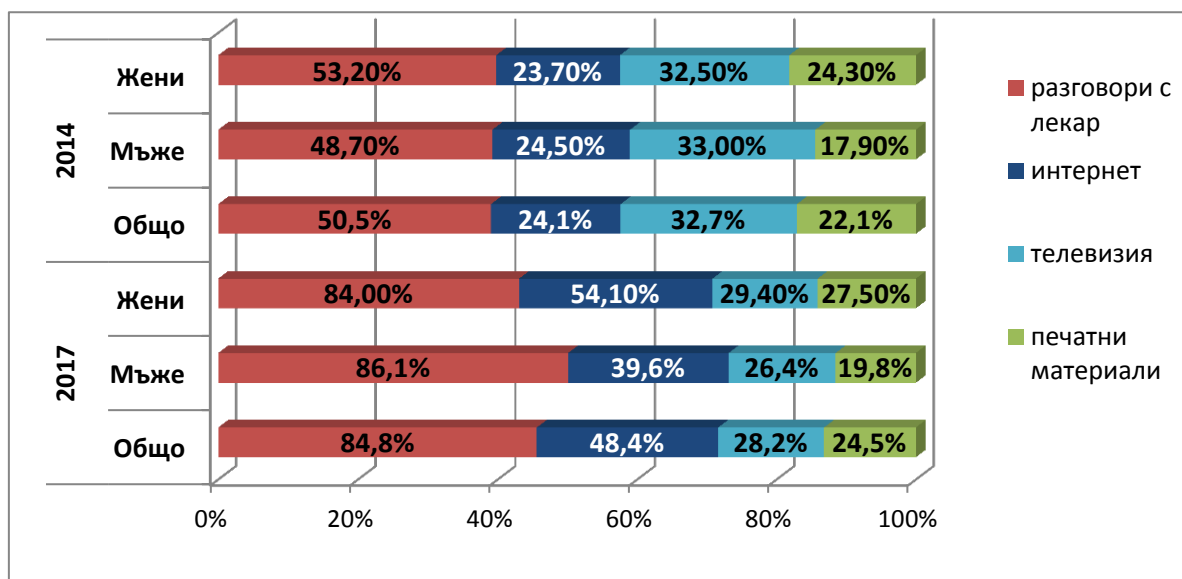
Сравнителният анализ на двете проучвания (през 2014 и 2016-2017 г.) показва съществени различия при използването на комуникационните канали лекар и интернет, като тенденцията е увеличаване на употребата им за здравна информация през 2016-2017 г. спрямо 2014 г. Второто проучване показва **изместване на телевизията от интернет като най-често използван източник за здравна информация сред масовите комуникационни канали**, средно за цялата извадка, като относителният дял на използване на телевизията се запазва - както през 2014 г. Печатните материали са поставени на последно място като източник за здравна информация, без съществена разлика в относителните дялове на респондентите при двете изследвания (Фиг.83).



Фигура 83. Тенденции в използването на канали за здравна информация – 2014 - 2016-2017 г., общо за двете извадки

3.4.1. ТЕНДЕНЦИИ В ИЗПОЛЗВАНЕТО НА КАНАЛИ ЗА ЗДРАВНА ИНФОРМАЦИЯ ПО ПОЛ И ВЪЗРАСТОВИ ГРУПИ 2014 – 2016-2017 г.

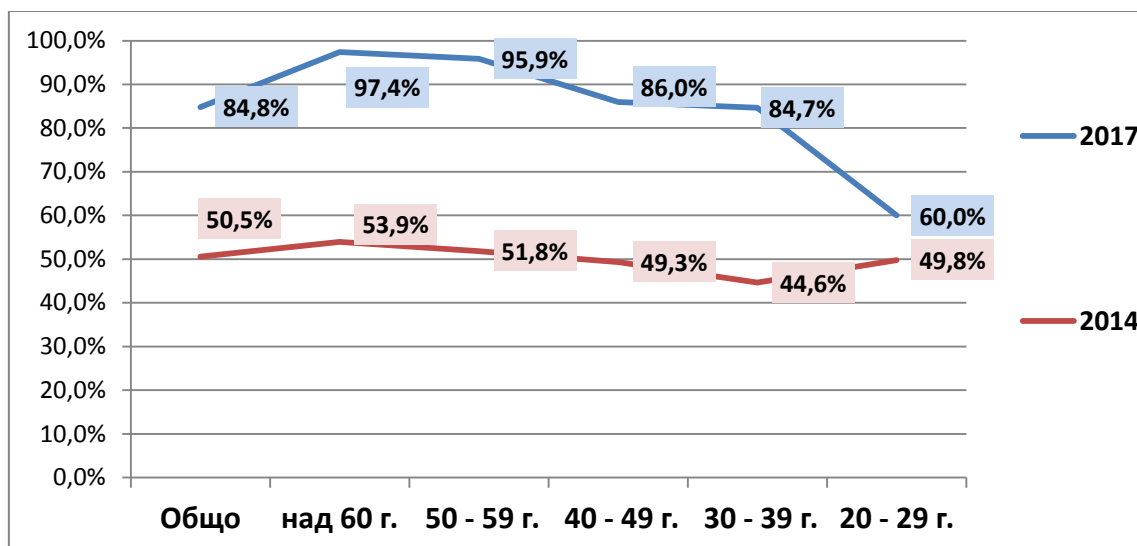
Сравнителният анализ по пол показва, че няма статистически значима разлика в относителните дялове на мъжете и жените по отношение използването на **лекарите** като канал за здравна информация и при двете проучвания ($p > 0,05$). При използването на **интернет** се наблюдава значително нарастване на дела на жените. Ако при изследването през 2014 г. мъжете показват по-голям интерес към интернет като канал за здравна информация, макар и с незначителна разлика (мъже - 24,5%; жени - 23,7%) ($p > 0,05$), то при второто изследване се **наблюдава по-честа употреба на интернет като източник за здравна информация от жените, отколкото от мъжете** (мъже - 39,6%; жени - 48,4%), като прилагането на Z-тест показва статистически значима разлика ($p < 0,05$). Подобна тенденция съобщава Вуйновска-Fedak в изследване, базирано на 3 национални проучвания за употребата на интернет за здравна информация сред полското население над 15 години – 2005-2007-2012 г. (230). При използването на **телевизията** за здравна информация не се наблюдава статистически значима разлика по пол и в двете изследвания. Относно **печатните материали** и двете изследвания показват, че **те са по-често използван източник за здравна информация от жените, отколкото от мъжете**, като разликата в относителните дялове е статистически значима ($p < 0,001$) (Фиг. 84).



Фигура 84. Тенденции при използването на канали за здравна информация - 2014-2017 г. - по пол

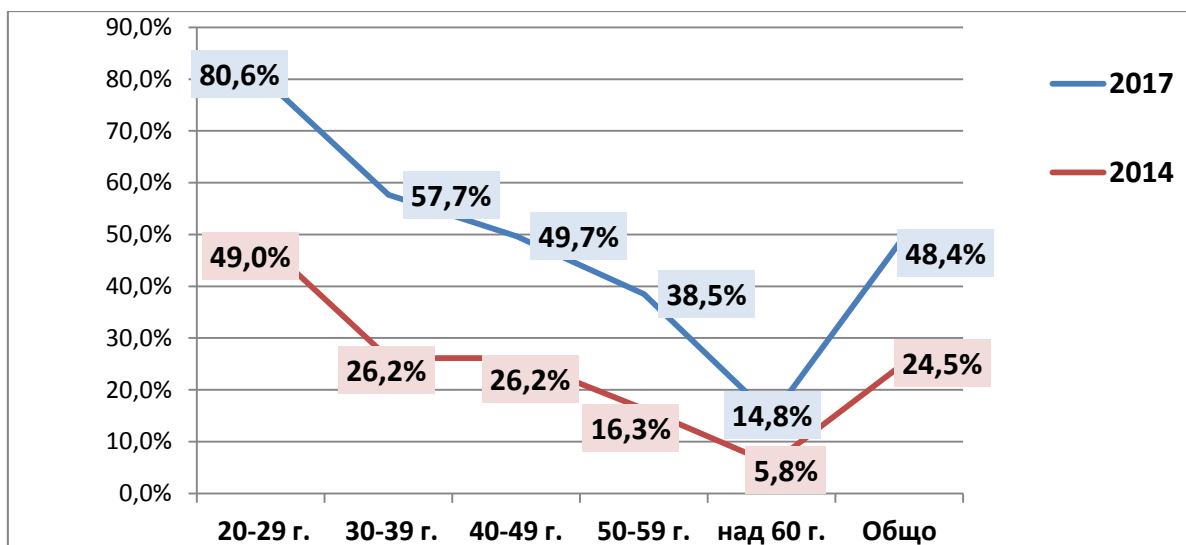
Констатира се значително увеличение на относителния дял на респондентите, посочили **лекар**, като източник за здравна информация ($p < 0,001$), при второто проучване - 2016-2017 г., в сравнение с проучването през 2014 г., при всички възрастови групи. Този значителен ръст би могъл да се обясни донякъде с големия дял (59%) респонденти – пациенти на лекари, включени във второто изследване, които на случаен принцип са попълвали анкетната карта пред кабинетите на лекари. Това се доказва и от приложения Z тест, който показва статистически значима разлика между относителния дял на респондентите - пациенти, посочили лекар, като източник на здравна информация (97%) и останалите респонденти (62%) в рамките на второто проучване ($p < 0,001$).

При второто проучване се наблюдава и статистически значима разлика в предпочитанията към лекарите като източник за здравна информация между най-младата група **20-29 г.** и останалите възрастови групи ($p < 0,001$). **Най-младата група показва най-нисък процент на използване на лекарите като канал за здравна информация – 60,0%**, спрямо останалите възрастови групи. **При тази група интернет измества лекарите, като най-често предпочитан източник за здравна информация.** Същата констатация за групата 20-29 г. бе направена и при проучването през 2014 г., но само при мъжете (Фиг.85).



Фигура 85. Тенденции при използването на лекар като канал за здравна информация- 2014 - 2017 г. - по възрастови групи

По отношение на **интернет** се наблюдава съществено увеличение на употребата му за здравна информация през 2016-2017 г. (48,4%), спрямо изследването през 2014 г. (24,1%), при всички възрастови групи ($p < 0,001$). Ако през 2014 г. телевизията е най-често предпочитан масов комуникационен канал, общо за цялата извадка, то при второто проучване тя е изместена категорично от интернет. Изключение прави групата над 60 г., при която телевизията остава най-предпочитан масов канал. Тук трябва да се отчете, че при второто изследване не е включено населението в селата, където употребата на интернет е два пъти по-ниска от тази в градовете, както показва първото проучване през 2014 г. Степента на предпочитане на този канал по възрастови групи е идентична с тази, констатирана през 2014 г. С увеличаване на възрастта, намалява употребата на интернет за здравна информация, като най-висока е употребата при респондентите от 20 до 49 години. **Възrastовата група 20-29 г. отново е с най-висок относителен дял – 80,6% и показва статистически значима разлика в предпочитанията си към интернет като източник за здравна информация спрямо останалите възрастови групи ($p < 0,001$).** Тази група поставя интернет като най-често предпочитан източник за здравна информация, измествайки лекарите. Следват възрастните групи 30-39 г. - 57,7% и 40-49 г. – 49,7%, които показват по-висока, от средната за цялата извадка, употреба на интернет. Тенденцията при употребата на интернет за здравна информация е представена на фигура 86.

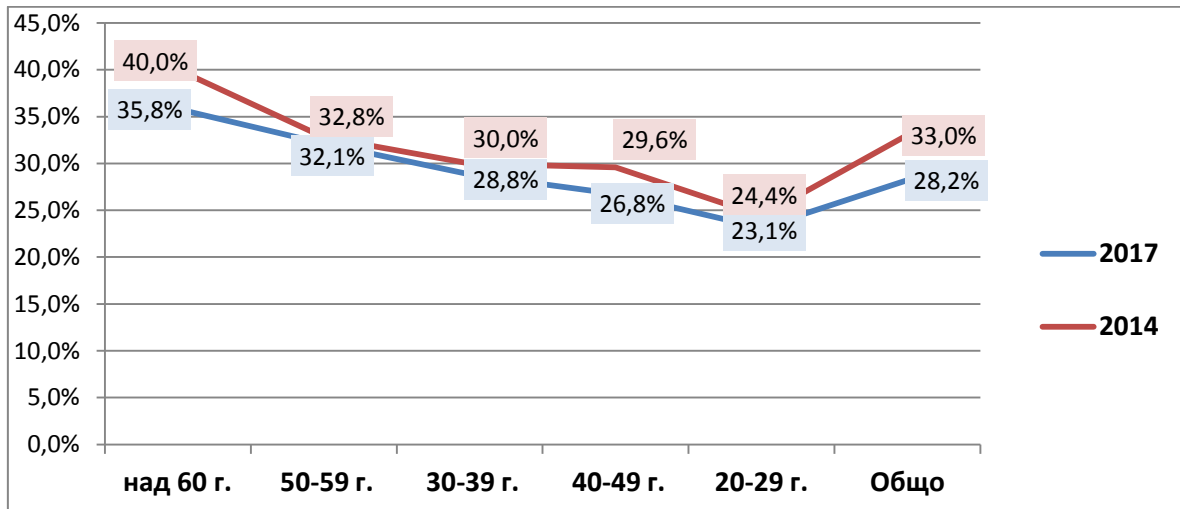


Фигура 86. Тенденции в употребата на интернет за здравна информация – 2014 - 2017 г. - по възрастови групи

Резултатите от сравнителния анализ за тенденциите в употребата на интернет кореспондират с данните от изследване в Полша, публикувано през 2015 г., относно използването на интернет за търсене на здравна информация, което показва значително нарастване на употребата му (41.7% през 2005г., 53.3% - 2007 г. и 66.7% през 2012 г.) и превръщането му във важен източник за здравна информация за над половината от населението, изпреварвайки традиционните медии - телевизията, печатните материали и др. Въпреки че основните потребители са младите хора, се наблюдава голям потенциал за повишаване на употребата му и сред по-възрастните групи (230). Подобна ситуация за Дания, Германия, Гърция, Латвия, Норвегия и Португалия е съобщена от Kummervold et al. (242). Те докладват за увеличение на употребата на интернет за здравна информация във всичките страни – от 43,9% през 2005, на 52,5% през 2007 г., в рамките на 18 месеца, като младите жени са най-активни потребители.

