

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика  
МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ ТА НАУКИ УКРАЇНИ  
Ужгородський національний університет

**ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ КОМУНІКАЦІЇ  
РИЗИКУ В ПРОФІЛАКТИЦІ ХРОНІЧНИХ  
НЕІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ (НІЗ)**

(методичні рекомендації)

Київ – 2021

**Підвищення ефективності комунікації ризику в профілактиці хронічних неінфекційних захворювань (НІЗ). Методичні рекомендації.** Київ – 2021. – 23 с.

**Установи-розробники:** Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, Ужгородський національний університет

**Укладачі:**

аспірант Балашов К. В.  
д. мед. н., професор Слабкий Г.О.  
д. мед. н., професор Гульчій О.П.  
к. мед. н., доцент Захарова Н.М.

**Рецензенти:**

доктор медичних наук, професор **Голованова Ірина Анатоліївна**, завідувачка кафедри соціальної медицини, громадського здоров'я, організації та економіки охорони здоров'я з лікарсько-трудовою експертизою Полтавського державного медичного університету МОЗ України

доктор медичних наук, професор **Погоріляк Рената Юріївна** – завідувачка кафедри громадського здоров'я та гуманітарних дисциплін УжНУ.

доктор медичних наук, професор **Любінець Олег Володимирович**, завідувач кафедри громадського здоров'я Львівського національного медичного університету імені Д. Галицького МОЗ України

**Рекомендовано** рішенням проблемної експертної комісії МОЗ та НАМН України за спеціальністю «соціальна медицина». Протокол від 2 липня 2021 року, №3.

**Розраховано** на організаторів охорони здоров'я, лікарів загальної практики – сімейної медицини, викладачів медичних закладів вищої освіти.

## **ЗМІСТ**

Умовні скорочення	<b>4</b>
Вступ	<b>5</b>
I. Теоретичне підґрунтя системи комунікацій в охороні здоров'я	<b>6</b>
II. Ситуаційний аналіз комунікаційних потреб населення України	<b>9</b>
III. Модель психографічної сегментації громадян України за чинниками ставлення до здоров'я	<b>12</b>
IV. Принципи використання онлайн-ресурсів для комунікації ризиків неінфекційних захворювань	<b>16</b>
Висновки	<b>20</b>
Використана література	<b>21</b>
Рекомендована література	<b>21</b>
Визначення ключових використовуваних термінів	<b>23</b>

## УМОВНІ СКОРОЧЕННЯ

<b>ВООЗ</b>	ВСЕСВІТНЯ ОРГАНІЗАЦІЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
<b>ЗМІ</b>	ЗАСОБИ МАСОВОЇ ІНФОРМАЦІЇ
<b>ЗСЖ</b>	ЗДОРОВИЙ СПОСІБ ЖИТТЯ
<b>ІХС</b>	ІШЕМІЧНА ХВОРОБА СЕРЦЯ
<b>ММСП</b>	МІЖНАРОДНІ МЕДИКО-САНІТАРНІ ПРАВИЛА
<b>НІЗ</b>	НЕІНФЕКЦІЙНІ ЗАХВОРЮВАННЯ
<b>НС</b>	НАДЗВИЧАЙНІ СИТУАЦІЇ
<b>ОЗ</b>	ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я
<b>СЖ</b>	СПОСІБ ЖИТТЯ
<b>ТБ</b>	ТЕЛЕБАЧЕННЯ
<b>б</b>	БАЛИ

## ВСТУП

За даними Інституту вимірювання та оцінки здоров'я [1] бл. 40% людей віком від 15 до 49 років та 80% 50-69-річних у світі помирають від хвороб системи кровообігу та хвороб органів дихання, злякисних новоутворень і цукрового діабету, що отримали загальну назву неінфекційних захворювань (НІЗ). В Україні у згаданих вікових групах частка смертей, спричинених НІЗ, істотно вища ніж у країнах Європи і становить бл. 60% та 90% відповідно.

У 2015 р. у нашій країні рівень смертності людей працездатного віку від НІЗ (617 на 100 тис. населення) у півтора рази перевищував середній для Європейського регіону ВООЗ (380 на 100 тис.) і більш ніж утричі – аналогічний показник у скандинавських країнах (186 на 100 тис.). Смертність внаслідок ішемічної хвороби серця (ІХС) (93 ос. на 100 тис. населення від 0 до 64 років) у 2,4 та в понад 8 разів більша за показник Європейського регіону та скандинавських країн відповідно [1].

