

ДОВЕРИЕТО В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО – ОТПРАВЕН ОРИЕНТИР ЗА УСПЕШНОТО МУ УПРАВЛЕНИЕ

В. Михайлова, М. Лъочкова, Д. Димитрова, И. Биволарски

CONFIDENCE IN HEALTHCARE AS REFERENCE POINT FOR SUCCESSFUL MANAGEMENT

V. Mihailova, M. Liochkova, D. Dimitrova, I. Bivolarski

Резюме. Доверието и съпровождащият го риск в етико-психологичен план се явяват неизследвана проблематика в здравния мениджмънт. На базата на емпирично проучване чрез оценъчна скала (по R. Walker, 2006) са проследени професионалните и поведенчески характеристики сред 97 лица с висше медицинско и немедицинско образование с управленски позиции, обучавани в магистърска програма по здравен мениджмънт (2013) във Факултет по общественото здраве към Медицинския университет – Пловдив. Високо се оценява конфиденциалното отношение на ръководителя към информацията, като ценностите му са доминирани в значителна степен (69.66%) от интересите на организацията ($P < 0.001$). Налице са известни дефицити в мотивацията за подкрепа на обединените действия на екипа, свидетелстващи за появата на риска. Изграждането на свързани с доверието стратегии провокира развитието на мениджърски техники и подходи за по-ефективно регулиране и създаване на оптимална интегрирана система за ползвателите на здравни услуги.

Summary. Confidence and the corresponding risk in terms of ethics and psychology are problems of health management that have not been studied much so far. On the basis of an empirical study using an evaluation scale (according to R. Walker, 2006) were traced professional and behavioral characteristics of 97 people with higher medical or other education occupying managerial positions who attended a Master program in health management (2013) at the Faculty of Public Health at the Medical University of Plovdiv. Highly appreciated appears to be manager's treatment of information as confidential, and his values are significantly dominated (69.66%) by the interests of the organization ($P < 0.001$). Building confidence related strategies causes development of manager techniques and approaches for more efficient regulation and creation of the best integrated system for health services users.

Въведение към проблема

Синхронизираните действия на професионално и организационно ниво при функционирането на структурите на лечебните заведения се основават на взаимно доверие. Доверието и съпровождащият го риск се явяват неизследван елемент от взаимоотношенията на членовете на екипите в системата на здравеопазването в нашата страна.

Здравните мениджъри и техният персонал оперират в среда, която е едновременно пазарна и бюрократична, и се базира на функциите на обслужващата мрежа. Пазарните реформи повишават ефективността, но не са в състояние да запълнят дефицитите в обслужването и да създадат интегрирана система за ползвателите на здравни услуги. Водят се оживени прения по темата, че независимо от стремежа на политиките за синхронизиране на действията на отделните звена, все още не са постигнати необходимите резултати.

Същност на доверието

Кратка историческа справка – обособени са три ядра на различните схващания за доверието, а именно: доверие в самия себе си; доверие в другите хора; доверие в бъдещето.

За тези три компонента Р. Becker (1993) предлага концепцията за „*позитивната триада*” и изгражда хипотезата, че триадата на доверието може да допринесе за личностно благополучие и оптимален здравен статус на индивида. По този начин елементите на доверието включват в същностен план следното съдържание:

► **Доверие в самия себе си** – позитивна личностна концепция за вяра в собствените способности към решаване на проблеми и вътрешна увереност, възможности за контрол над тях – „самодоверие“; въведено е от G. Krampen (1987) в рамките на поведенческо-ориентираната психология на личността. Обособява се и понятието прадоверие – увереността да разчита на себе си, опирайки се на доверието на другите в собствената личност. В този смисъл доверието се интерпретира като генерализирано очаквано ситуационно независимо събитие, че със собствено съучастие могат да

настъпят позитивно оценявани събития, съответно могат да бъдат предотвратени негативно оценявани събития (Selbstwirksamkeitsüberzeugungen). Това включва убеждението, че индивидът разполага с добри предпоставки за активно превъзможване на бъдещи предизвикателства.

► **Доверие в другите хора** – интерперсонално (междоличностно доверие). J. Rotter (1980, 1981) го свежда до генерализирано очаквано поведение, че може да се разчита на думата, изказаното мнение и обещанията на дадена личност или група.

► **Доверие в бъдещето** – диспозиционален оптимизъм. M. Scheier и C. Carver (1985, 1987) отнасят понятието към спокойна, очаквателна позиция спрямо бъдещето.