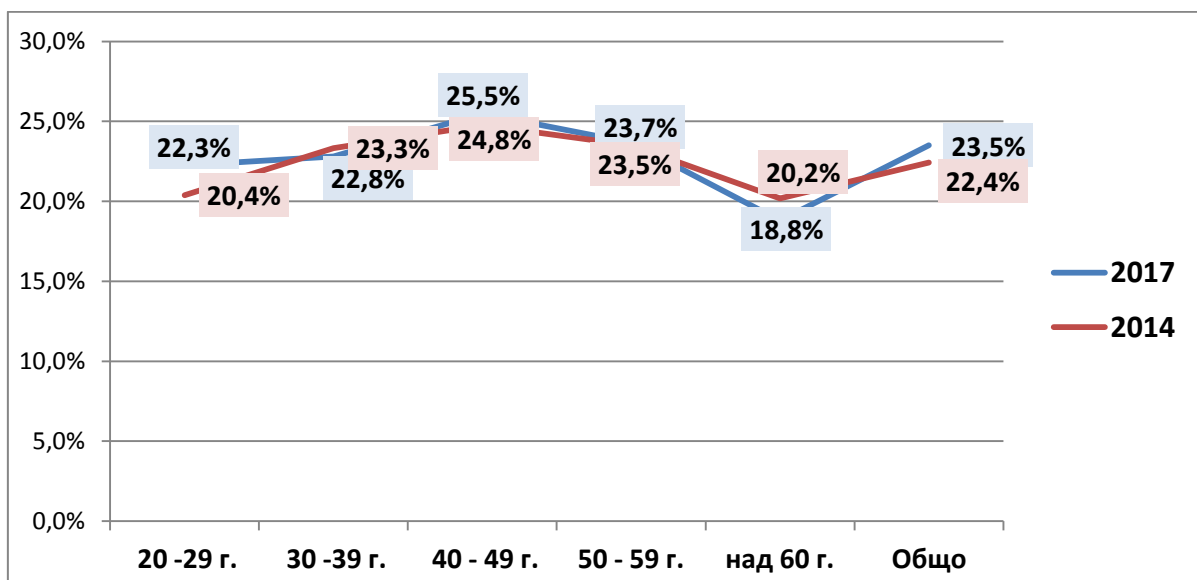
По отношение на телевизията и печатните материали не се наблюдава статистически значимо различие в използването им като източници за здравна информация при двете изследвания ($p > 0,05$).

Лекият спад в употребата на телевизията за здравна информация при второто проучване би могъл да се обясни с изключването на населението, живеещо в селата, при изследването през 2016-2017 г., фактор, който, както показва изследването през 2014 г., повишава употребата на телевизията като канал за здравна информация. Тук отново се наблюдава същото разпределение по възраст както при изследването през 2014. При телевизията, за разлика от интернет, с увеличаване на възрастта се увеличава и употребата ѝ като източник за здравна информация, като отново /както през 2014 г./ **най-рядко е използвана от най-младата възрастова група – 20-29 г. - 23,1%** и основен масов канал за здравна информация за населението над **60 години – 35,0% ($p < 0,05$)**, (Фиг. 87).



Фигура 87. Тенденции в използването на телевизията за здравна информация - 2014 и 2016-2017 г., по възрастови групи

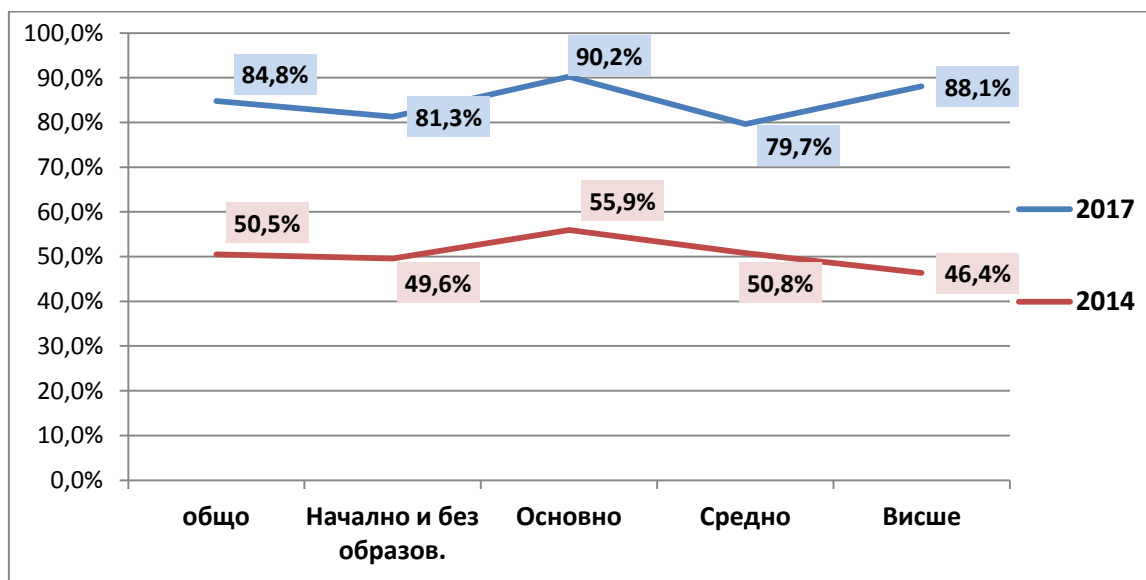
При употребата на **печатните материали** като източник за здравна информация при двете изследвания се наблюдава идентично разпределение по възраст. Най-младата и най-възрастната група имат най-ниско предпочитание към този канал, а групата 40-49 г. – най-високо, без статистически значимо различие при двете изследвания (Фиг. 88).



Фигура 88. Тенденции в използването на печатните материали за здравна информация – 2014 г. -2017 г., по възрастови групи

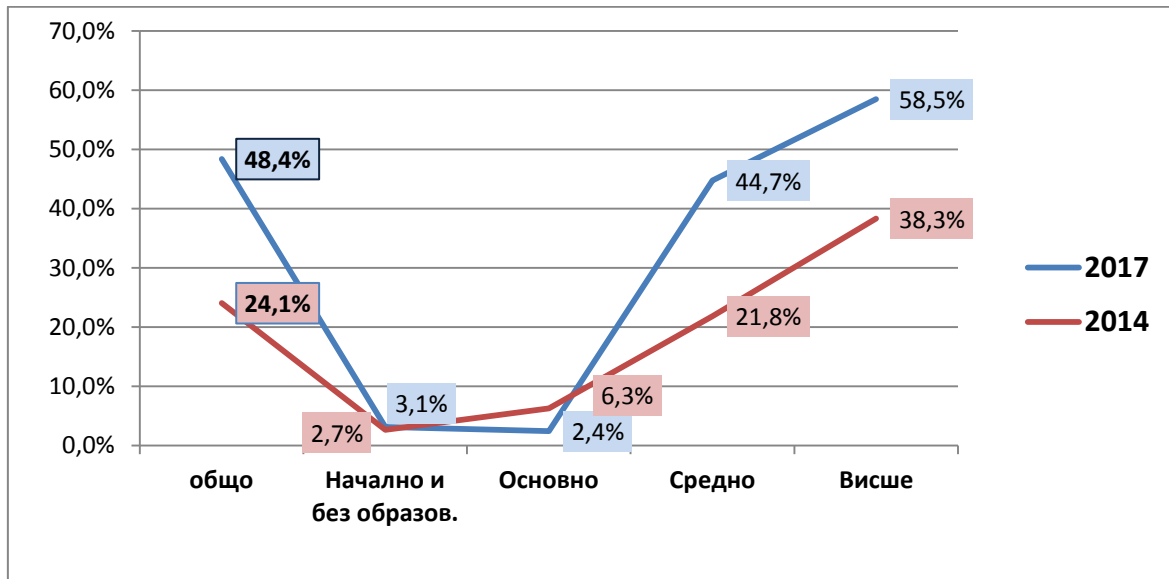
3.4.2. ТЕНДЕНЦИИ В ИЗПОЛЗВАНЕТО НА КОМУНИКАЦИОННИ КАНАЛИ ЗА ЗДРАВНА ИНФОРМАЦИЯ 2014 – 2016-2017 Г., ПО ОБРАЗОВАНИЕ

При всички образователни групи се наблюдава увеличение на относителните дялове на посочилите **лекар**, като източник за здравна информация. И при двете изследвания се наблюдава статистически значима разлика в предпочитанията между две групи по образование. При второто проучване групата със *средно образование* показва най-нисък процент на предпочитане – 79,7%, а групата с *основно образование* – най-висок – 90,2% ($p < 0,05$). При проучването през 2014 г. също групата с *основно образование* има най-висок процент на предпочитане към лекарите – 56%, но най-нисък процент показва групата с *висше образование* – 46,4% ($p < 0,001$) (Фиг. 89).



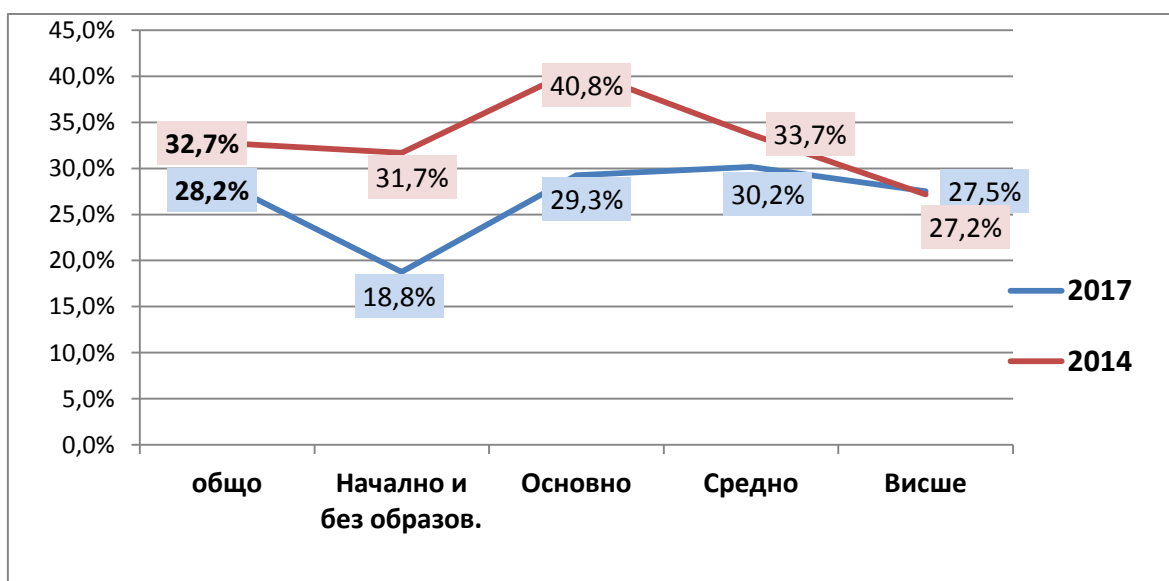
Фигура 89. Тенденции в използването на лекар като канал за здравна информация 2014 – 2016-2017 г., по образование

При използването на **интернет** за здравна информация сред сегментите по образование се наблюдава статистически значимо увеличение при групите със *средно и висше образование* ($p < 0,001$) през 2017, спрямо 2014 г. (средно образование: 2014 -21,8%, 2017 - 44,7%; висше - 2014 -38,3%, 2017 - 58,5%). При групите с *основно образование* и *начално и без образование* не се наблюдава статистически значима разлика в относителните дялове през 2017 г., спрямо 2014 г. при употребата на интернет за здравна информация ($p > 0,05$) (Фиг. 90).