Загальноновизнаними поведінковими (отже, контрольованими) факторами ризику виникнення НІЗ є 1) вживання тютюну, фізична неактивність, нездорове харчування та надмірне споживання алкоголю, а 2) метаболічними факторами – підвищений артеріальний тиск, зайва вага чи ожиріння, гіперглікемія та гіперліпідемія. Обидві групи детермінант можуть бути мінімізовані за допомогою системної зміни способу життя. Це потребує заходів з інформування населення про здорові та нездорові практики, надання практичного інструментарію та рекомендацій, підтримки належного рівня мотивації для різних груп населення.

Численні вітчизняні й міжнародні дослідження свідчать про високі рівні охоплення та довіри населення до медичних працівників, як джерела інформації про здоров'я. Збільшення ролі лікарів у профілактиці НІЗ – це не лише питання зміни каналу інформації на більш ефективний, але й можливість змінити саму методологію профілактики з адвокаційної (переважно односпрямованого інформування населення) до комунікаційної – обміну інформацією між лікарем

та пацієнтом. Такий підхід є більш ефективним шляхом підтримки переходу кожної людини до більш здорового способу життя.

Незважаючи на істотні позитивні зміни, які відбулися в Україні за напрямом комунікацій в ОЗ в останнє десятиліття, участь у діяльності міждисциплінарної робочої групи ВООЗ з комунікації ризику, яка в межах Спільної зовнішньої оцінки упродовж 2021 р. аналізує готовність України до впровадження ММСП, дозволяє констатувати початкову готовність України до ефективної діяльності у сфері комунікації ризиків [2].

## **I. ТЕОРЕТИЧНЕ ПІДГРУНТЯ СИСТЕМИ КОМУНІКАЦІЙ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я**

За Джеймсом Кері, мета комунікації полягає не лише у передачі інформації від лікаря до пацієнта, а й у залученні громади, налагодженні спільної діяльності та формуванні довіри між учасниками процесу комунікації («діяльність спрямована не на передачу інформації у просторі, а на захист суспільства у часі») [3].

Видані у 2008 р. «Рекомендації ВООЗ щодо планування комунікації під час спалахів інфекційних захворювань» [4] були покликані забезпечити:

- 1) інформування груп ризику для ухвалення ними обґрунтованих рішень і виконання дій, необхідних для захисту здоров'я і безпеки під час спалаху;
- 2) підтримку координації та ефективне використання комунікаційних ресурсів локальними, національними та міжнародними структурами ОЗ;
- 3) мінімізацію соціальних та економічних збитків;
- 4) підтримку і розбудову довіри суспільства до офіційних представників системи ОЗ, зокрема фахівців громадського здоров'я.

«Рекомендації» базуються на п'яти головних принципах комунікації ВООЗ (довірі, ранньому інформуванні, прозорості, слуханні, плануванні) і розділяють її на сім кроків [4]:

**Крок 1. Оцінка.** Полягає у вивченні наявних комунікаційних спроможностей і особливостей самої громади, включаючи демографічні

показники, освітній рівень, мовне розмаїття, а також соціально-економічне та культурне тло. Необхідно звертати увагу на доступність інформації, що поширюватиметься: знання мови або забезпечення перекладу, наявність медійної мережі (ТБ, радіо, інтернет тощо), наявність важкодоступних популяцій.

**Крок 2. Координація.** Визначення потенційних партнерів для комунікації на локальному, регіональному, національному й міжнародному рівні та розробка механізмів координації. Хорошою практикою вважається залучення представників ураженої спалахом спільноти. Різні комунікатори можуть говорити не те саме, але їхні повідомлення не повинні бути суперечливими чи заплутаними.

**Крок 3. Прозорість.** Запровадити на національному рівні політику публікації та постійного оновлення інформації у разі підтвердженого спалаху інфекційної хвороби або відповідної підозри. Забезпечення прозорості має два аспекти. Перший стосується якості: повідомлення мають бути фактологічно точні, вчасні та добре зрозумілі. Другий – формування довіри через надання зацікавленим особам інформації про механізм ухвалення рішень у керуванні спалахом.

**Крок 4. Слухати під час спалаху.** На час спалаху розробити систему постійного збору інформації про суспільні знання, ставлення та поведінку, які пов'язані з ризиком інфекційного захворювання, відповідними втручаннями та залученими організаціями. Головними завданнями цього кроку є 1) збір та оцінка культурного, мовного та соціально-економічного профілю спільноти 2) налагодження системи динамічного збору інформації 3) створення механізмів залучення отриманої інформації у процес ухвалення рішень.

**Крок 5. Оцінка комунікації.** Налагодження механізму оцінки сильних та слабких сторін публічного спілкування під час та після спалаху.

**Крок 6. Створення плану комунікації у разі НС.** Розробка письмового плану комунікації у разі НС, що включає попередні кроки.

**Крок 7. Навчання.** Забезпечити готовність шляхом створення навчальної програми з управління ризиками, зокрема моделювання та тренінги для перевірки плану комунікації та його компонентів.