Доверие и риск – Рискът е концепция, описваща несигурността от последиците от човешката дейност в сложната действителност. Рискът съществува в контекста на решението и действието. Той не съществува сам по себе си: „... ако се въздържа от действия, ще избегнем риска [7]. Така, ако едно действие се извършва преднамерено, с оглед възможността да бъде осуетено от действието на други, тази ситуация може да се определи като доверие (в себе си, или към определена група). В този смисъл рискът и доверието са взаимно свързани – доверието поражда риска, чийто магнитуд се влияе от нивото на доверието [16]. Или, когато доверието се проявява и се разгръща, то започва да се преразпределя върху риска; но без риск няма основание за доверие. Рискът от гл.т. на мениджмънта поражда склонност към опортюнистично поведение [3, 4].

Следователно доверието е инсуфициентно по отношение на дългосрочното прогнозиране на отношенията между личностите и организациите, тъй като доверието като очакване за бъдещи действия, винаги може да бъде компрометирано.

Съвременни проучвания на доверието в мениджърската литература акцентират най-вече върху доверието като предиктор на менталното и физическото здраве [6]. На американски психолози принадлежи заслугата посредством диспозиционалния оптимизъм да открият характеристики

на личността, допринасящи за изясняване и прогнозиране на физическото здраве [11, 12].

Изследвания на доверието към здравната система са извършени в Канада от J. Abelson, F. Miller, M. Giacomini (2009). Резултатите насочват към необходимостта от актуализиране на концепцията за доверието в здравната политика и въвеждане на мениджърски интервенции за възстановяване на изгубеното доверие.

Обект на изследователски интерес са възприятията за доверие и риск в първичната медицинска помощ и възможностите за контрол и управление с оглед ефективното им функциониране [13].

Аналитична съпоставка на общественото доверие в здравеопазването в Нидерландия, Англия и Уелс отдава различията на културалните характеристики на населението в тези три страни [15].

Цел

Цел на настоящото проучване е разкриване на механизма на възникване на усещането за доверие въз основа на измерване на индивидуалните ценностни представи за мениджмънт на здравните структури с оглед на набелязване на стойностна концепция за доверието и нейните биоетични измерения при функциониране на здравеопазването в южния регион на България.

Обектът на изследване е насочен основно към етичната оценка на интерперсоналното доверие в рамките на взаимоотношение – взаимодействие на екипа мениджър – членове на организацията.

Материал и методика

Изследвани са 97 студенти, обучавани в магистратурата по Здравен мениджмънт и обществено здраве към Факултета по обществено здраве, Медицински университет – Пловдив. Изучаващите тази специалност заемат мениджърски позиции в здравни заведения на Южна България – директори на болници, управители на диагностично-консултативни центрове и медицински центрове, началници на клинични отделения, ръководители на катедри към медицинските университети в Пловдив и Стара Загора, главни административни асистенти към академичните структури, председатели на трудови експертни лекарски комисии, доставчици на здравни услуги и др. Лицата са с висше медицинско образование – хуманни лекари и лекари по дентална медицина, магистър-фармацевти, юристи, икономисти. Придобиването на магистратура по здравен мениджмънт и обществено здраве е задължително условие за заемане на съответната ръководна длъжност.

На базата на извършено пилотно проучване върху 30

лица бе определен необходимия брой наблюдавани случаи, възлизащ на 94 лица. От изследваните 102 отпаднаха 5 поради некоректно попълнени данни. Общият брой на изследваните лица осигурява гаранционна вероятност на проучването 95% ($t=1.96$). Изследването е проведено през първото шестмесечие на 2013 г.

Проведена е пряка индивидуална анкета, включваща въпросник с полузакрити въпроси. Използвана е с любезното разрешение на авторите Trust Evaluation Scale (TES) [14].