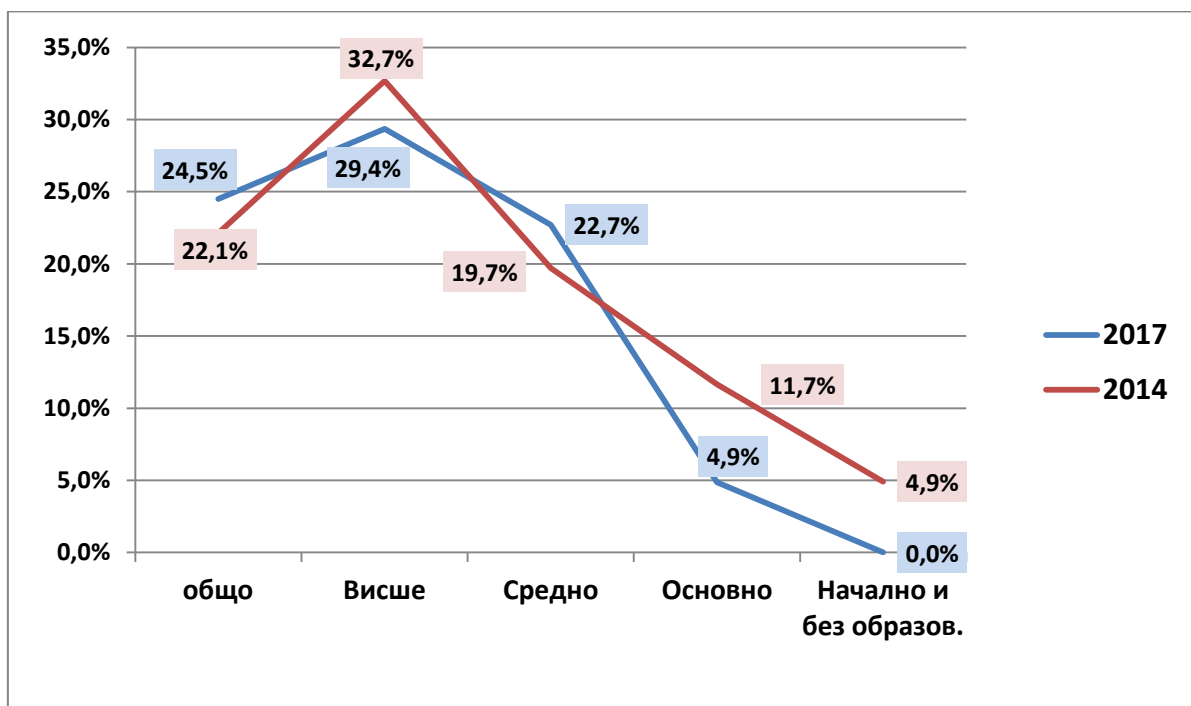
Фигура 90. Тенденции в използването на интернет като канал за здравна информация 2014 – 2016-2017 г., по образование

При употребата на **телевизията** като канал за здравна информация не се наблюдава съществена разлика при двете изследвания по образование – общо. Спадът в използването ѝ за здравна информация при групите с *основно и начално и без образование* през 2017 г. би могъл да се обясни с изключването на населението от селата, като няма статистически значима разлика в сравнение с 2014 г. ($p > 0,05$) (Фигура 91).



Фигура 91. Тенденции в използването на телевизията като канал за здравна информация 2014 – 2016-2017 г., по образование

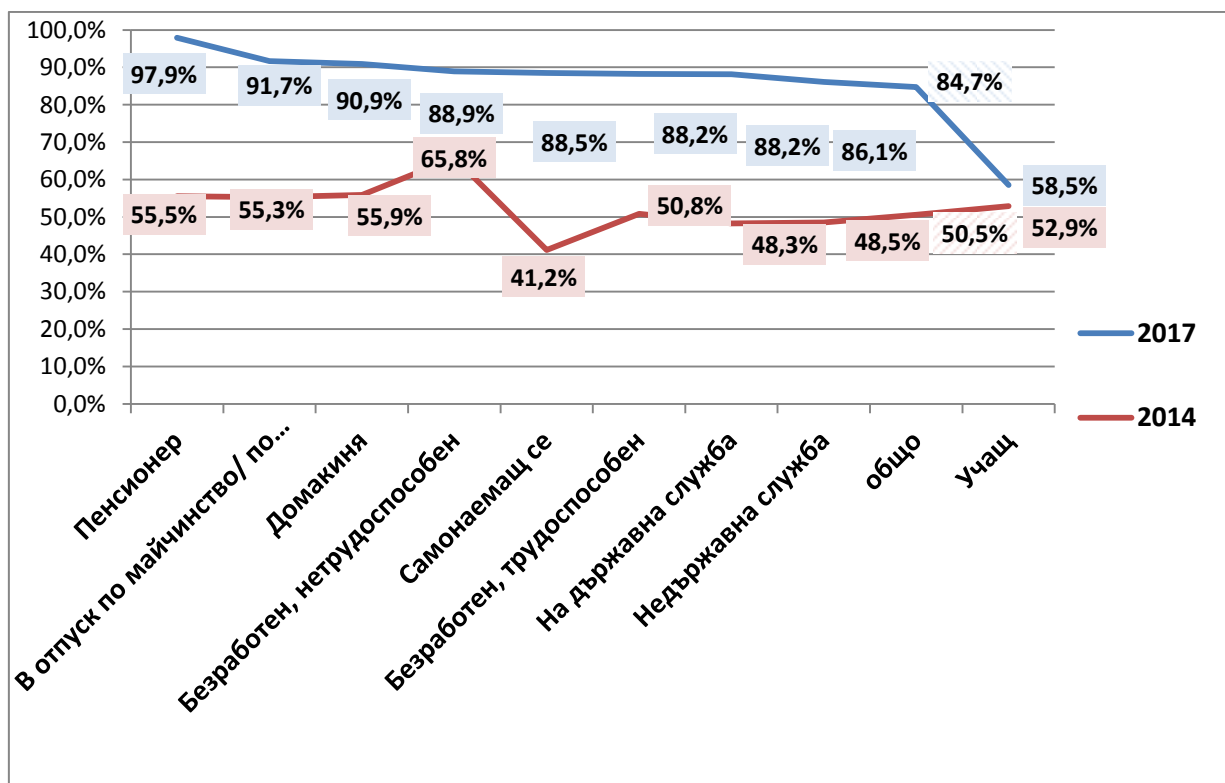
При **печатните материали**, подобно на телевизията, не се наблюдава статистически значима разлика в употребата им за здравна информация при двете изследвания – общо за целите извадки. През 2017 г. се наблюдава спад в употребата им при респондентите с *основно образование*, а тези с *начално и без образование* не са посочили печатни материали, като източници за здравна информация. И при двете проучвания *висшистите* показват най-висок процент на използване на печатни материали, следвани от хората със *средно образование* (Фиг. 92), за разликата от нискообразованите респондентите, които много рядко или въобще не използват печатни материали за здравна информация ($p < 0,001$).



Фигура 92. Тенденции в използването на печатни материали за здравна информация 2014 – 2016-2017 г., по образование

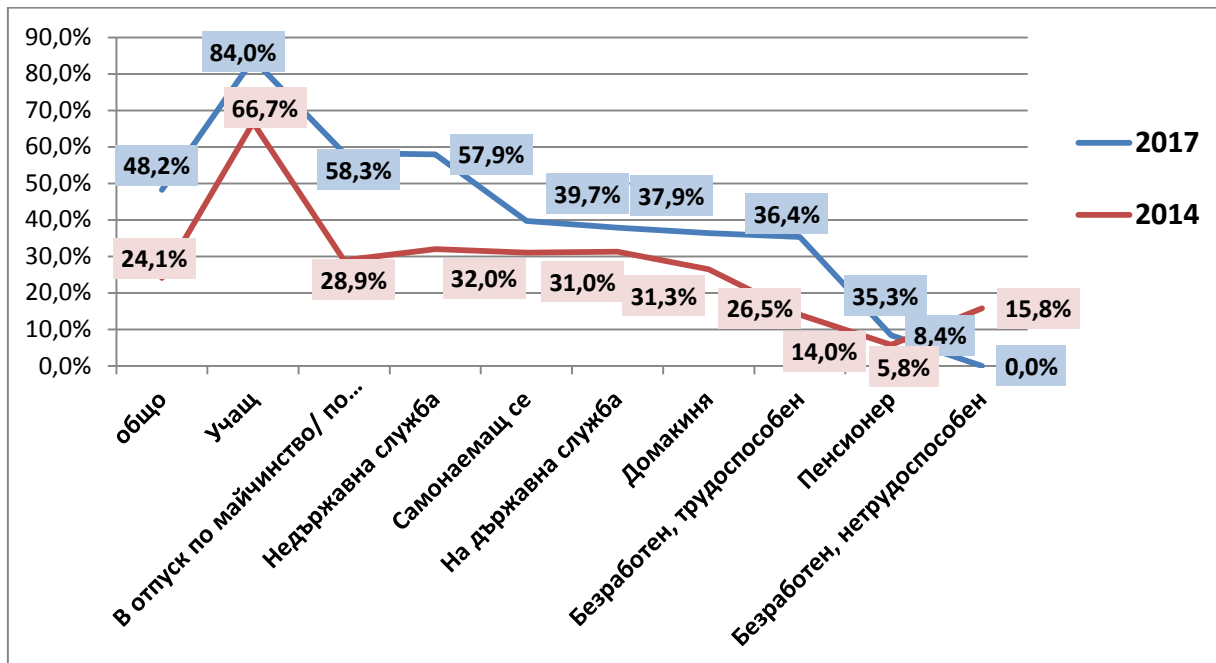
3.4.3. ТЕНДЕНЦИИ В ИЗПОЛЗВАНЕТО НА КОМУНИКАЦИОННИ КАНАЛИ ЗА ЗДРАВНА ИНФОРМАЦИЯ 2014 – 2016-2017 Г., ПО ТРУДОВА ЗАЕТОСТ

При всички групи по трудова заетост, с изключение на учащите, се наблюдава статистически значим ръст на предпочитанията към **лекарите** като канал за здравна информация ($p < 0,001$) при проучването през 2016-2017 г., спрямо 2014 г. Групата на *учащите* показва значително по-рядко използване на лекарите, в сравнение с останалите групи ($p < 0,001$), като при нея се наблюдава незначителен ръст през 2017 г., спрямо 2014 г. (53% -2014 г. и 58,5% - 2016-2017 г.) ($p > 0,05$). Тази група поставя лекарите на второ място, след интернет, като канал за здравна информация, факт, който бе констатиран и при проучването през 2014 г. Отново, както през 2014 г., групите: *пенсионер, в отпуск по майчинство и домакиня*, са с най-висок относителен дял на използване на лекарите за здравна информация (Фиг. 93).



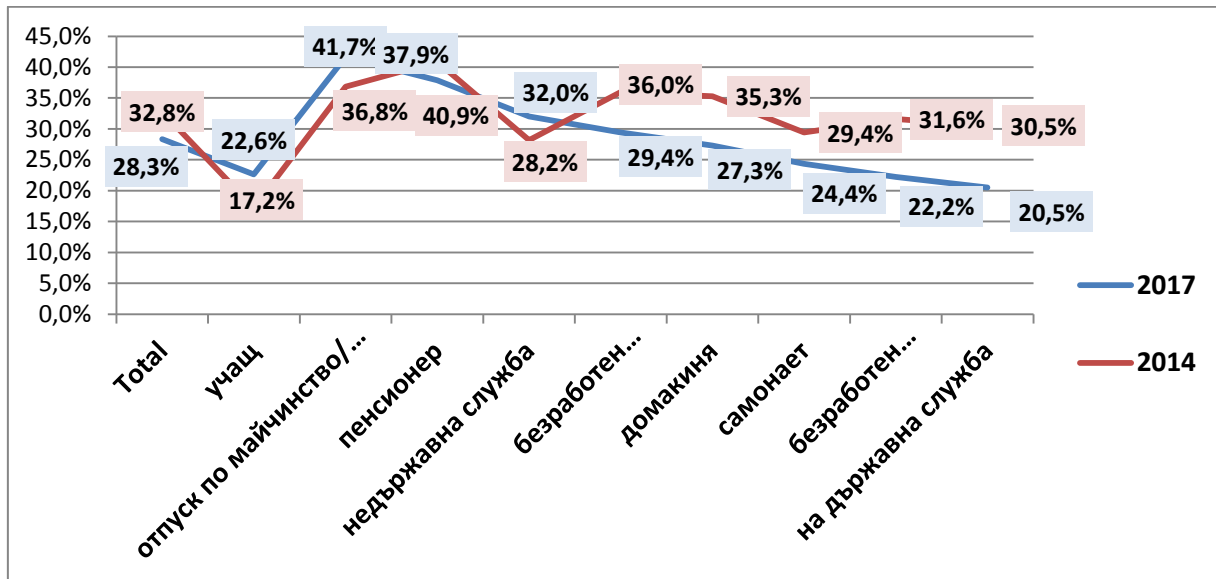
Фигура 93. Тенденции в използването на лекар за здравна информация 2014 – 2016-2017 г., по трудова заетост

Наблюдава се статистически значимо нарастване в използването на **интернет** за здравна информация, общо за целия сегмент по трудова заетост ($p < 0,001$) при второто изследване. Изключение прави групата *безработен, нетрудоспособен*, която, за разлика от 2014 г., през 2017 г. не посочва, че използва интернет за здравна информация. Най-значимо е увеличението на употребата на интернет за здравна информация при групите *учащи* ($p < 0,001$), *в отпуск по майчинство* и *недържавна служба* ($p < 0,001$). Потвърждава се отново наблюдаваната през 2014 г. тенденция *учащите* да са най-честите потребители на интернет за здравна информация, като при тази група интернет измества лекарите като по-често предпочитан източник на информация за здравето (Фиг. 94).