Розроблений ВООЗ 2012 р. документ «Комунікація для впливу на поведінку» (Communication for Behavioural Impact – COMBI) [5] використовує модель прийняття нової поведінки HIC-DARM, яка складається з семи етапів: 1) почути (Hear) про поведінку; 2) отримати інформацію (Inform) про неї; 3) переконатися (Convince), що вона того варта; 4) вирішити (Decide) діяти відповідно до нової поведінки; 5) діяти (Act) відповідно до нової поведінки; 6) підкріпити (Reinforce) дії почуттям задоволення від впровадження нової поведінки; 7) підтримувати (Maintain) нову поведінку.

Новий погляд на забезпечення комунікації в ОЗ був забезпечений підходом, що заснований на принципі добровільного вибору здорової поведінки, і отримав назву соціального маркетингу. С. Грір та К. Браянт навели порівняння соціального маркетингу з просвітницьким підходом та законодавчими обмеженнями [6]. Посилаючись на М. Ротшильда [7], автори стверджують, що просвіта інформує, увиразнюючи переваги здорової поведінки, і переконує людей сприймати її добровільно. Просвіта найефективніша, коли переваги зміни поведінки привабливі, негайні та очевидні, витрати низькі, а навички та інші необхідні ресурси – легкодоступні. З іншого боку, законодавчі обмеження використовують примус або загрозу покарання для управління поведінкою. Цей інструмент застосовується, коли суспільство не бажає далі зазнавати збитків від нездорової чи ризикованої поведінки (наприклад, водіння у нетверезому стані), але й не мотивоване змінюватися.

На відміну від цих підходів соціальний маркетинг 1) впливає на поведінку через пропозицію альтернативи; 2) змінює навколишнє середовище, щоб зробити здорову поведінку вигіднішою 3) повідомляє це більш вигідне співвідношення між вартістю та вигодою цільовій аудиторії.

На відміну від просвіти маркетинг не просто закликає людей «приносити жертву заради суспільства», а створює сприятливе середовище для змін шляхом підвищення привабливості пропонованих переваг та мінімізації витрат, при цьому не відмовляючись від використання механізмів просвіти чи законодавчого регулювання [6].



Ефективне застосування прийомів соціального маркетингу можливе на основі сегментування (поділу на групи) аудиторії за демографічними (вік, стать, рівень освіти тощо) або психографічними (готовність особи до зміни поведінки, сприйняття рівня перешкод, пріоритетність здоров'я, локус контролю тощо) чинниками. Такий поділ покликаний дати можливість варіювати зміст повідомлення та підхід до його презентації, залежно від особливостей конкретної групи осіб.

## **II. СИТУАЦІЙНИЙ АНАЛІЗ КОМУНІКАЦІЙНИХ ПОТРЕБ НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ**

Пандемія COVID19 засвідчила, що мережа центрів первинної медико-санітарної допомоги є потужним комунікаційним ресурсом, потенціал якого використовується незначною мірою.

За даними досліджень [8–11], особи, що довіряють лікарям, демонструють більшу поінформованість про здоров'я та прихильність до системи ОЗ, найбільш охоче вакцинують дітей та звертаються по медичну допомогу. Тоді як особи, для яких провідними джерелами отримання інформації є друзі або інтернет менш поінформовані про здоров'я та схильні рідше звертатися по медичну допомогу у разі необхідності. Групою ризику щодо здоров'я є особи, що декларують відсутність довірених джерел медичної інформації: вони значно рідше звертаються по медичну допомогу, мають нижчі показники охоплення щепленнями і вважають вакцинацію менш ефективною та менш безпечною [9].

Чинниками, що найбільш істотно позитивно пов'язані з більшою авторитетністю лікарів та асоційованими з ними сервісів, є частіше наведення інформації від лікарів дітям, істотніше збільшення довіри до інформації про здоров'я, що надійшла з різних джерел, та більша підтримка необхідності дотримуватися всіх рекомендації щодо ЗСЖ для дітей. З іншого боку, вік, орієнтація на поради щодо здоров'я від друзів та власний приклад, як метод залучення дитини до ЗСЖ, а також відсутність серед близьких родичів осіб з діагностованим НІЗ зменшують сприйняття авторитетності лікарів.

У 2021 р. найбільш поширеними джерелами інформації про здоров'я серед населення були інтернет, лікарі, друзі \ знайомі та соціальні мережі. Онлайн-формам отримання інформації надають перевагу для оперативного (щоденного або щотижневого) користування, а для безпосереднього спілкування потребують тривалішого часу: 57,2% опитаних щомісяця або кілька разів на рік консультуються з лікарем, а 45,0% – з друзями чи знайомими (Рис. 1).