Извършено е качествено емпирично проучване, посредством оценъчна скала за измерване на доверието и установяване на взаимовръзки между персоналните професионални качества и поведенчески характеристики на ръководната личност и управявания от нея персонал. Разграничени са различията за собствено позициониране на твърденията на респондентите в зависимост от индивидуалните ценностно-етични характеристики към противичащите на базата на доверието процеси в рамките на междуличностните отношения. Използваният инструментариум – скала за идентифициране на показателите (твърденията) за доверие по нива/степени на проявление (*никога, понякога, обикновено, винаги*) се състои от две части: част I. съдържа въпроси, съответстващи на доверието към личността, оторизирана да действа като координираща фигура на организацията; структурирана е в два панела – А. способност да взаимодейства в рамките на организацията и Б. ценности и мотивация, подкрепящи обединените действия; част II. насочена към опита на мениджъра да управлява организацията като цяло, която включва панел А. морално-етична оценка за поемане на отговорност и задължения от членовете на екипа и панел Б. способност за взаимовръзки, ценности и мотивация на членовете на екипа за подкрепа на обединени действия.

Резултати и обсъждане

Социалните правила и норми, които формират основата на взаимоотношенията в здравните структури, са идентифицирани и широки, но не универсални. При диференцирането им те включват морално-етични ценности като компетентност, съгласуваност и отговорност, интерактивност, мотивация, респект, смелост, поверителност, отворени комуникации, флексибилност, високи стандарти и професионализъм, действия за общото благо.

От илюстрираните данни в Таблица 1 (част I, панел А) е видно, че на приоритетно място в ценностната система на ръководителя стои конфиденциалното отношение към информацията, отнасяща се до организацията. Този отговор в степента *обикновено* надхвърля половината (51.5%) и *винаги* 1/5 (21.6%), или общо присъства в 3/4 от отговорите. Като

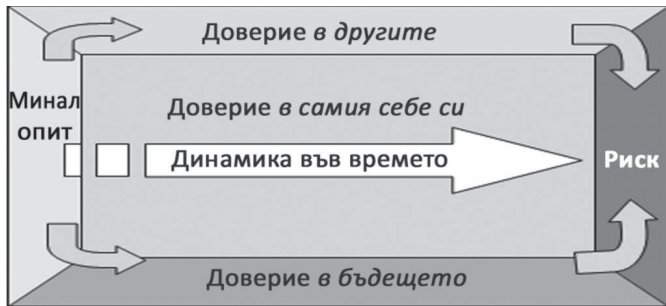
Таблица 1. Разпределение на управленско-етичните ценности на мениджъра за взаимодействие в рамките на организацията по степени на проява в (%)

Показатели/нива	Никога			Понякога			Обикновено			Винаги			Общо		Сигнификантност	
	Бр.	%	Sp	Бр.	%	Sp	Бр.	%	Sp	Бр.	%	Sp	Бр.	%	P	X2
Част 1, панел А																
1. Конфиденциалност	2	2.1	1.85	24	24.7	8.58	50	51.5	9.95	21	21.6	8.19	97	100	0.001	48.19
2. Адекватни решения	2	2.1	1.85	24	24.7	8.58	47	48.5	9.95	23	23.7	8.46	96	100	0.001	74.08
3. Комуникация/проактивен подход	1	1	0.98	39	40.2	9.76	39	40.2	9.76	17	17.5	73.6	96	100	0.001	74.80
4. Разпределение на информацията	1	1	0.98	25	25.8	8.71	40	41.2	9.80	29	29.9	9.11	96	100	0.001	61.29
5. Съобразяване с процесите, присъщи на организацията	2	2.1	1.85	18	18.6	7.74	41	42.3	9.83	36	37.1	9.61	97	100	0.001	39.28
6. Честност и почтеност	1	1	0.98	21	21.6	8.19	44	45.4	9.91	31	32.0	0.28	97	100	0.001	40.69
Част 1, панел Б																
1. Сходни цели	2	2.1	1.85	39	40.2	9.76	44	45.4	9.31	12	12.4	6.56	97	100	0.001	51.60
2. Ясни цели	3	3.1	2.45	24	24.7	8.58	47	48.5	9.95	23	23.7	8.46	96	100	0.001	40.03
3. Последователни и принципни цели	1	1	0.98	27	27.8	8.92	51	52.6	9.94	18	18.6	7.74	96	100	0.001	53.72
4. Ценности, доминирани от организацията	3	3.1	2.45	26	26.8	8.81	43	44.3	9.89	24	24.7	8.58	97	100	0.001	63.36

особено съществена се очертава способността на ръководителя за формулиране на подходящи оценки и адекватни решения – винаги в почти 1/4 от случаите и обикновено в почти половината. Водеща позиция в отговорите винаги се явява качеството на мениджъра да се съобразява винаги с подходите и процесите, присъщи на организацията (37.1%), подкрепено в значителен дял (42.3%) като обичайна практика. Основна стойност в общуването заема честността и почтеността за над 3/4 от респондентите (винаги 32% и обикновено 45.4%).