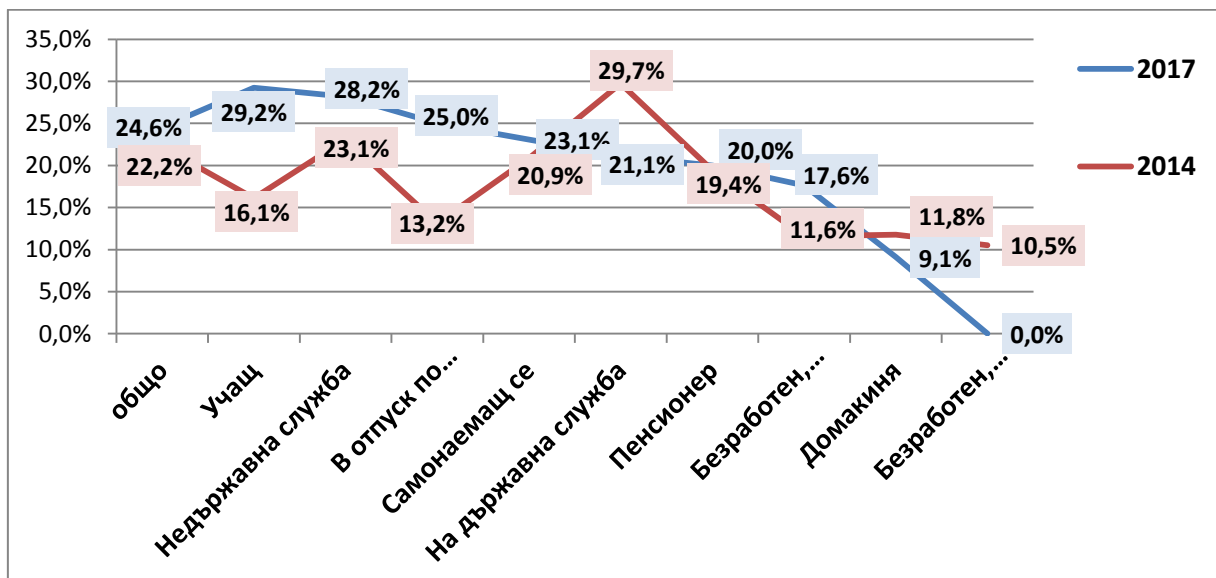
Фигура 94. Тенденции в използването на интернет за здравна информация 2014 – 2016-2017 г., по трудова заетост

При употребата на **телевизията** за здравна информация, не се наблюдава статистически значима разлика в резултатите на групите по трудова заетост, общо, при двете изследвания ($p > 0,05$) (Фигура 95).



Фигура 95. Тенденции в използването на телевизията като канал за здравна информация 2014 – 2016-2017 г., по трудова заетост

Сравнителният анализ на употребата на **печатните материали** за здравна информация не показва статистически значима разлика в относителните дялове на групите по трудова заетост, като цяло, при двете проучвания. ($p > 0,05$) (Фиг. 96) .



Фигура 96. Тенденции в използването на печатни материали, като канал за здравна информация 2014 – 2016-2017 г., по трудова заетост

IV. ЗАКЛЮЧЕНИЕ, ИЗВОДИ, ПРЕПОРЪКИ И ПРИНОСИ

Здравната комуникация е неразделна част от дейностите за промоция на здраве и превенция на болестите. Независимо от различните подходи за планиране на здравните комуникации, които много автори посочват, принципите, които стоят в основата са едни и същи. Едни от основните етапи в процеса на планиране са изучаване на целевата аудитория и избор на комуникационни канали. Принципите на социалния маркетинг, залегнали в основата на сегментацията на аудиторията, дават основа за ефективни интервенции в областта на общественото здраве. Сегментацията на аудиторията дава възможност да се определят групи със сходни характеристики, които реагират по подобен начин и имат общи медийни предпочитания, така че здравното послание да бъде проектирано и насочено по подходящ канал, за да се постигне максимален ефект. Внимателната селекция на комуникационните канали е фундаментът за успешна комуникация. Бурното развитие на масовите комуникации оказва влияние върху комуникациите в областта на общественото здраве. Промените в медийната среда водят до промени в предпочитаните канали за здравна информация, което налага изследване на използваните канали от различните сегменти на населението.

ИЗВОДИ

1. Направените емпирични изследвания потвърждават хипотезата, че отделните социално-демографски сегменти имат различни предпочитания относно комуникационните канали за здравна информация, което налага сегментация на аудиторията при избор на канали за интервенции, насочени към промоция на здраве.
2. Потвърждава се хипотезата, че лекарите са основен източник за здравна информация на населението, с изключение на следните социално-демографски сегменти: *възрастова група 20-29 г. и учаци*, както и при търсене на *информация за здравословен начин на живот*, където интернет е по-често предпочитан източник от лекарите.
3. След лекарите близките хора са най-често предпочитан междуличностен канал за здравна информация - 40,5% и трети по ранг източник, след

интернет, като изместват телевизията и печатните материали, по-често използван от жените, отколкото от мъжете. Близките хора са най-често използван източник за здравна информация от следните сегменти: най-младата група 20-29 г. – 52,5%, *неженени/неомъжени* - 47,2%, *в отпуск по майчинство* -50% и *учащите* - 48,1%.

4. Констатира се тенденция на изместване на телевизията (28,2%) от интернет (48,2%) като източник за здравна информация, като не се наблюдава промяна в относителния дял на респондентите, които я използват. С нарастване на възрастта се повишава използването на телевизията за здравна информация, а с повишаване на образованието - намалява. Телевизията остава основен и най-предпочитан масов канал за здравна информация за *нискообразованите групи* – 33%, *хората над 60 години* - 33,5% и *жителите на малките населени места*. Висок е процентът на използване на телевизията за търсене на информация за *здравословен начин на живот* (40,4%) – втори източник, след интернет.
5. Изследването не показва промяна в използването на печатните материали през изследваните периоди, макар че те значително отстъпват пред интернет като източници за здравна информация. Те са най-често използван източник за здравна информация от следните сегменти: *хора с висше и средно образование, живеещи в градовете, предимно жени, учащи, служители, в отпуск по майчинство и пенсионери*. Печатните материали са най-често използвани за търсене на информация за *здравословен начин на живот* – 33,8%, *за намаляване на тегло* и *за хронични заболявания*.
6. Потвърждава се хипотезата, че интернет се налага като предпочитан масов комуникационен канал за здравна информация сред население на възраст 20-39 г. Установена е тенденция на рязко увеличаване на употребата на интернет при всички възрастови групи, като второто проучване показва повишаване на възрастта, в която той е най-често използван масов канал за здравна информация - до 59 години. Интернет е първи канал за здравна информация, като измества лекарите, при възрастовата група 20-29 г. и *при учащите*. Той е основен масов канал за получаване на здравна информация за *хората с висше и средно образование, живеещи в градовете, по-често жени, служителите и хората в отпуск по майчинство/бащинство*.

Интернет е най-често използван канал за търсене на информация за *здравословен начин на живот* – 60,4%, като измества лекарите – 50,6%.

7. Очертава се тенденция на увеличено използване на интернет за търсене на здравна информация за *хронични заболявания, високо кръвно налягане, намаляване на теллото, за зависимости и отказ от тютюнопушене*, както и налагането му като основен източник за търсене на *информация за здравословен начин на живот*. Това налага разработване на стратегии за използването му за целите на общественото здраве, а също и за образование на населението относно рисковете и търсене на достоверни източници в интернет.
8. Масовите комуникационни канали – *интернет, телевизия и печатни материали*, са най-използвани за търсене на информация за здравословен начин на живот. Използването на комуникационен микс от тези канали, наред с отчитане на медийните предпочитания на целевите аудитории, би повишило ефективността на интервенциите за промоция на здраве.
9. Бъдещи проучвания трябва да се насочат към изследване на комуникационните канали, които оказват влияние върху промяна на поведението за здраве; социалните медии като ресурс за разпространение на здравна информация; влиянието на информацията в интернет върху вземането на решения, свързани със здравето и дали продължава възходящата тенденция на използване на интернет за здравна информация.

ПРЕПОРЪКИ

1. Към МЗ:

При планиране на здравни кампании за промоция на здраве и превенция на болестите да се отчита висококонкурентната среда, в която се развиват традиционните медии и интернет. Да се използва потенциалът на интернет, с оглед по-ефективно използване на ресурсите и възможност за достигане до определени сегменти от аудиторията.

Да се предприемат действия за образование и информиране на населението относно използването на достоверни източници на информация в интернет, поради непрекъснатия растеж на аудиторията, която използва този канал за здравна информация.

Да се разработят критерии за оценяване на съдържанието на сайтовете за здравна информация и гарантиране на достоверни онлайн източници в достъпен формат.

Да се идентифицират характеристиките на потребителите на социалните медии за здравна информация и да се проучи как техният ресурс да се използва за целите на общественото здраве.

Да се разработят нови подходи за използването на интернет за целите на общественото здраве на базата на добрите практики в тази област.

2. Към РЗИ

Да се използва потенциалът на интернет като канал за ефективни интернет-базирани интервенции за промоция на здраве и превенция на заболяванията сред население на възраст 20-59 години.

При планиране на комуникационни дейности за промоция на здраве да се сегментира целевата аудитория според медийните и предпочитания.

Подборът на каналите трябва да е съобразен с целите на кампанията и естеството на посланието.

Оценката на ефективността на разходите трябва да се основава на степента на въздействие на съответния канал върху целевата аудитория и необходимите ресурси.

ПРИНОСИ

1. За пръв път в България е направено емпирично изследване върху използваните канали за здравна информация сред различните социално-демографски сегменти на население над 20 години, както и на тенденциите в използването на масовите медии за здравни цели, като е доказана връзката между социално-демографския профил и избора на канал за здравна информация - *научно-приложен принос*.
2. За пръв път в България е направено теоретично проучване на предимствата и недостатъците на отделните комуникационни канали за здравна информация и възможностите за тяхното използване за целите на общественото здраве – *теоретичен и научно-приложен принос*.
3. Доказано е значението на сегментацията на аудиторията в здравната комуникация и са посочени примери за психографска сегментация на българското население, които могат да бъдат използвани за интервенционни дейности в областта на превенцията на болестите и промоцията на здраве – *научно-приложен принос*.
4. Направен е сравнителен анализ на резултати от емпирични изследвания в Европа и САЩ относно ефективността на здравно-комуникационните кампании, като са посочени основните принципи, доказали своята ефективност при провеждането им, областите, в които е постигнат най-голям успех и комуникационните канали, които са най-ефективни за информирание и промяна поведението - *познавателен и научно-приложен принос*.
5. Направен е социално-демографски профил на население над 20 години по основните масови комуникационни канали за здравна информация – *научно-приложен принос*.
6. Изследвани са основните канали, използвани за търсене на информация за различни здравни състояния и за здравословен начин на живот – *научно-приложен принос*.

Литература

1. Братанов, П., Моделиране в социалната комуникация – Благоевград, УИ „Неофит Рилски“, 2006, с.27.
2. Василева Л., М. Йорданова, М. Рашева, Р. Божинова. Виртуално консултиране: възможност за справяне на индивидуално ниво. Психологични изследвания, 2, 2009, с. 215-220.
3. Винарова, Ж. и колектив, Електронно здравеопазване, издателство „Летера“, 2009.
4. Димитров, П. и колектив, Национално проучване на факторите на риска за здравето сред населението в Р България – 2014, Българско списание за обществено здраве, 4, 2016.
5. Йорданова М., Л. Василева, М. Рашева, Р. Божинова. Предпочитан начин на връзка при виртуално психологично консултиране. В сб. Психологията пред 15 предизвикателствата на новото време. Психологията и съвременният човек, т.5, изд. «Псидо», 2008, с.70-78.
6. Йорданова М., Л. Василева, М. Рашева, Р. Божинова, Цв. Дачев. Проучване на нагласите към виртуално психологично консултиране. Сборник научни доклади от Национален конгрес по психология. Българско списание по психология, 1-4, С., 2008.
7. Йорданова М., Л. Василева, М. Рашева, Р. Божинова. Телепсихологията – част от електронното здравеопазване, С., Акад. изд. „Проф. Марин Дринов“, 2009, с. 174.
8. Ласуел, Х., Шрам, У., де Фльор, М., Робъртс, Д., Маккуейл, Д., Комуникацията, Университетско издателство “Св.Климент Охридски”, С, 1992.
9. Рангелова, Л., В. Дулева, С. Петрова, П. Димитров, Национално проучване на факторите на риска за здравето сред населението в Р България – 2014, Българско списание за обществено здраве, С., 4, 2016.
10. Agha, S., The impact of a mass media campaign on personal risk perception, perceived self-efficacy and on other behavioral predictors. AIDS Care 15(6), 2003, p.749–762.
11. Agung, R. A. Developing the Third World: A Communication Approach. Commack, N.Y.: Nova Science, 1997.