Лікарі, спеціалізовані медичні сайти та сторінки лікарів у соцмережах користуються найбільшою довірою у населення України як джерела інформації про здоров'я – ці три джерела водночас є і найбільш затребуваними серед респондентів. 14,1% респондентів (13,5% жінок та 16,3% чоловіків) відповіли, що не мають авторитетних джерел інформації з питань здоров'я; 9,0% (8,8% жінок та 9,7% чоловіків) високими балами (8-10 за 10-бальною шкалою) оцінили позицію «Не довіряю жодному з каналів».

Встановлені статистично імовірні відмінності в отриманні та сприйнятті інформації про здоров'я за статтю:

1) жінки порівняно з чоловіками вважають сторінки лікувальних закладів у соціальних мережах більш авторитетним джерелом інформації (63,2% жінок проти 42,5% чоловіків,  $p=0,00105$ );

2) чоловіки частіше за жінок взагалі не отримують інформацію про здоров'я з соціальних мереж (36,3% чоловіків проти 17,9% жінок,  $p=0,00164$ );

3) чоловіки більше довіряють телебаченню (повністю або значно довіряють цьому каналу інформації 31,3% чоловіків та 14,2% жінок,  $p=0,00866$ );

4) чоловіки з більшою частотою не бажають отримувати інформацію про здоров'я з книжок (31,3% чоловіків проти 15,4% жінок,  $p=0,02057$ ).

## Ставлення опитаних до джерел отримання інформації про здоров'я

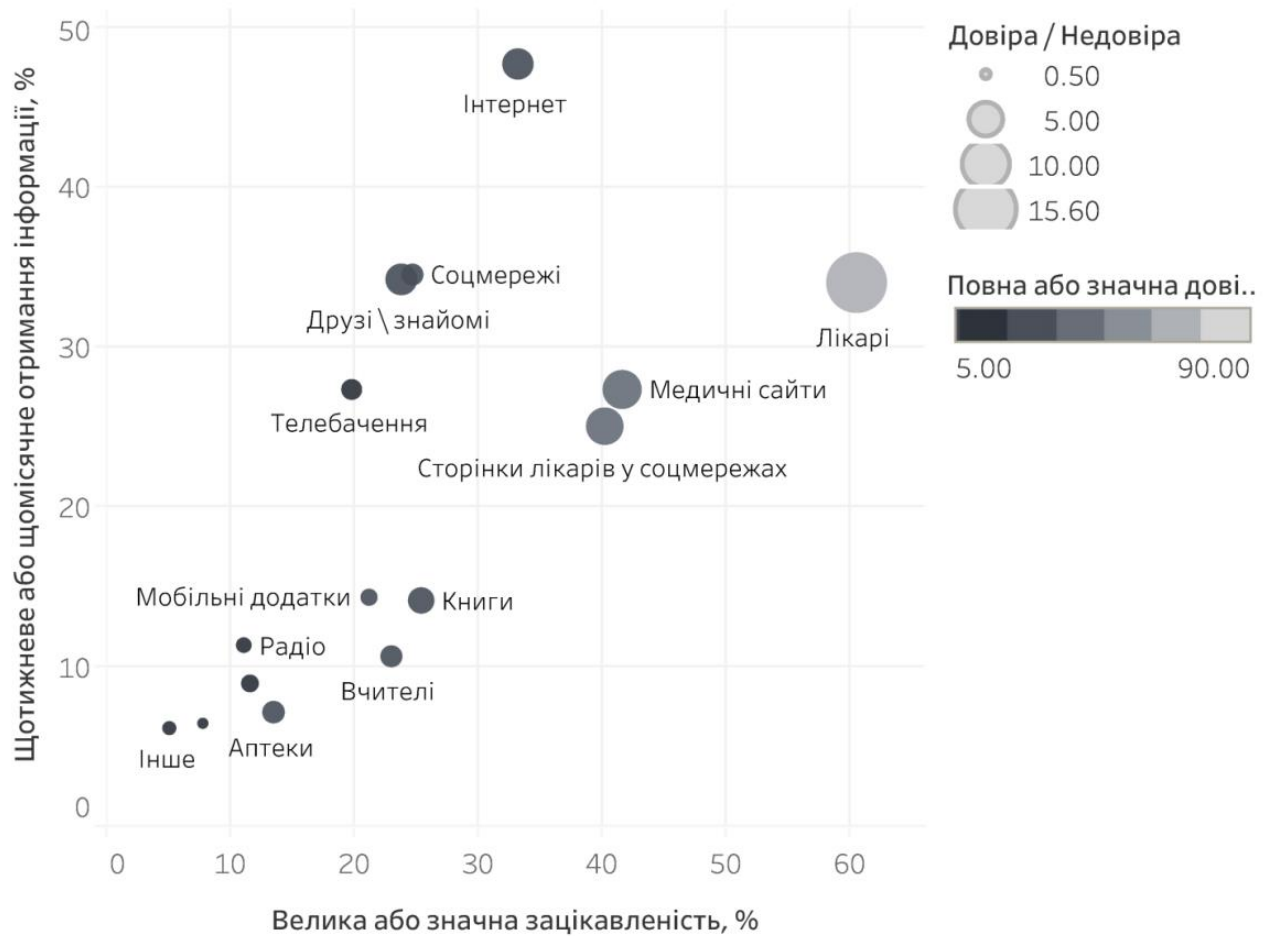


Рис. 1. Ставлення опитаних до джерел отримання інформації про здоров'я [8]