Същевременно се оказва, че поставените цели (Таблица 1, панел Б) са само понякога сходни с тези на членовете на организацията (40.2%) и не винаги са ясно формулирани (24.7%). Въпреки че в почти 3/4 от присъстващите отговори целите на ръководителя са доминирани от интересите на организацията, в над 1/4 от случаите е налице само частично съвпадение (понякога) при оценката на тази ценност. Резултатите свидетелстват за проявлението на известни дефицити в ценностите и мотивацията за подкрепа на обединените действия. Открива се ниша за управленско въздействие върху възможностите за колаборация. Обособява се мнението, че съвместната работа (второ ниво на риска) съдържа потенциала към създаване на конфликти, съпротива и опортюнистично поведение и действия на членовете на екипа [10]. Възниква основанието да се предполага, че е прекрачен оптимума на доверието и преминаване в дисфункционален стадий (distrust), и съответно в риск (Фигура 1).

Фигура 1. Динамична конфигурация на доверието в рамките на организационна структура

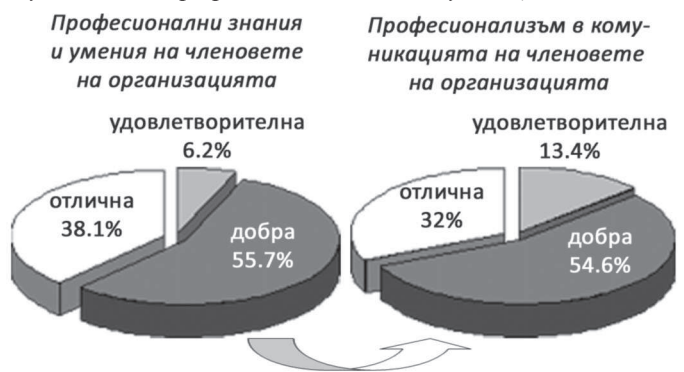


При анализа на част II от въпросника, третираща мнението на ръководителя за поемане на отговорност и задължения от членовете на организацията (Таблица 2.1, панел А) се оказва, че служителите в над 1/3 от случаите винаги постигат висок стандарт на постиженията, което с „обикновеното“ му проявление съответства на 80% от отговорите (P<0.01). Потвърждава се, че вложените и демонстрирани умения рефлектират в сигурни и надеждни резултати. Същевременно не следва да се пренебрегват почти 1/5 от спо-

делените впечатления на ръководителя за понякога или рядко (невинаги) спазване на тези изисквания. Редуцирането на тези ценностни критерии се явява алармен сигнал, свидетелстващ за накърнено доверие на ръководителя към част от членовете, допринасящо за неоптимално функциониране на дадена структура (P<0.001; $\chi^2=79.4$)

Твърдението за невинаги доминирането на сигурни и надеждни резултати и висок стандарт на постиженията, както и разминаването с целите на организацията от страна на ръководителя (P<0.01; $\chi^2=63.36$) са в права значителна корелационна връзка (R=0.470) с общо над половината „добри“ и „удовлетворителни“ отговори за доказани професионални качества и професионализъм на членовете в комуникацията (при отлични резултати около 1/3). Ясно е илюстрирана и връзката между професионалните знания и умения на членовете на екипа, от една страна, и проявият професионализъм в комуникацията им, от друга страна (Фигура 2).

Фигура 2. Съотношение между професионалните знания и умения към професионализма на комуникацията в екипа



Доверието е силно свързано с информационната и емоционалната междуличностна мотивация за подкрепа на обединените действия (Таблица 2.2, панел Б). В преобладаващия брой отговори се откроява тенденцията за конвергиране към степените обикновено (59.8%) и винаги (23.7%), което характеризира проактивен подход към комуникацията и съобразяване с процесите, които се възприемат като синхронизиращи и обединяващи за организацията; нивата обикновено и винаги на целите на членовете в 60% са доминирани от интересите на структурата. Същевременно за почти 40% преследваните цели рядко и никога (2.1%) не съвпадат с тези на организацията. Данните дават основание да се предполага, че в значителна част е налице разминаване с изискуемата лоялност към съответната здравна структура, явяващо се предпоставка за намаляване на шансовете за успешно пре-