12. Ajzen I. The Theory of Planned Behavior. *Organ Behav Hum Decis Proces*, 50(2):179–211, 1991.
13. American Medical Association. “AMA to New York Times: Good Physician-Patient Communication Helps All Doctors.” Dec. 2005d.
14. Andreasen AR. *Social Marketing in the 21st Century*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 2005.
15. Andreassen, H., Bujnowska-Fedak, European citizens' use of E-health services: A study of seven countries. (7), 2007, p.53.
16. Andreassen H. K., M. M. Bujnowska-Fedak, C. E. Chronaki et al. *Ehealth Trends across Europe 2005-2007*. Project report, 2007
17. Andreassen H. K., S. C. Wangberg, R. Wynn, T. Sørensen, and P. Hjortdahl, “Health-related use of the Internet in the Norwegian population,” *Tidsskrift for den Norske Laegeforening*, vol. 126, no. 22, 2006.
18. Atkin, C. K. Theory and principles of media health campaigns. In R. E. Rice & C. K. Atkin (Eds.), *Public communication campaigns* (3rd ed.). Thousand Oaks, 2001. pp. 49–68.
19. Atkin, C. K., & Freimuth, V. Formative evaluation research in campaign design. In R. Rice & C. Atkin (Eds.), *Public communication campaigns*, CA: Sage, 1989, pp. 131–150.
20. Backer et al., *Designing health communication campaigns: What works?* Newbury Park, CA: Sage, 1992.
21. Bandura, A. Social cognitive theory of mass communication. In Jennings Bryant and Dolf Zillmann (Eds.), *Media Effects: Advances in Theory and Research* 2nd Edition. Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates, 2002, pp.121-153.
22. Bandura, A. “Self-Efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change.” *Psychological Review*, 84, 191–215. 1977.
23. Bandura, A. *Self-Efficacy, The exercise of control*. HX:W.H.Freeman and Company.1997.
24. Bandura, A., editor: *Psychological modeling: conflicting theories*. Aldine-Atherton, Chicago, 1971.
25. Barbato, C. A., and Perse, E. M. “Interpersonal Communication Motives and the Life Position of Elders.” *Communication Research*, 19(4), 1992, p. 516–531.

26. Basch E. M, Thaler H. T, et al. Use of information resources by patients with cancer and their companions. *Cancer*;100: 2476 – 83; 2004.
27. Beck F, Richard JB, Nguyen-Thanh V, Montagni I, Parizot I, Renahy E. Use of the internet as a health information resource among French young adults: results from a nationally representative survey. *J Med Internet Res*, 16(5):e128, 2014.
28. Beck, V., Huang, G.C., Pollard, W.E., Johnson, T.J. Telenovela viewers and health information. Paper presented at the American Public Health Association 131st Annual Meeting and Exposition, San Francisco, CA, 2003.
29. Beck, V., Working with daytime and prime time TV shows in the United States to promote health. In A. Singhal, M.J. Cody, M. Sabido, A. Singhal, & E.M. Rogers (Eds.), *Entertainment, education and social change: History, research, and practice*. Mahwah, NJ: Lawrence Earlbaum Associates, 2004, pp. 207-224.
30. Belzer E., *Improving Patient Communication in No Time*, Family Practice Management, 1999. Engebretson, 1998; Lipkin M. Sisyphus or Pegasus: the physician interviewer in the era of corporatization of care. *Ann Intern Med*, 1996.
31. Bennett G.G, Glasgow R.E, Review The delivery of public health interventions via the Internet: actualizing their potential. *Annual Rev Public Health*. 2009; 30:273-92.
32. Bernadette J. Saunders and Chris Goddard, The role of mass media in facilitating community education and child abuse prevention strategies, NCPC Issues No. 16 — June 2002.
33. Bernhardt, J. M. “Communication at the Core of Effective Public Health.” *American Journal of Public Health*, (12), 2004, p.94.
34. Bertrand JT, O’Reilly K, Denison J, Anhang R, Sweat M. Systematic review of the effectiveness of mass communication programs to change HIV/AIDS-related behaviors in developing countries. *Health Educ. Res.* 21(4):567–97), 2006.
35. Biener, L., R. L. Reimer, M. Wakefield, G. Szczypka, N. A. Rigotti, and G. Connolly. Impact of smoking cessation aids and mass media among recent quitters. *American Journal of Preventive Medicine* 30 (3): 217–24, 2006.
36. Black PC, Penson DF. Prostate cancer on the Internet—information or misinformation? *J Urol*;175:1836 – 42, 2006.
37. Bonevski, B., Newell, S, Development of written health education materials: a review, Hunter Centre for Health Advancement, 1999.

38. Booth-Butterfield, S., Gutowski, C., Message modality and source credibility can interact to affect argument processing. *Communication Quarterly*, 1993, p. 41, 77-89.
39. Brendryen H, Drozd F, Kraft P. A digital smoking cessation program delivered through internet and cell phone without nicotine replacement (happy ending): randomized controlled trial. *J Med Internet Res*, 10(5):e51, 2008.
40. Brendryen Håvar, Kraft Pål. Happy ending: a randomized controlled trial of a digital multi-media smoking cessation intervention. *Addiction*. 2008.
41. Brodie, M., Foehr, U., Rideout, V., Baer, N., Miller, C., Flournoy, R., Altman, D., Communicating health information through the electronic media. *Health Affairs*, 2001, p.192-199.
42. Brown, J.D., Walsh-Childers, K., Effects of media on personal and public health. In J. Bryant and D. Zillman (Eds.), *Media effects: Advanced in theory and research*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 2002, pp. 453-488.
43. Buffington, S.C. The power of story: Global change through entertainment partnerships. World Bank-Annenberg Summer Institute, Los Angeles, CA., 2012.
44. Carey, J. W. A cultural approach to communication. *Communication as culture*, Winchester, MA: Unwin Hyman, 1989, pp. 13-36.
45. Centers for Disease Control and Prevention, Summary Health Statistics for U.S. adults: National Health Interview Survey, Vital and Health Statistics, Series 10(Number 232), December, 2006.
46. Chaffee, S.,H., Mass media and interpersonal channels: Competitive, convergent, or complementary? In: Gumpert G, Cathart R, editors. *Inter/media: Interpersonal communication in a media world*. New York: Oxford University Press, 1986, p.57–77.
47. Chaiken S, Eagly A., Communication modality as a determinant of persuasion: the role of communicator salience. *J. Pers. Soc. Psychol.* 45:241–56, 1983.
48. Chamberlain, M. A., Health communication: Making the most of new media technologies — an international overview. *Journal of Health Communication*, 1, 1996, p. 43–50.
49. Clift, E., and Freimuth, V. “Health Communication: What Is It and What Can It Do for You?”, *Journal of Health Education*, 26(2), 1995, p. 68–74.

50. Cline, R. J. W., Haynes, K. M., Consumer health information seeking on the Internet: The state of the art. *Health Education Research*, 16(6), 2001, p. 671-692.
51. Collins, R. L., Elliott, M. N., Berry, S. H., Kanouse, E. E., & Hunter, S. B. Entertainment television as a healthy sex educator: The impact of condom efficacy information in an episode of *Friends*. *Pediatrics*, 112, 1115–1121, 2003.
52. Davidson AE, Wallack L. A content analysis of sexually transmitted diseases in the print news media. *Journal of Health Communication*, 9, 2004, p.111–117.
53. Denis McQuail, *Mass Communication Theory*, 6th edition, SAGE Publications Ltd, London, 2010.
54. Derzon, J., and Lipsey, M., A meta-analysis of the effectiveness of mass-communication for changing substance-use knowledge, attitudes, and behavior. In W.D. Crano and M. Burgoon (Eds.), *Mass Media and Drug Prevention: Classic and Contemporary Theories and Research*, Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum, 2002, pp. 231–258.
55. DiFranco E., Bressi S., Salzer M., Understanding consumer preferences for communication channels to create consumer-directed health promotion efforts in psychiatric rehabilitation settings. *Psychiatr Rehabil J. Spring* ; 29 (4):251-7, 2006.
56. DiMatteo, M. R., and others. “Physicians’ Characteristics Influence Patients’ Adherence to Medical Treatment: Results from the Medical Outcomes Study.” *Health Psychology*, 12(2), 1993, p. 93–102.
57. Donovan R, Henley N. *Social Marketing: Principles and Practice*. Melbourne, Australia: IP Communications; 2003.
58. Dretske, F. I. *Knowledge and the Flow of Information*. Stanford, California, CSLI Publications, 1999.
59. Durkin S, Wakefield M., Comparative responses to radio and television anti-smoking advertisements to encourage smoking cessation. *Health Promot Int*; 25:5–13, 2010.
60. Dutta-Bergman, MJ. Primary Sources of Health Information: Comparisons in the Domain of Health Attitudes, Health Cognitions, and Health Behaviors. *Health Communication*, Volume 16, Issue 3, 2004.
61. Eveland WP., Jr, The cognitive mediation model of learning from the news: Evidence from nonelection, off-year election, and presidential election contexts. *Communication Research*. 2001;28 (5):571–601.

62. Eveland WP., Jr, The effect of political discussion in producing informed citizens: The roles of information, motivation, and elaboration. *Political Communication*. 2004;21:177–193.
63. Eysenbach, G., What is e-health? *Journal of medical internet research* , 3 (2), 2001, p. 20.
64. 64 144 Farrelly, M. C., Davis, K. C., Havilan, M. L., Messeri, P., & Heaton, C. G. (2005). Evidence of a dose-response relationship between “truth” antismoking ads and youth smoking prevalence. *American Journal of Public Health*, 95(3), 425–431, 2.
65. Ferguson T, Kelly B: E-patients prefer egroups to doctors for 10 of 12 aspects of health care, 1999.
66. Fertman, C., Allensworth, D. (Editor), *Health Promotion Programs. From Theory to Practice* , Society for Public Health Education (SOPHE), 2010.
67. Fishbein, M. , Ajzen, I. *Belief, attitude, intention, and behavior: An introduction to theory and research*. Reading, MA: Addison-Wesley, 1975.
68. Fine, S. H., *The Marketing of Ideas and Social Issues*, Originally Published in Praeger Publishers. New York: 1981.
69. Flay, B. R. & Sobel, J. L. *The role of mass media in preventing adolescent substance abuse*, 1983.
70. Flora JA, Maibach EW, Maccoby N. 1989. The role of media across four levels of health promotion intervention. *Annu. Rev. Public Health* 10:181–201.
71. Fox S, Jones S. *The social life of Internet users*. Washington, DC: Pew Internet & American Life Project. 2009.
72. Freimuth, V., Cole, G., Kirby, S. *Issues in Evaluating Mass Mediated Health Communication Campaigns*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2000.
73. Freimuth, V., Linnan, H. W., and Potter, P. “Communicating the Threat of Emerging Infections to the Public.” *Emerging Infectious Diseases*, 2000, 6(4), 337–347.
74. Fugal, S., Neiger, B. at all, *The Role of Audience Segmentation in Social Marketing*, *The Health Educator*, 1999.

75. Fuyuan Shen & Jiangxue (Ashley) Han. Effectiveness of entertainment education in communicating health information: a systematic review, *Asian Journal of Communication*, 2014, p.24:6.
76. Garrity, T. F., Haynes, R. B., Mattson, M. E., and Engebretson, J. T. (ed.). *Medical Compliance and the Clinical-Patient Relationship: A Review*. Washington, D.C.: Government Printing Office, 1998.
77. Griffiths, W., Knutson, A., *The Role of Mass Media in Public Health*, *American Journal of Public Health*, 1960.
78. Grunig, J. E. & Hunt, T. *Managing public relations*. New York: Holt, Rinehart & Winston, 1984.
79. Grunig, J. *Publics, audiences, and market segments: segmentation principles for campaigns*. in: C. Salmon (Ed.) *Information Campaigns: Balancing Social Values and Social Change*. Sage, Newbury Park, Calif; 1989:199–228.
80. Harris, L. M., *Differences that make a difference*. In L. M. Harris (Ed.), *Health and the new media: Technologies transforming personal and public health* . Hillsdale, NJ: Erlbaum, 1995, pp. 163–183.
81. *Health Promotion Programs. From Theory to Practice*, Society for Public Health Education, 2010.
82. Hickner, J., Cousineau, A. and Messimer, S., *Smoking cessation during pregnancy: strategies used by Michigan family physicians*. *Journal of the American Board of Family Practice*, 3, 1990, p.39–42.
83. Hogan T., Palmer C., *Information preferences and practices among people living with HIV/AIDS: results from a nationwide survey*. *J Med Libr Assoc*, 2005.

84. Holtzman, D., and Rubinson, R. "Parent and Peer Communication Effects on AIDS-Related Behavior Among U.S. High School Students." *Family Planning Perspectives*, 1995, p.235–240, 268.
85. Hornik RC. Channel effectiveness in development communication programs. In: Rice RE, Atkin CK, editors. *Public communication campaigns*. Newbury Park, CA: Sage; 1989. pp. 309–330.
86. Hornik, R. C. (Ed.). *Public health communication: Evidence for behavior change*, Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum, 2002a.
87. Hornik, R. C., & Anarfi, J. K. Effects of a mass media campaign to prevent AIDS among young people in Ghana. In R. C. Hornik (Ed.), *Public health communication: Evidence for behavior change* (pp. 147–162). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum, 2002.
88. Hovland, C., Janis, I., & Kelley, H., *Communication and persuasion*. New Haven, CT: Yale University Press, 1953.
89. Hurling R, Fairley BW, Dias MB. Internet-based exercise intervention systems: Are more interactive designs better? *Psychol Health* 2006;21(6):757-772.
90. Institute of Medicine. *Who Will Keep the Public Healthy?* Washington, D.C.:The National Academies Press, 2003.
91. Iverson SA, Howard KB, Penney BK. Impact of internet use on health-related behaviors and the patient-physician relationship: a survey-based study and review. *J Am Osteopath Assoc* 2008 Dec;108(12):699-711.
92. John K. Worden, Brian S. Flynn, *Using Mass Media to Prevent Cigarette Smoking*, University of Vermont, *Public Health Communication, Evidence for Behavior change*, 2002.
93. Kahn EB, Ramsey LT, Brownson RC, Heath GW, Howze EH, et al. The effectiveness of interventions to increase physical activity: a systematic review. *Am. J. Prev. Med.*, 2002, 22(S1):73–10.
94. Kaiser Family Foundation. *Reaching the MTV generation: Recent research on the impact of the Kaiser Family Foundation=MTV Public Education Campaign on Sexual Health*. Menlo Park, CA: Author..3.McCombie, S., 2003.