Зважаючи на високий рівень авторитетності медичних сайтів, сторінок лікарів та медичних установ у соціальних мережах (надалі – асоційовані з лікарями сервіси) необхідно підвищувати обізнаність та готовність медичних працівників до комунікації з населенням за допомогою ресурсів інтернету. Відповідно, були розроблені заходи оптимізації підготовки лікарів за напрямом комунікацій як на до дипломному, так і на післядипломному етапі.

### III. МОДЕЛЬ ПСИХОГРАФІЧНОЇ СЕГМЕНТАЦІЇ ГРОМАДЯН УКРАЇНИ ЗА ЧИННИКАМИ СТАВЛЕННЯ ДО ЗДОРОВ'Я

З метою утворення моделі психографічної сегментації був здійснений кластерний аналіз репрезентативної для України вибірки. Основою для сегментації були обрані шість чинників: 1) потреба в зміні способу життя; 2) практичні дії, спрямовані на зміну способу життя; 3) самооцінка способу життя; 4) готовність до зміни способу життя; 5) характер та інтенсивність фізичних навантажень; 6) зміна фізичних навантажень під час COVID-19. В результаті виявлені чотири групи осіб, що відрізняються за значеннями обраних чинників (табл. 1).

Таблиця 1

#### Характеристика утворених кластерів за основними параметрами

№	Номер кластера	Частка респондентів (%)	Середній бал вхідних чинників кластеризації, $X \pm SD$					
			Готовність до зміни СЖ	Фіз. навантаження	Зміна фіз.навантажень під час COVID-19	Потреба в зміні СЖ	Практичні дії	Самооцінка СЖ
1.	I	29,1	<b>8,3</b> ( $\pm 1,4$ )	<b>7,2</b> ( $\pm 1,7$ )	<b>6,6</b> ( $\pm 2,0$ )	<b>8,2</b> ( $\pm 1,4$ )	<b>7,8</b> ( $\pm 1,4$ )	<b>7,3</b> ( $\pm 1,5$ )
2.	II	18,7	6,4 ( $\pm 2,1$ )	5,5 ( $\pm 2,3$ )	4,7 ( $\pm 1,9$ )	3,1 ( $\pm 1,5$ )	6,0 ( $\pm 2,6$ )	<b>7,8</b> ( $\pm 1,3$ )
3.	III	19,9	7,2 ( $\pm 1,8$ )	<b>7,0</b> ( $\pm 1,6$ )	5,6 ( $\pm 2,0$ )	6,3 ( $\pm 2,2$ )	3,9 ( $\pm 1,7$ )	4,2 ( $\pm 1,7$ )
4.	IV	32,3	6,1 ( $\pm 2,3$ )	3,8 ( $\pm 1,7$ )	2,8 ( $\pm 1,6$ )	<b>8,0</b> ( $\pm 1,6$ )	6,7 ( $\pm 1,8$ )	6,2 ( $\pm 1,8$ )
5.	Всього	100,0	7,0 ( $\pm 2,1$ )	5,7 ( $\pm 2,3$ )	4,8 ( $\pm 2,4$ )	6,8 ( $\pm 2,5$ )	6,4 ( $\pm 2,3$ )	6,4 ( $\pm 2,1$ )

У результаті аналізу встановлено, що основні відмінності між кластерами полягають у потребі та готовності до зміни способу життя, задоволеності окремими сферами життя та рівнем їхньої пріоритетності, готовності до здійснення комунікації щодо здоров'я, поінформованості про вплив способу життя людини на виникнення НІЗ та вплив цієї групи патологій на матеріальний добробут людини чи країни (табл. 2).