Таблица 2.1. Разпределение на управленско-етичните ценности по степени на проява на членовете на екипа според мнението на мениджъра (в %)

Показатели/нива	Никога			Понякога			Обикновено			Винаги			Общо		Сигнификантност	
	Бр.	%	Sp	Бр.	%	Sp	Бр.	%	Sp	Бр.	%	Sp	Бр.	%	P	X2
Част 2, панел А																
1. Сигурни и надеждни резултати	-			17	17.5	7.56	60	61.9	9.66	20	20.6	8.05	97	100	0.001	35.6
2. Постигания с висок стандарт	-			18	18.6	7.74	45	46.4	9.92	33	34.0	9.43	97	100	0.001	44.81
3. Умения във всички професионални умения	2	2.1	2.85	12	12.4	6.56	56	57.7	9.83	27	27.8	8.92	97	100	0.001	68.48
4. Адекватни решения и дейности	2	2.1	2.85	35	36.1	9.56	35	36.1	9.56	24	24.7	8.58	97	100	0.001	59.24
5. Адекватни преценки на членовете	-			25	25.8	8.71	56	57.7	9.83	16	16.5	7.39	97	100	0.001	27.2
Показатели/нива	Слабо			Удовлетворително			Добре			Отлично			Общо		Сигнификантност	
	Бр.	%	Sp	Бр.	%	Sp	Бр.	%	Sp	Бр.	%	Sp	Бр.	%	P	X2
6. Доказани познания в професионалната сфера	-			6	6.2	4.80	54	55.7	9.89	37	38.1	9.66	97	100	0.001	36.64
7. Професионализъм в комуникацията на членовете	-			13	13.4	6.78	53	54.6	9.91	31	32.0	9.28	97	100	0.001	24.82

Таблица 2.2. Разпределение на способността за осъществяване на взаимовръзки и взаимодействия в рамките на организацията (в %)

Показатели/нива	Никога			Понякога			Обикновено			Винаги			Общо		Сигнификантност	
	Бр.	%	Sp	Бр.	%	Sp	Бр.	%	Sp	Бр.	%	Sp	Бр.	%	P	X2
Част 2, панел Б																
1. Членовете на организацията разбират какво се очаква от тях	1	1.0	1.98	15	15.5	7.20	58	59.8	9.76	23	23.7	8.46	97	100	0.001	72.80
2. Проактивен подход в комуникацията	-			33	34.0	9.43	49	50.5	9.95	14	14.4	6.99	97	100	0.001	55.04
3. Нагласа за разпределяне на информацията	-			29	29.9	9.11	49	50.5	9.83	27	27.8	8.92	97	100	0.001	14.43
4. Подходите и процесите в организацията са синхронизирани	-			14	14.4	6.99	52	53.6	9.92	31	32.0	9.28	97	100	0.001	22.41
5. Сходни цели на членовете	-			21	21.6	8.19	62	63.9	9.56	14	14.4	6.99	97	100	0.001	41.50
6. Цели, доминирани от интересите на структурата	2	2.1	2.85	36	37.1	9.61	36	37.1	9.61	22	22.7	8.34	97	100	0.001	61.81
7. Почтени/честни взаимоотношения	-			30	30.9	9.20	49	50.5	9.95	18	18.6	7.74	97	100	0.001	15.11
Показатели/нива	Слабо			Удовлетворително			Добре			Отлично			Общо		Сигнификантност	
	Бр.	%	Sp	Бр.	%	Sp	Бр.	%	Sp	Бр.	%	Sp	Бр.	%	P	X2
1. Изразени интерперсонални умения	-			22	22.7	8.34	60	61.9	9.66	14	14.1	6.99	97	100	0.001	79.54

одоляване на възникнали предизвикателства, съответно винаги благоприятно развитие на бъдещи събития. Наново се потвърждава мнението, че дефицитът на доверие намалява обединените действия. Независимо от впечатлението за професионализъм в комуникацията там, където съществува, практическата изразеност на интерперсоналните умения се проявява основно на нива *удовлетворително* (22.7%) и *добре* (61.9%) при *отлично* в 14.1%, ($P < 0.01$; $\chi^2 = 79.53$), отразено на **Фигура 3**.