95. Kaplan, A., Haenlein, M., Users of the world, unite! The challenges and opportunities of Social Media, . Business horizons 53 (1), 59-68, 2010.
96. Katz E. Communication research since Lazarsfeld. Public Opinon Quarterly. 1987;51:S25–S45.
97. Katz, E., Lazarsfeld, P. Personal influence. New York, 1955.
98. Keller, S. N. & Brown, J.D., Media interventions to promote responsible sexual behavior. Journal of Sex Research, 39(1), 67-92, 2002.
99. Kincaid, Lawrence D./Rogers, Everett M. Communication Networks: Toward a New Paradigm for Research. New York, 1981.
100. Klapper, J. T. The Effects of Mass Communication. New York, 1960.
101. Kotler, P. A Generic Concept of Marketing. Journal of Marketing 36(2) 46-54, 1972.
102. Kotler, P., and Roberto, E. L. Social Marketing: Strategies for Changing Public Behavior. New York: Free Press, 1989.
103. Kotler, P., G. Zaltman. Social Marketing: An Approach to Planned Social Change. Journal of Marketing, 1971.
104. Kotler, P., & Lee, N. R. Social Marketing: Influencing Behaviors for Good, (3th Ed), 2008.
105. Kreps, G. L., and Thornton, B. C. Health Communication: Theory and Practice. (2nd ed.) Prospect Heights, Ill.: Waveland Press, 1992.
106. Kreps, G.L. The pervasive role of information in healthcare: Implications for health communication policy. In J. Anderson (Ed.), Communication Yearbook 11, Newbury Park, CA, Sage, 1988, p. 238-276.
107. Kummervold, P.E., Wynn, R., Health Information Accessed on the Internet: The Development in 5 European Countries, International Journal of Telemedicine and Applications, Volume 2012.
108. Kunczik, M., Communication and Social Change. Bonn: FES, 1993.
109. Lebanova, H, Getov I., Grigorov E., Practical tool to assess reliability of web-based medicines information, Med Glas (Zenica) 2014; 11(1):221-227
110. Leventhal, H. (1973). Changing attitudes and habits to reduce risk factors in chronic disease. American Journal of Cardiology, 31, 571–580.

111. Liskin, L. & Yonkler, J. The Romania Women's Health Campaign Description. Johns Hopkins School of Public Health, Population Communication Services. 1999.
112. Love, G. D., & Tanjasiri, S. P. Using entertainment-education to promote cervical cancer screening in Thai women. *Journal of Cancer Education*, 2012.
113. Lubalin, J. S., & Harris-Kojetin, L. D. (1999). What do consumers want and need to know in making health care choices? *Medical Care Research And Review*, 56, 67-102.
114. Lukoschek, P., Fazzari, M., and Marantz, P. "Patient and Physician Factors Predict Patients' Comprehension of Health Information." *Patient Education and Counseling*, 2003, 50, 201–210.
115. Mahwah, NJ: Erlbaum, Wallack L. The role of mass media in creating social capital: a new direction for public health. In *Health and Social Justice: Politics, Ideology, and Inequity in the Distribution of Disease*, ed. R Hofrichter, San Francisco: Jossey-Bass, 2003, pp. 594–625.
116. Maibach E., The influence of the media environment on physical activity: looking for the big picture. *Am. J. Health Promot.* 21:S353–62, 2007.
117. Maibach, E., and Holtgrave, D. R. "Advances in Public Health Communication." *Annual Review of Public Health*, 1995, 16, 219–238.
118. Marton C, Wei Choo C. A review of theoretical models of health information seeking on the web. *Journal of Documentation* 2012 Apr 20;68(3):330-352.
119. McCombs, M., & Shaw, D.L. The agenda-setting function of the mass media. *Public Opinion Quarterly*, 36, 1972, p.176-185.
120. McLeod, J., G. Kosicki, and Z. Pan. On understanding and misunderstanding media effects. In *Mass media and society*, ed. J. Curran and M. Gurevitch, London: Edward Arnold, 1991. p.235–66.
121. McQuail, D. *Communication*, New York: Longman Press, 1987.
122. Meyrowitz, J., *Shifting worlds of strangers: Medium theory and changes in "them" versus "us."* *Sociological Inquiry*, 1997, 67, 59–71.
123. Moick M, Terlutter R. Physicians' motives for professional internet use and differences in attitudes toward the internet-informed patient, physician-patient communication, and prescribing behavior. *Med 2 0 2012;1(2):e2*

124. Monti P M. et al. Naltrexone and cue exposure with coping and communication skills training for alcoholics: treatment process and 1-year outcomes. *Alcohol Clin Exp Res.* 2001 Nov;25(11):1634–47.
125. Moore MJ, Soderquist J, Werch C. Feasibility and efficacy of a binge drinking prevention intervention for college students delivered via the Internet versus postal mail. *J Am Coll Health* 2005;54(1):38-44).
126. Moreau, C., Bajos, N., & Bouyer, J. Evaluation of a mass media campaign on contra-ception in France. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 2002.
127. Morgan, S. E., Movius, L., & Cody, M. J. The power of narratives: The effect of entertainment television organ donation storylines on the attitudes, knowledge, and behaviors of donors and nondonors. *Journal of Communication*, 2009, pp. 9, 135–151.
128. Moyer-Gusé, E. Toward a theory of entertainment persuasion: Explaining the persuasive effects of entertainment education messages. *Communication Theory*, 18, 2008, p. 407-425.
129. Moyer-Gusé, E., Nabi, R. L. Explaining the effects of narrative in an entertainment television program: Overcoming resistance to persuasion. *Human Communication Research*, 2010, p.36, 26-52.
130. Muturi, N. “Communication for HIV/AIDS Prevention in Kenya: Socio-Cultural Considerations.” *Journal of Health Communication*, 2005, 10,77–98.
131. Myhre, S. L. & Flora, J. A. HIV=AIDS communication campaigns: Progress and prospects. *Journal of Health Communication*,5(Suppl.), 2000, p. 29–45.
132. National Cancer Institute. *The Role of the Media in Promoting and Reducing Tobacco Use. Executive Summary.* United States Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Cancer Institute. NIH Pub. No 07–6242. 2008:iii–22.
133. Nishtar, S., Mirza, Y. A., Jehan, S., Hadi, Y., Badar, A., Yusuf, S., & Shahab, S. Newspaper articles as a tool for cardiovascular prevention programs in a developing country. *Journal of Health Communication*,9(4), 2004, 355–369.
134. Noar, S.M.A.10-year retrospective of research in health mass media campaigns: Where do we go from here? *J. Health Commun.* 11(1):21–42, 2006.

135. O'Keefe D., Persuasion: Theory and Research. Thousand Oaks, CA: Sage. 2002. p365.
136. Office of Disease Prevention and Health Promotion (2000) Health communication. In Healthy People, 2nd edn. Department of Health and Human Services, Washington, DC, 2010, pp. 11-2–11-25.
137. Painter Julia E, Borba Christina P C, Hynes Michelle, Mays Darren, Glanz Karen. The use of theory in health behavior research from 2000 to 2005: a systematic review. *Ann Behav Med.*;35(3):358–62, 2008.
138. Palmgreen, P., Donohew, L., Lorch, E. P., Hoyle, R. H., & Stephenson, M. T. Television campaigns and adolescent marijuana use: Tests of sensation seeking targeting. *American Journal of Public Health*, 2001, p. 91, 292–296.
139. Palmgreen, P., et al., Effects of the Office of National Drug Control Policy's marijuanainitiative campaign on at-risk youth. Paper presented at the annual meeting of the American Public Health Association, Philadelphia, 2005.
140. Parvanta, C., Nelson, D., Parvanta, S., Harner, R., Essentials of Public Health Communication, Jones & Bartlett Learning, 2011.
141. Perloff, R. M. The dynamics of persuasion: Communication and attitudes in the 21st century. (2nd ed.). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum, 2003.
142. Pfau, M., Tusing, K. J., Koerner, A. F., Lee, W., Godbold, L. C., Penaloza, L. J., Yang, V. S., & Hong, Y., Enriching the inoculation construct: The role of critical components in the process of resistance. *Human Communication Research*, 24, 187–215, 1997.
143. Piperopoulos G. Fundamentals of communication, P.R. and leadership , 1st ed. 2013.
144. Portnoy DB, Lori AJ, Sheldon S, Johnson BT, Carey MP. Computer-delivered interventions for health promotion and behavioral risk reduction a meta-analysis of 75 randomized controlled trials, 1988–2007. *Prev Med.* Jul;47(1):3–16, 2008.
145. Pribble JM, Goldstein KM, Fowler EF, Greenberg MJ, Noel SK, Howell JD. Medical news for the public to use? What's on local TV news. *American Journal of Managed Care.* 2006;12 (3):170–176.
146. Puska, P., et al: A television format for national health promotion: Finland's "Keys to Health". *Public Health Rep.* 1987.

147. Radio Broadcasting for Health: A decision makers guide, An Issues Paper, DFID, 2004.
148. Randolph W, Viswanath K. Lessons learned from public health mass media campaigns: marketing health in a crowded media world. *Annu. Rev. Public Health* 25, 2004. p.37.
149. Ratzan, C., and others. "Education for the Health Communication Professional." *American Behavioral Scientist*, 1994, 38(2), 361–380.
150. Reger B, Cooper L, Booth-Butterfield S, et al. Wheeling Walks: a community campaign using paid media to encourage walking among sedentary older adults. *Prev Med.* 2002;35(3):285–292.
151. Reger, B., et al. Using mass media to promote healthy eating: A community-based demonstration project. *Preventive Medicine*, 29(5) 1999.
152. Reger-Nash B, Bauman A, Booth-Butterfield S, et al. Wheeling walks: evaluation of a media-based community intervention. *Fam Community Health.* 2005;28(1):64–78.
153. Renger, R., Steinfelt, V., & Lazarus, S. Assessing the effectiveness of a community-based media campaign targeting physical inactivity. *Family and Community Health*, 2002.
154. Rice RE. Influences, usage, and outcomes of Internet health information searching: multivariate results from the Pew surveys. *Int J Med Inform* 2006 Jan;75(1):8-28.
155. Rice, R. E. & Atkin, C. K. (Eds.) *Public communication campaigns* (4th ed). Thousand Oaks, 2012.
156. Richard Thomas, *Health Communication*, Springer, 2006.
157. Risker, D. C. Factors influencing employee health plan choice in the corporate setting. *Health Marketing Quarterly*, 18(1-2), 2000,15-27.
158. Ritterband Lee M, Tate Deborah F. The science of internet interventions. Introduction. *Ann Behav Med.*;38(1):1–3, 2009.
159. Robinson, S., & Brodie, M. Understanding the quality challenge for healthy consumers: The kaiser/ahcpr survey. *Jt Comm J Qual Improv*, 23(5), 1997, p. 239-244.
160. Rogers, E. M. *Diffusion of innovations* (3rd ed.). New York: 1983.
161. Rogers, E. M. *Communication technology: The new media in society*. New York: 1986.

162. Rogers, E. M., Shoemaker, F. F. *Communication of innovations: A cross-cultural approach* (2nd ed. of *Diffusion of innovations*). New York: 1971.
163. Rogers, E.M., Storey, J.D. *Communication campaigns*. in: C.R. Berger, S.H. Chaffee (Eds.) *Handbook of Communication Science*. Sage, Newbury Park, Calif; 1987:817–846.
164. Rokeach, M. *The nature of human values*. New York: The Free Press, 1973.
165. Rosengren, K. E. *Communication, an introduction*. London: Sage, 2000.
166. Rosenkoetter, L.I.; Rosenkoetter, S.E.; Acock, A.C., *Television violence: An intervention to reduce its impact on children*, *Journal of Applied Developmental Psychology*, Volume 30, Issue 4, 2009, Pages 381-397.
167. Rosenthal, E.L., Buffington, S.C., & Cole, G. *Evaluation of a multiple episode television storyline on genetic risk factors for breast cancer*. Manuscript in preparation, 2013.
168. Rosenthal, E.L., Murphy, S.T., Talati, S., *An analysis of health content in popular prime time television programs: 2009-2011*. A report by Hollywood, Health & Society, USC Annenberg Norman Lear Center. Beverly Hills, CA, 2014.
169. Rothman A. J. "Is there nothing more practical than a good theory?": Why innovations and advances in health behavior change will arise if interventions are used to test and refine theory. *Int J Behav Nutr Phys Act.*, 27;1(1):2004.
170. Rothman AJ, Kiviniemi MT. *Treating people with information: An analysis and review of approaches to communicating health risk information*. *J Natl Cancer Inst Monogr.* 1999;25:44–51.
171. Ruler, van, B. "The communication grid: an introduction of a model of four communication strategies." *Public Relations Review* 30: 123-143. (2004).134.
172. S. Wangberg, H. Andreassen, P. Kummervold, R. Wynn, and T. Sørensen, "Use of the internet for health purposes: trends in Norway 2000–2010," *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, vol. 23, no. 4, pp. 691–696, 2009.
173. Salmon, C. T. & Atkin, C. *Using media campaigns for health promotion*. In T. L.Thompson, A. M. Dorsey, K. I. Miller, & R. Parrott (Eds.), *Handbook of Health Communication*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum, 2003, pp.285-313
174. Schauflier, H. H., Mordavsky, J. K. *Consumer reports in health care: Do they make a difference?* *Annu Rev Public Health*, 2001, p.22, 69.