Відповідно до цих особливостей була розроблена комунікативна рамка, що передбачає основні цілі та тематику комунікації на поточному етапі, а також рекомендовані канали комунікації. Оскільки лікарі, медичні сайти та інтернет є

## Коротка описова характеристика утворених кластерів

Знака	I кластер	II кластер	III кластер	IV кластер
Коротка назва	«Енергійні оптимісти»	«Гі, що живуть сьогоднішнім днем»	«Апатичні скептики»	«Теоретики»
Загальна характеристика	Висока потреба у зміні СЖ (8,2 б.) Висока готовність до цього (8,3 б.)	Низька потреба у зміні СЖ (3,2 б.) Низька готовність до цього (6,4 б.)	Середня потреба у зміні СЖ (6,3 б.) Середня готовність до цього (7,2 б.)	Висока потреба у зміні СЖ (8,0 б.) Низька готовність до цього (6,1 б.)
Задоволеність життям	Висока (7,7 б.)	Висока (7,7 б.)	Низька (6,2 б.)	Помірна (7,3 б.)
Пріоритети	Сім'я, гроші	Сім'я, місце проживання	Гроші, робота	Здоров'я, гроші
Частка курців, %	12,8	24,0	21,3	18,6
Залученість у проблему НІЗ	Висока (7,4 б.)	Низька (5,4 б.)	Помірна (6,6 б.)	Висока (7,2 б.)
Оцінка впливу здоров'я на фін. благополуччя людини	Висока (9,2 б.)	Помірна (8,9 б.)	Помірна (8,7 б.)	Висока (9,2 б.)
Оцінка впливу навколишнього середовища	Більш сприятлива (7,9 б.)	Менш сприятлива (7,4 б.)	Більш сприятлива (7,8 б.)	Менш сприятлива (7,3 б.)
Готовність до комунікації	Вища (2,2 б.)	Нижча (1,9 б.)	Вища (2,2 б.)	Вища (2,2 б.)

найбільш довіреними каналами інформації для всіх кластерів (медіана для кожного кластера більша за «помірно довіряю», всі кластери значно довіряють лікарям, а 4-ий – ще й медичним сайтам), то їх використання є бажаним для всіх кластерів і у подальшому описі вони згадані не будуть.

Метою комунікації з представниками **I кластеру** є:

- підтримка та посилення прихильності до ЗСЖ;
- надання прикладної доказові інформації з удосконалення способу життя;
- заохочення та навчання до розширення практик ЗСЖ на соціальне оточення;
- надання рекомендацій з оптимізації витрат для підтримання здоров'я.

Відмінності у каналах інформування: більше затребуваний інтернет, зокрема професійний медичний інтернет, не довіряють ТБ.

Таким чином комунікація з цим кластером здійснюється переважно дистанційно за рамкою, описаною нижче (для сервісів, асоційованих з лікарями).

Представники **II кластеру** найменше схильні комунікувати щодо здоров'я. Водночас, поява в інтернет-ресурсах, у ЗМІ, соціальному оточенні чи під час візиту до лікаря релевантної інформації щодо доступних шляхів оздоровлення СЖ, потенційних обмежень, пов'язаних з НІЗ, фінансових ризиків тощо формуватимуть довіреним комунікативний майданчик. До завдань комунікації з представниками II кластеру належать:

- збільшення поінформованості про провідну роль СЖ у формуванні НІЗ;
- інформування про фінансовий аспект НІЗ: інвестиції у здоров'я зараз менші, ніж витрати на лікування потім;
- посилення залученості через демонстрацію негативних наслідків для повноцінного життя, самореалізації, рідних.

**Відмінності у каналах інформування:** не довіряють книгам та вчителям.

Оскільки представники **III кластеру** в цілому сприймаються як менш благополучна (принаймні за даними самооцінки) група населення, у комунікації з ними доречно зосередитися на чинниках доступності та уникненні ризиків

(зокрема, з використанням повідомлень у негативній рамці, що передбачає демонстрацію негативних наслідків поточного СЖ, оскільки за даними [12] таке рамкування сприяє більш активному формуванню здорової поведінки). Важливим каналом донесення інформації до цієї групи осіб є телебачення. Орієнтовна тематика комунікації з цією групою осіб стосується:

- інформування про фінансовий аспект НІЗ;
- демонстрації прикладів впливу ЗСЖ на задоволеність життям;
- залучення до ЗСЖ заради дітей.

**Відмінності у каналах інформування:** довірою користуються лікарі, медичні сайти, загальний інтернет, ТБ, друзі та знайомі. Решті каналів, зокрема сторінкам професіоналів у соц. мережах, не довіряють.

**IV кластер** є найчисленнішим і охоплює майже третину населення України. Аналіз свідчить, що ця група потребує ефективних механізмів прикладної реалізації ЗСЖ. Відповідно, в комунікації з нею необхідно наголошувати на важливості проактивності та самоконтролю, демонструвати різні шляхи залучення до ЗСЖ «тут і зараз», напр., почати користуватися сходами замість ліфта, збільшити кількість овочів у раціоні тощо. Орієнтовна тематика комунікації з представниками кластеру:

- розвиток проактивного мислення;
- демонстрація доступних (за часом та грошми) методів оздоровлення СЖ;
- збільшення поінформованості про провідну роль СЖ у формуванні НІЗ;
- залучення до ЗСЖ заради дітей.