Фигура 3. Организационни междуличностни умения на членовете на организацията



Наблюдават се значително до силно изразени сигнификантни прави корелационни зависимости между впечатленията за действията на мениджъра и членовете на екипа спрямо: конфиденциалния подход при провеждане на комуникациите и дискретността и предпазливото отношение на колектива ($R=0.450$); проактивният подход към комуникацията от двете страни ($R=0.454$); адекватното разпределение на информацията и проявеното разбиране от членовете за очакваните действия ($R=0.251$); честните и почтени отношения в общуването въздействат върху сигурността на резултатите и висок стандарт на постиженията ($R=0.279$ и $R=0.273$ при $P < 0.013$ и $P < 0.06$). Синхронизирани са в значителна степен целите на ръководителя, доминирани от интересите на организацията, с тези на членовете на колектива, гарантиращи надеждни резултати ($R=0.470$).

Отворените въпроси в инструмента за изследване са попълнени от 9% от респондентите. Публикуваме (по същество) някои части от тях:

„Доверието е качествено взаимоотношение между индивидите”.

„Доверието се създава в резултат на дългогодишни отношения, а не с еднократни или двукратни контакти. В периода на създаване на доверие, индивидът трябва да се сблъска с различни ситуации, в които да разбере до колко може да разчита на хората около себе си”.

„Доверието е относителна величина”.

Информаторите също смятат, че доверието е системна или институционална категория:

„Всяка преценка за обективната действителност е пречупена през парадигмата на личността. В този смисъл доверието към координатора или колегите от организацията е показател за доверието, което има анкетируваният към самия себе си. То пряко демонстрира професионалното му самочувствие и увереността в собствените сили при справяне с всекидневните задължения.”

Изразява се мнение, че проявяващият се риск за организацията може да възникне при следните негативни оценки за координатора и структурата:

„Той да е заел позиция, която не съответства на неговото ниво на компетентност.”

„Лоша преценка при подбора на персонал за организацията.”

„Организацията е създадена без ясно дефинирана мисия, цели и задачи.”

В общочовешки и професионален аспект се споделят следните конструкти за доверието:

„Без доверие човешкото съществуване се обезсмисля. В личен план доверието се изразява в преданост, нерядко безусловна. В професионален аспект – в двустранна лоялност, при спазване на йерархичния етикет и условности; предполага изключване на проявите на сервилност.”

За оптимален ход на мениджърската дейност се предлага: „При управление на екип умерено дистанцираното отношение и подход се явяват задължителен, но не съвсем надежден предпазен шалтер спрямо уязвимостта на доверието. Всяка проява на опортюнизъм води до риск, а предателството и коварството – до необратим провал на доверието; следствието е нерядко неправилни решения и действия при функциониране на структурата.”

Заключение

Изследването поставя етико-психологичен акцент върху създаването и поддържането от здравните мениджъри на структури, основани на доверието между членовете на организацията. Представите за лоялност, честност и почтеност имат съществено отношение към успешното или неблагоприятно развитие на бъдещи събития. Подчертава се фактът, че комуникативния стил на управление и конфиденциалният подход към информацията са индикатори за висок пърформанс с дългосрочен ефект.

Направен е успешен опит за предлагане на по-устойчива концепция за доверието от позиция на здравния мени-

дждър, базирана на комплексна оценка за флукуиращата му конструкция в посока доверие – нахърнено доверие – липса на доверие (trust – distrust – mistrust).

Провокира се изграждането на свързаните с доверието стратегии на ниво здравни структури и партньорства, целящи преодоляване на дефицитите в здравната система. Изследването е послание и към други изследователи – да проучват, прилагат и усъвършенстват ревизиращата се в медико-етичен аспект концепция за доверието за оптимизиране на мениджърските техники и подходи, подпомагащи ефективното регулиране и функциониране на оптимална здравна система. Необходимо е информиране и установяване на активни взаимодействия с политиките в тази сфера, с оглед интервениране в посока възстановяване на загубеното доверие към здравеопазните процеси в нашата страна.