175. Shah DV, Cho J, Nah S, Gotlieb MR, Hwang H, Lee N, Scholl RM, et al. Campaign ads, online messaging, and participation: Extending the communication mediation model. *Journal of Communication*. 2007;57 (4):676–703.
176. Shahab Lion, McEwen Andy. Online support for smoking cessation: a systematic review of the literature. *Addiction*. 2009 Nov;104(11):1792–804.
177. Sharf, B. F., Freimuth, V. S., Greenspon, P., Plotnick, C., Confronting cancer on thirtysomething: Audience response to health content on entertainment television. *Journal of Health Communication*, 1, 157-172, 1996.
178. Shiavo, R., *Health Communication. From Theory to Practice*, Published by Jossey-Bass, 2007.
179. Shiffman S. Coping with temptations to smoke. *J Consult Clin Psychol*. 1984 Apr;52(2):261–7.
180. Shuchman M, Wilkes MS. Medical scientists and health news reporting: A case of miscommunication. *Annals of Internal Medicine*. 1997;12 (1):976–982.
181. Slater, M. D. “Theory and Method in Health Audience Segmentation.” *Journal of Health Communication*, 1996, 1, 267–283.
182. Sly DF, Hopkins RS, Trapido E, Ray S. Influence of a counteradvertising media campaign on initiation of smoking: the Florida “truth” campaign. *Am. J. Public Health* 91(2):233, 2001.
183. Smith, M. J. *Persuasion and human action: A review and critique of social influence theories*. Belmont, CA: Wadsworth, 1982.
184. Smith, W. A., and Hornik, R. “Marketing, Communication, and Advocacy for Large-Scale STD/HIV Prevention and Control.” In K. K. Holmes and others (eds.), *Sexually Transmitted Diseases*. New York: McGraw-Hill, 1999.
185. Snyder LB et al., Effects of alcohol advertising exposure on drinking among youth. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 160(1):18–24, 2006.
186. Snyder LB, Hamilton MA. A meta-analysis of U.S. health campaign effects on behavior: Emphasize enforcement, exposure, and new information, and beware the secular trend. In *Public Health Communication: Evidence for Behavior Change*, ed. RC Hornik, 2002, pp. 357–84.
187. Southwell BG, Torres A. Connecting interpersonal and mass communication: Science news exposure, perceived ability to understand science, and conversation. *Communication Monographs*. 2006;73 (3):334–350.

188. Speaking of Health: Assessing Health Communication Strategies for Diverse Populations. Institute of Medicine (US) Committee on Communication for Behavior Change in the 21st Century: Improving the Health of Diverse Populations. Washington (DC): National Academies Press (US); 2002.
189. Step, M. M., and Finucane, M. O. "Interpersonal Communication Motives in Everyday Interactions." *Communication Quarterly*, 2002.
190. Strasburger V., Jordan A., Donnerstein E. Child and adolescent health and the media. *Pediatrics*. 125:756–767, 2010.
191. Strasburger, V., Wilson, B., Children, Adolescents, and the Media, SAGE Publications, 2002.
192. Strecher V., Internet methods for delivering behavioral and health-related interventions (eHealth). *Annu. Rev. Clin. Psychol.* 3:53–76, 2007.
193. Terlutter R, Bidmon S, Röttl J. Who uses physician-rating websites? Differences in sociodemographic variables, psychographic variables, and health status of users and nonusers of physician-rating websites. *J Med Internet Res* 2014;16(3).
194. Thackeray R, Neiger BL, Hanson CL, McKenzie JF. Enhancing promotional strategies within social marketing programs: use of Web 2.0 social media. *Health Promotion Practice*; 9(4):338–343, 2008.
195. Theodorson, S. & Theodorson, A. A modern dictionary of sociology. New York: Cassell Education Limited, 1969.
196. Thomas L. Webb et al, Using the Internet to Promote Health Behavior Change: A Systematic Review and Meta-analysis of the Impact of Theoretical Basis, Use of Behavior Change Techniques, and Mode of Delivery on Efficacy, *J Med Internet Res*, Vol 12, N 1, 2010.
197. Tian Y, Robinson JD. Incidental health information use and media complementarity: A comparison of senior and non-senior cancer patients. *Patient Educ Couns.* 2008.71: 340–344.
198. Tian Y, Robinson JD. Media use and health information seeking: an empirical test of complementarity theory. *Health Commun.* 2008; 23: 184–190.
199. Tichenor, Phillip J., George A. Donohue, and Clarice N. Olien. Mass media flow and differential growth in knowledge. *Public Opinion Quarterly*, 1970, 34:159–170.
200. Tufts University Student Services. "Exploring the Health Professions Handbook", 2006.

201. U.S. Department of Health and Human Services. Office of Disease Prevention and Health Promotion. Healthy People 2010. Volumes 1.
202. Umefjord G., Sandström H., Malker H., Petersson G. Medical text-based consultations on the Internet: a 4-year study. *Int J Med Inform* 2008 Feb;77(2):114-121.
203. Valente, T. W. Evaluating communication campaigns. In R. E. Rice & C. K. Atkin(Eds.), *Public communication campaigns*(3rd ed., pp. 105–124). Thousand Oaks, 2001.
204. Van den Berg, P., Neumark-Sztainer, D., Fat 'n happy 5 years later: Is it bad for overweight girls to like their bodies? *Journal of Adolescent Health*, 41, 415-417, 2007.
205. Vandelanotte C., Spathonis M, Eakin E., Owen Neville. Website-delivered physical activity interventions a review of the literature. *Am J Prev Med*. 2007 Jul;33(1):54–64.
206. Vaughan, P. W. , Rogers, E. M. A staged model of communication effects: Evidence from an entertainment-education radio soap opera in Tanzania. *Journal of Health Communication*, 2000.
207. Wade, S., & Schramm, W. The mass media as sources of public affairs, science, and health knowledge. *Public Opinion Quarterly*, 23(3), 1969, p. 197-209.
208. Walters Scott T, Wright Jo Anne, Shegog Ross. A review of computer and Internet-based interventions for smoking behavior. *Addict Behav*. 2006 Feb;31(2):264–77 .
209. Wantland Dean J, Portillo Carmen J, Holzemer William L, Slaughter Rob, McGhee Eva M. The effectiveness of Web-based vs. non-Web-based interventions: a meta-analysis of behavioral change outcomes. *J Med Internet Res*. 2004.
210. Weinrich, N. K. *Hands-on Social Marketing: A Step-by-Step Guide*. Thousand Oaks, Calif.: Sage, 1999.
211. Weinstein, A., *Market Segmentation: Using Niche Marketing to Exploit New Markets*, Probus Publishing Company: Chicago, 1987.

212. Whittier, D. K., Kennedy, M.G., Seeley, S., St. Lawrence, J.S., Beck, V., Embedding health messages into entertainment television: Effect on gay men's response to a syphilis outbreak. *Journal of Health Communication*, 10(2), 251-259, 2005.
213. Wilson SM: Impact of the internet on primary care staff in Glasgow. *J Med Internet Res* 1999, 1(2):E7.
214. Witte, K. Putting the fear back into fear appeals: The extended parallel process model. *Communication Monographs*, 59,1992, p.329–349.
215. Worden JK, Flynn BS. Effective use of mass media to prevent cigarette smoking. *J. Public Health Manag. Pract.*2000, 6(3):vii–viii.
216. Worden, J. K., Flynn, B. S., Public health communication: Evidence for behavior change(pp. 23–34),2002.
217. Ybarra ML, Suman M: Help seeking behavior and the Internet: a national survey. *Int J Med Inform*, 75(1):29-41, 2006.
218. Zimmerman,at al. Effects of a televised two-city safer sex mass media campaign targetinghigh sensation-seeking and impulsive decision-making young adults.*Health Education &Behavior*. 2007;34:810–826.
219. Zimmerman MA: Psychological empowerment: issues and illustrations. *Am J Community Psychol*, 23(5):581-599), 1995.

Интернет източници:

220. Българите – начин на живот, 2011, Методика за психографско сегментиране „Пазарен компас”, Ноема, MMD Partners, 20.02. 2014.
http://mmdpartners.com/bg/index.php?option=com_content&view=category&id=1%3Aaboutus&Itemid=1

221. Конференция на производителите на храни и напитки, Изследване на НОЕМА за връзката между начина на живот и избора на храна, 24.02.2014. http://food13.mysuccess.bg/wpcontent/uploads/sites/17/2013/11/4.noema_Food13_Nov2013.pdf
222. Методика за психографско сегментиране на Прогрес консулт: 20.02.2014. http://www.progressconsult.com/novi_metodi.html
223. Министерство на здравеопазването, проект „Информирани и здрави“, Познания, нагласи и умения за здравословен начин на живот, 05.03.2014. http://www.mh.government.bg/media/filer_public/2015/04/30/kolichestvo-sotsiologichesko-izsledvane-poznania-naglasii-promianapovedenie-umenie-zdravosloven-nachin-na-zhivot2.pdf
224. Национален статистически институт, <http://www.nsi>.
225. Проучване на дигиталните медии: България, доклад на фондация „Отворено общество“ 2013 г. 05.07.2014. <https://www.opensocietyfoundations.org/sites/default/files/mapping-digital-media-bulgaria-bg-20130805.pdf>
226. Телевизията и радиото в условията на цифровия преход – ad-hoc количествено изследване, 30.10.2014. <http://www.newmedia21.eu/proekti/televiziyata-i-radioto-v-usloviyata-na-tsifroviya-prehod-ad-hoc-kolichestveno-izsledvane/>
227. Цялостен lifestyle анализ на българските потребители: 20.02.2015. <http://noema.bg/bg/page/190/%D0%9F%D0%B0%D0%B7%D0%B0%D1%80%D0%B5%D0%BD%D0%BA%D0%BE%D0%BC%D0%BF%D0%B0%D1%81>
228. American Association of Medical Colleges. “AAMC Report Aims to Enhance Communications Skills Training at U.S. Medical Schools, AAMC Issues Doctor-Patient Communications Fact Sheet, Launches ‘Doctoring 101.’” 1999. Retrieved Jan 31, 2016 from: <http://www.aamc.org/newsroom/pressrel/1999/991026.htm>. Retrieved Nov. 2015.
229. Oxford Academic. 05.11.2015. <http://her.oxfordjournals.org/cgi/pmidlookup?view=long&pmid=16971674>
230. Bujnowska-Fedakcorresponding, M., Trends in the use of the Internet for health purposes in Poland, Maria Magdalena Bujnowska-Fedakcorresponding, BMC

- Public Health. 2015; 15: 194.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4349300/>
231. Centers for Disease Control and Prevention. “HealthComm Key: Unlocking the Power of Health Communication Research.”, 21.12.2014.
<http://www.cdc.gov/od/oc/hcomm>
232. Centraal Bureau Statistiek, ICT gebruik van personen naar persoonskenmerken. 21.12.2014. <http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?VW=T&DM=SLNL&PA=71098NED&D1=33-133&D2=0,13&D3=a&HD=111219>
233. CommunicationTheory.org (2010). Shannon and Weaver Model of Communication.CommunicationTheory. 20.08.2014.
<http://communicationtheory.org/shannon-and-weaver-model-of-communication/>
234. European Commission, European Commission,Directorate-General for Communication (DG COMM “Strategy, Corporate Communication Actions and Eurobarometer” Unit), Flash Eurobarometer 404 - TNS Political & Social, European citizens' digital health literacy, 2014. 20.05.2015.
http://ec.europa.eu/public_opinion/flash/fl_404_en.pdf
235. Eurostat, <http://ec.europa.eu/eurostat/statistics>
236. Exchange. “Integrated Communication.” 20.05.2015.
<http://www.healthcomms.org/comms/integ/ict-integ.html>
237. Fox S. The social life of health information. Washington, DC: Pew Internet & American Life Project; 24.11.2014.
URL:http://www.pewinternet.org/~media/Files/Reports/2011/PIP_Social_Life_of_Health_Info.pdf
238. Gemius, Internet penetration in 12 European Union countries , 20.05.2015.
<https://www.gemius.com/all-reader-news/internet-penetration-in-12-european-union-countries.html>
239. Gemius. <https://www.gemius.com>
240. Health Communication Unit. Center for Health Promotion. University of Toronto. “Health Communication.” 20.08.2014. http://www.thcu.ca/REFERENCES93infoandresources/health_communication.htm
241. iCrossing. iCrossing’s How America Searches: Health and Wellness. . 20.08.2014.
<http://www.icrossing.com/research/how-america-searcheshealth>