**Відмінності у каналах інформування:** більше за інших довіряють інтернету, особливо – медичним сайтам, аптечній мережі (можливе поширення, напр., у формі буклетів про практики підтримки ЗСЖ). Менше за інших довіряють друзям та знайомим.

Утворені групи (кластери) досить контрастні за ставленням до здоров'я і можуть бути ідентифіковані за допомогою короткого опитувальника під час прийому у лікаря чи за допомогою онлайн-опитувань.

#### **IV. ПРИНЦИПИ ВИКОРИСТАННЯ ОНЛАЙН-РЕСУРСІВ ДЛЯ КОМУНІКАЦІЇ РИЗИКІВ НЕІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ**

Важливими завданнями лікарів у комунікації з населенням є а) підтримка та / або розвиток прихильності до отримання достовірної інформації саме від професіоналів системи ОЗ та б) заохочення до поширення практик ЗСЖ у своєму соціальному оточенні.

Розвиток прихильності забезпечується через регулярність комунікації, що характеризується високим ступенем довіри та значною цінністю для користувача. Існують стандартні підходи до забезпечення ефективної комунікації за допомогою спеціалізованого сайту, сторінки у соціальній мережі чи безпосереднього спілкування лікаря з пацієнтом, що передбачають такі напрями діяльності:

- 1) надання сучасної доказової інформації з основних напрямів медицини;
- 2) реагування (надання коментарів та порад) на актуальні події у сфері здоров'я;
- 3) консультування населення в припустимих межах залежно від формату комунікації;
- 4) розвиток лікаря як комунікатора та посилення взаєморозуміння між лікарем та пацієнтом.

Виконання другого завдання – поширення практик ЗСЖ передбачає такі кроки:

- 1) заохочення критичного мислення та проактивності;
- 2) навчання основ менеджменту (здатність впроваджувати зміни) та інформаційної безпеки (фільтрація інформації, збереження психічного здоров'я);
- 3) надання інструментарію з проактивного та добровільного залучення до практик ЗСЖ (передбачене теорією соціального маркетингу), що дозволить знизити традиційний опір до інновацій.



Використання сучасних цифрових методів комунікації дозволяє істотно посилити заходи профілактики НІЗ, заощадити час медичного працівника, посилити довіру та взаєморозуміння між лікарем та пацієнтом.

Залежно від формату сторінки (персональна чи спільна) змінюється і підхід до її наповнення (табл. 3).

Таблиця 3

**Особливості підтримки веб-сайтів та сторінок у соціальних мережах окремими фахівцями або структурами**

	<b>Сайт</b>	<b>Соціальні мережі</b>
<b>Окремий лікар</b>	<p>Ведення особистого сайту чи блогу</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• забезпечення адекватної інформації про свою діяльність та професійні досягнення в інтернеті</li> <li>• формування персонального бренду лікаря</li> <li>• підготовка та публікація матеріалів на актуальну медичну тематику</li> </ul>	<p>Ведення особистої сторінки</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• контроль і обмеження приватної інформації</li> <li>• включення істотної частки (30-50%) публікацій робочої тематики – опис випадків, новини галузі, власна реакція на події тощо</li> <li>• відповіді на питання пацієнтів, що можуть бути вирішені дистанційно</li> </ul>
<b>Заклад або відділення</b>	<p>Ведення сайту відділення чи офіційного сайту закладу</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• забезпечення можливості пошуку інформації про заклад в інтернеті (час роботи, лікарі, надавані послуги тощо)</li> <li>• розміщення просвітницьких інформаційних матеріалів про поширені нозології та медичні маніпуляції, методи підготовки до них тощо</li> </ul>	<p>Ведення сторінки відділення або офіційної сторінки закладу</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• відповіді на питання пацієнтів, що можуть бути вирішені дистанційно</li> <li>• формування кола прихильників (споживачів послуг)</li> <li>• здійснення заходів промоції здоров'я</li> <li>• маркетингові заходи (інформування про надавані послуги, представлення персоналу (команди))</li> </ul>

На теперішньому етапі розвитку основними вимогами до ресурсного забезпечення є час фахівців, відповідальних за підготовку матеріалів, та самі кадрові ресурси, оскільки створення та функціонування сторінок у соціальних мережах здійснюється безкоштовно, а підтримка сайту (отримання доменного імені – назви сайту, та хостингу – місця на відповідно обладнаному сервері) може бути безкоштовною або не вимагати значних інвестицій.