Библиография

1. Abelson J., F. Miller, M. Giacomini. What does it mean to trust a health system? A qualitative study of Canadian health care values. Health policy, 2009, p. 63-70.
2. Becker P., Perzonlicheitseigenschaften als Schutz – bzw. Risikofaktoren für die Körperliche Gesundheit? Bericht über den 38. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychologie in Trier, 1992, Band I, S. 476-468
3. Davies W. Partner risk: Managing the downside of strategic alliances, 2001, West Lafayette: Purdue University Press.
4. Huxham C., S.Vangen. Managing to collaborate: The theory and practice of collaborative advantage, 2005, London: Routledge.
5. Krampen G. Handlungstheoretische Persönlichkeitspsychologie, 1987, Göttingen: Hogrefe.
6. Lindstrom M., M. Mohseni. Social capital, political trust and self-reported psychological health: A population-based study. Social Science and Medicine, 2009, 68, p. 436-443.
7. Luhmann N. Familiarity, confidence, trust: Problems and alternatives. In D. Gambetta (Ed.), Trust: Making and breaking cooperative relations, 1988, pp. 94-107, New York: Basil Blackwell.
8. Rotter J. Interpersonal trust, trustworthiness and gullibility. American Psychologist, 1980, 35, 1-7.
9. Rotter J. Vertrauen. Psychologie heute, 1981, 3, S. 23-29.
10. Schwarzer R. Defensiver und funktionaler Optimismus als Bedingungen für das Gesundheitsverhalten. Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 1993, 1, 7-31.
11. Sheier M., C.Carver. Dispositional optimism and physical well-being: The influence of generalized outcome expectancies on health. Journal of Personality, 1987, 55, 169-210.
12. Sheier M., C.Carver. Optimism, coping, and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. Health Psychology, 1985, 4, 219-247.
13. Walker R., P. Bisset, J. Adam. Managing risk: Risk perception, trust and control in a Primary Care Partnership. Social Science & Medicine 64 ,2007, 911-923.
14. Walker R., P. Bisset. Trust Evaluation Scale, 2006, <https://depts.washington.edu/>.
15. Zaheer A., B.McEvily, V.Perrone. Does trust matter? Exploring the effects of interorganizational and interpersonal trust on performance. Organization Science, 1998, 9(2), 141-159.
16. Zaheer A., J. Harris. Interorganizational trust. In: O.Shenkar & J. J. Reuer (Eds.), 2006, Handbook of strategic alliances. Thousand Oaks: Sage.

Автори

Ванина Михайлова, МУ-София, Катедра "Превантивна медицина", Факултет "Обществено здраве", МУ-Пловдив, Катедра "Управление на здравните грижи", Факултет "Обществено здраве"

Мариана Лъчкова, МУ-Пловдив, Катедра "Управление на здравните грижи", Факултет "Обществено здраве"

Донка Димитрова, МУ-Пловдив, Катедра "Здравен мениджмънт, икономика на здравеопазването и обща медицина", Факултет "Обществено здраве"

Илия Биволарски, МУ-Пловдив, Катедра "Обща и клинична патология", Медицински факултет

ФАКТОРИ, КОИТО ОКАЗВАТ ВЛИЯНИЕ ЗА ПРИЕМАНЕ НА ПОВЕДЕНИЯ ЗА ПРОМОЦИЯ НА ЗДРАВЕ

T. Каранешева

FACTORS WHICH INFLUENCE THE ACCEPTANCE OF BEHAVIOR OF HEALTH PROMOTION

T. Karanesheva

Резюме. Усилията на специалистите по промоция на здраве са насочени към информиране и повишаване на знанията на хората относно здравето, рисковите фактори за здравето и убеждаване на индивидите за приемане на здравословни поведенчески модели. Практиката показва, че в много случаи знанията не са достатъчни за приемане на здравословно поведение. В статията са разгледани факторите, които влияят върху приемането на здравни поведения и са дадени някои насоки за изработване на ефективни здравни послания за насърчаване на здравословен поведенчески избор.

Summary. The efforts of experts of health promotion aimed at informing and raising people's knowledge about health, health risk factors and persuading individuals to adopt healthy behaviors. Practice shows that in many cases the knowledge is not sufficient for the adoption of healthy behaviors. This article discusses the factors that influence the adoption of health behaviors.

Key words: health promotion, health messages, behavior change, factors

Промоцията на здравето е процес, който дава възможност на хората да повишат контрола върху здравето си и да го подобрят [1]. Усилията на специалистите по промоция на здраве са насочени към информиране и повишаване на знанията на хората относно здравето, рисковите фактори за здравето и убеждаване на индивидите за приемане на здравословни поведенчески модели. В много случаи знанията

не водят до приемане на здравословни поведения. Този парадокс между съществуващо знание и нелогичен поведенчески избор кара учените в областта на поведенческите науки – психолози и социолози, да изследват факторите, различни от знанието, които могат да въздействат за промяна на поведението.