242. Kummervold PE, Chronaki CE, Lausen B, Prokosch HU, Rasmussen J, Santana S, et al. e-Health trends in Europe 2005–2007: a population-based survey. *J Med Internet Res*. 2008;10(4):e42. doi: 10.2196/jmir.1023. 10.02.2015. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19017584>
243. Maher CA, Lewis LK, Ferrar K, Marshall S, De Bourdeaudhuij I, Vandelanotte C. (2014) Are Health Behavior Change Interventions That Use Online Social Networks Effective? A Systematic Review *J Med Internet Res* 2014;16(2):e40; 10.02.2015. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0066566/>
244. Making Health Communication Programs Work, Pink-book, 10.10.2014. <http://www.cancer.gov/publications/health-communication/pink-book.pdf>
245. Mcdermott, Robert J.; Albrecht, Terrance L. *Mass Media Encyclopedia of Public Health*, 2002. 10.10.2014. <http://www.encyclopedia.com/utility/printdocument.aspx?id=1G2:3404000519>
246. Movius, L., et al. (2007). Motivating television viewers to become organ donors. *Cases in Public Health Communication & Marketing*, Available from: 10.10.2014. http://www.casesjournal.org/volume1/peer-reviewed/cases_1_08.cfm
247. Murray E., Khadjesari Z., White I., Kalaitzaki E., Godfrey C., McCambridge J., Thompson S. G, Wallace P. Methodological challenges in online trials. *J Med Internet Res.*, 2009, 20.05.2014. <http://www.jmir.org/2009/2/e9/v11i2e9>
248. Personalised-healthcare-Chapter-5-Online-health-information, 25.05.2014. <http://nuffieldbioethics.org/wp-content/uploads/2014/07/Personalised-healthcare-Chapter-5-Online-health-information.pdf>
249. Pew Internetp, American Life Project, 20.05.2014. 2000. <http://www.pewinternet.org/2000/07/10/pew-internet-american-life-project-is-now-accepting-applications-for-its-paid-internships/>
250. Scoping study on communication to address and prevent chronic diseases: Final Report DG Health and Food Safe, 10.10. 2017. https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/major_chronic_diseases/docs/2015_chronic_scopingstudy_en.pdf
251. Silvina S., Berthold L. et al, Informed citizen and empowered citizen in health: results from an European survey, 10.02.2015. <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/12/20>


252. Southwest Center for the Application of Prevention Technologies. "Community Based Social Marketing." 2001. , 20.05.2014.
<http://captus.samhsa.gov/southwest/resources/documents/>
253. Statistics Canada. Internet use by individuals, by selected characteristics. 2010. 24.10.2014. <http://www.statcan.gc.ca/tables-tableaux/sum-som/101/cst01/comm35a-eng.htm>
254. Strategic Business Insights: 24.10.2014.
<http://www.strategicbusinessinsights.com/vals/ustypes.shtml>
255. Tang J, Abraham C, Greaves, C., Yates, T., Self-Directed Interventions to Promote Weight Loss: A Systematic Review of Reviews, J Med Internet. 15.04.2015.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3961624/>
256. The Health Communicator's Social Media Toolkit, 10.06.2014
https://www.cdc.gov/healthcommunication/ToolsTemplates/SocialMediaToolkit_BM.pdf
257. U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. 10.06.2014
<http://www.healthypeople.gov/2010/Document/pdf/Volume1/11HealthCom.pdf>
World Health Organization. Mediterranean Centre for Vulnerability Reduction. "Mobilizing for Action, Communication-for-Behavioural-Impact (COMBI)." 2003. 02. 11. 2014. The Communication Initiative, www.comminit.com/pdf/Combi4-pager_Nov_14.pdf. Retrieved Oct.2015

ПРИЛОЖЕНИЯ

ПРИЛОЖЕНИЕ 1.

2014

АНКЕТНА КАРТА ЗА ФАКТОРИТЕ НА РИСКА ЗА ЗДРАВЕТО

	*Верния отговор при цифрите <u>оградете с кръгче</u> – напр. 2 1 ②
	*При квадратчетата, попълвайте <u>отдясно наляво</u> :
	▶ ако се вписва едно число – напр. 9 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 9
	▶ ако се вписват две числа – напр. 12 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 1 2
	▶ ако се вписват повече числа – напр. 147 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 1 4 7

Идентификационен № <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	РЗИ № <input type="text"/> <input type="text"/>
--	---

1. ЛИЧНИ ДАННИ

<p>1.1. Пол</p> <p>1. мъжки</p> <p>2. женски</p> <p>1.2. Дата на раждане</p> <p>ден <input type="text"/> <input type="text"/> месец <input type="text"/> <input type="text"/> година <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>1.3. Навършени години</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> години</p> <p>1.4. Семейно положение</p> <p>1. женен/омъжена или в съжителство</p> <p>2. неженен/неомъжена</p> <p>3. разделен/а или разведен/а</p> <p>4. вдовец/ица</p>	<p>1.5. Образование</p> <p>без <input type="checkbox"/> начално <input type="checkbox"/> основно <input type="checkbox"/> средно <input type="checkbox"/> висше <input type="checkbox"/></p> <p>1.6. Професия</p> <p>1. фермер, животновъд, лесовъд, др.</p> <p>2. работник - промишлен, строителен, др.</p> <p>3. служител (умствен труд, услуги)</p> <p>1.7. Трудова заетост:</p> <p>1. На държавна служба</p> <p>2. Недържавна служба</p> <p>3. Самонаемащ се</p> <p>4. Учащ</p> <p>5. Домакия / Зает с домакинството</p> <p>6. В отпуск по майчинство/ по бащинство</p> <p>7. Безработен, трудоспособен</p> <p>8. Безработен, нетрудоспособен</p> <p>9. Пенсионер</p>
--	--

7. ЗНАНИЯ ЗА ЗДРАВΟΣЛОВЕН НАЧИН НА ЖИВОТ И ПОВЕДЕНИЕ

<p>7.1. Според Вас пушенето вреди ли на здравето?</p> <p>1. не</p> <p>2. може би</p> <p>3. да</p> <p>7.2. Какво количество алкохол би могъл да изпива човек, в рамките на една седмица, без да вреди на здравето си?</p> <p>концентрат <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> мл</p> <p style="text-align: center;">ИЛИ</p> <p>вино <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> мл</p> <p style="text-align: center;">ИЛИ</p> <p>бира <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> мл</p> <p>7.3. Считате ли, че е необходимо да закусвате сутрин, за да сте здрав?</p>	<p>7.7. Според Вас, коя е най-важната причина за твърде високата заболяемост сред населението в нашата страна? (Моля отбележете <u>само един</u> отговор)</p> <p>1. нездравословно хранене</p> <p>2. стрес</p> <p>3. трудни условия на живот</p> <p>4. напрегната работа</p> <p>5. тютюнопушене</p> <p>6. недостатъчна физическа активност</p> <p>7. липса на витамини, минерали, др.</p> <p>8. наднормено тегло</p> <p>9. наследствени фактори</p> <p>10. злоупотреба с алкохол</p> <p>11. недобро здравно обслужване</p> <p>12. друга, моля посочете</p>
--	---

1. ежедневно
2. 3-4 пъти седмично
3. рядко/никога
4. не зная

7.4. Колко пъти седмично е необходимо да правите физически упражнения, за да укрепите здравето си?

1. 1-2 пъти
2. 3-4 пъти
3. 5-7 пъти
4. не зная

7.5. Колко минути дневно трябва да продължават физическите упражнения, за да бъдат полезни за здравето?

1. до 15 минути
2. 15-30 минути
3. над 30 минути
4. не зная

7.6. Откъде предпочитате да получавате информация, посветена на здравето?

1. телевизия
2. радио
3. преса (вестници, списания)
4. беседи, лекции
5. разговори с лекар
6. разговори с медицинска сестра
7. здравни материали (дипляни, листовки)
8. интернет

7.8. През последната година (12 месеца), променили ли сте консумацията на хранителни продукти и други навици, за да опазите здравето си?

	да	не
консумирам по-малко мазнини	1	2
промених вида на мазнините, които консумирам	1	2
консумирам повече зеленчуци	1	2
консумирам по-малко захар	1	2
консумирам по-малко сол	1	2
спазвам диета за намаляване на теглото	1	2
консумирам по-малко алкохол	1	2
правя повече физически упражнения	1	2
намалих пушенето на цигари	1	2
спрях да пуша цигари	1	2

7.9. Кой би трябвало да носи най-голяма отговорност за Вашето здраве?

(Моля отбележете само един отговор)

1. вие самият
2. лекарите
3. държавата
4. друг, моля посочете

Извършил анкетиранието:.....
/фамилия, подпис/
Дата

Проверил картата:
/фамилия, подпис/
Дата

ПРИЛОЖЕНИЕ 2.

АНКЕТНА КАРТА ЗА ИЗПОЛЗВАНИ КАНАЛИ ЗА ЗДРАВНА ИНФОРМАЦИЯ СРЕД НАСЕЛЕНИЕ НАД 20 ГОДИНИ – 2016-2017

Уважаеми анкетирани,

С настоящата анкета бихме желали да разберем кои са източниците за здравна информация, които използвате. Крайната ни цел е да се подобри ефективността на здравната комуникация.

Молим да заградите с кръгче цифрата пред изчисления от вас отговор на всеки въпрос и където е необходимо, да попълните с текст.

Анкетата е анонимна.

Благодарим Ви за отзивчивостта!

ВЪПРОСНИК – 20+ години

1. Вашият пол: 1. Мъж 2. Жена

2. Вашата възраст: навършени години

3. Вашето образование:
 1. Висше 2. Основно
 3. Средно 4. Начално 5. Без образование

4. Местожителство по области:
 1. Благоевград 9. Кърджали 17. Разград 24. Стара Загора
 2. Бургас 10. Кюстендил 18. Русе 25. Търговище
 3. Варна 11. Ловеч 19. Силистра 26. Хасково
 4. В.Търново 13. Пазарджик 20. Сливен 27. Шумен
 5. Видин 14. Перник 21. Смолян 28. Ямбол
 7. Габрово 15. Плевен 22. София-град
 8. Добрич 16. Пловдив 23. София

5. Семейно положение
 1. Женен/омъжена или в съжителство
 2. Неженен/неомъжена
 3. Разделен/а или разведен/а
 4. Вдовец/ица

6. Професия:
 1. Служител/ умствен труд, услуги/
 2. Работник
 3. Фермер, живодновъд
 4. Друго /посочете/

7. Трудова заетост

1. На държавна служба
2. Недържавна служба
3. Самонаемащ се
4. Учащ
5. Домакиня/Зает с домакинството
6. В отпуск по майчинство/бащинство
7. Безработен/трудоспособен
8. Безработен/нетрудоспособен
9. Пенсионер

8. Откъде предпочитате да получавате информация за здравето?

(посочете повече от един отговор)

1. лекар;
 2. телевизия /здравни предавания, консултация със специалист/;
 3. печатни материали /книги, списания, вестници, дигитални, брошури/;
 4. Интернет;
 5. близък човек /семејство, приятели/
 6. друго (посочете)
-

9. Кои от изброените източници използвате относно здравна информация за остро заболяване?

(посочете повече от един отговор)

1. лекар;
2. телевизия /здравни предавания, консултация със специалист/;
3. печатни материали /книги, списания, вестници, дигитални, брошури/;
4. Интернет;
5. близък човек /семејство, приятели/

10. Кои от изброените източници използвате относно здравна информация за хронично заболяване?

(посочете повече от един отговор)

6. лекар;
7. телевизия /здравни предавания, консултация със специалист и др. /;
8. печатни материали /книги, списания, вестници, дигитални, брошури/;
9. Интернет;
10. близък човек /семејство, приятели/

11. Кой от изброените източници използвате относно здравна информация за намаляване на наднормено тегло?:

(посочете повече от един отговор)

6. лекар;
7. телевизия /здравни предавания, консултация със специалист и др./;
8. печатни материали /книги, списания, вестници, дипляни, брошури/;
9. Интернет;
10. близък човек /семейство, приятели/

12. Кой от изброените източници използвате относно здравна информация за високо кръвно налягане?

(посочете повече от един отговор)

1. лекар;
2. телевизия /здравни предавания, консултация със специалист и др./;
3. печатни материали /книги, списания, вестници, дипляни, брошури/;
4. Интернет;
5. близък човек /семейство, приятели/

13. Кой от изброените източници използвате относно здравна информация за отказ от тютюнопушене?

(посочете повече от един отговор)

1. лекар;
2. телевизия /здравни предавания, консултация със специалист и др./;
3. печатни материали /книги, списания, вестници, дипляни, брошури/;
4. Интернет;
5. близък човек /семейство, приятели/

14. Кой от изброените източници използвате относно здравна информация за зависимости /алкохол, дрога/?

(посочете повече от един отговор)

1. лекар;
2. телевизия /здравни предавания, консултация със специалист и др./;
3. печатни материали /книги, списания, вестници, дипляни, брошури/;
4. Интернет;
5. близък човек /семейство, приятели/

15. Кой от изброените източници използвате относно информация за здравословен начин на живот?

(посочете повече от един отговор)

1. лекар;
2. телевизия /здравни предавания, консултация със специалист и др./;
3. печатни материали /книги, списания, вестници, дипляни, брошури/;
4. Интернет;
5. близък човек /семейство, приятели/