Перед початком роботи на базі аналізу потреб та ресурсів має бути розроблений контент-план, у якому будуть передбачені:

- частота підготовки та публікації постів;
- типи або тематика контенту для публікації;
- особи, відповідальні за підготовку кожного типу контенту та комунікацію з шанувальниками сторінки (відповіді на коментарі, повідомлення тощо);
- вимоги до якості публікацій.

### **Підготовка візуальних матеріалів для здійснення комунікації**

Важливою складовою представлення інформації є її візуалізація – забезпечення наочними та інтуїтивно зрозумілими для груп цільової аудиторії супровідними матеріалами. Т.ч., великі масиви цифрових даних, алгоритми дій, концепції тощо можуть бути донесені до отримувачів інформації у простішій та доступнішій формі завдяки підготовці схем та графіків, створенню мультимедійних презентацій та застосуванню принципів форматування тексту.

Для візуалізації цифрових даних використовується пакет Microsoft Excel (або його аналоги Open Office, Google Таблиці), що надає можливість створювати циліндричні, конічні, пірамідальні гістограми, прості та об'ємні графіки, кругові та стовпчикові діаграми тощо.

Необхідними умовами створення цих засобів наочності є:

1. Дотримання читабельності: гістограма чи графік не повинні бути переважані позначками цифрових показників чи кривими, які почасти перекриваються;

2. Зрозумілість легенди: необхідно обирати контрастні кольори або геометричні фігури, що значно відрізняються;

3. Коректність: необхідно перевіряти, чи в процесі обробки інформації вона не була модифікована таким чином, що зробило її некоректною (напр., внаслідок округлень сума відсотків стала більшою чи меншою за 100%);

4. Очевидність: перед публікацією необхідно перевірити, чи не може бути інформація сприйнята помилково (так, на Рис. 2 не зазначено, що наведені дані – лише за 8 місяців 2018 р., що може вплинути на оцінку презентованого процесу користувачем).

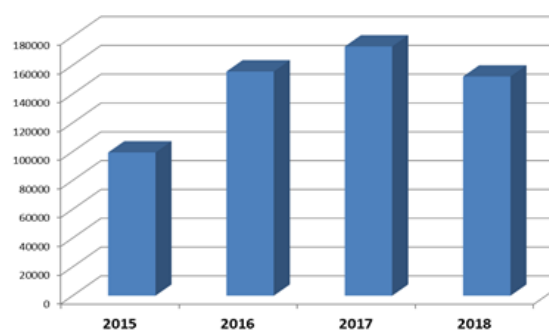


Рис. 2. Кількість відвідувачів веб-сайту (за роками) станом на 1.09.2018 р. Для адекватної оцінки динаміки цього показника важливо розуміти, що дані за 2018 р. ще будуть змінюватися.

Виклад інформації у нових засобах масової інформації має відповідати загальним вимогам до презентації результатів професійної діяльності.

Під час підготовки матеріалів для публікації необхідно дотримуватися таких принципів:

1. Структурованість: матеріал має містити логічні блоки та переходи між ними;

2. Компліментарність: візуальна компонента повинна не дублювати, а доповнювати текстову або підкреслювати ключові тези презентованої інформації;

3. Лаконічність: публікація повинна містити лише найважливіші або завершені факти \ події \ дані. Наведення проміжних етапів (якщо вони не важливі для подальшого розуміння суті справи), значного обсягу додаткової інформації переобтяжує матеріал і може негативно вплинути на її сприйняття аудиторією;

4. Інтерактивність: звернення до власного досвіду аудиторії дозволяє утримати увагу слухачів, збільшити прихильність до отриманої інформації.

З метою забезпечення лікарів необхідною професійною інформацією доречним видається створення спеціалізованих інформаційних сайтів, де збиратимуться результати нових наукових досліджень та рекомендацій, зокрема перекладені з англійської мови. Важливим компонентом у налагодженні ефективної моделі комунікації є навчання лікарів принципів роботи у мультидисциплінарних командах, зокрема з фахівцями громадського здоров'я, лікарями-спеціалістами, реабілітологами тощо.

## **ВИСНОВКИ**

НІЗ є однією з найважливіших проблем сфери ОЗ в Україні та світі, але на них можна ефективно впливати через зміну способу життя людини: відмову від шкідливих звичок, підвищення рівня фізичної активності, більш збалансованого раціону тощо.

Найбільшою довірою у населення України як джерела інформації про здоров'я користуються лікарі, а також керовані ними інтернет-ресурси: спеціалізовані медичні сайти та сторінки у соцмережах. Використання лікарями сучасних цифрових методів комунікації дозволяє не лише істотно посилити заходи профілактики НІЗ, а й заощадити час медичного працівника, посилити довіру та взаєморозуміння між лікарем та пацієнтом.

У процесі комунікації необхідно враховувати неоднорідність населення, зокрема за чинниками ставлення до здоров'я і профілактики НІЗ. Використання запропонованої моделі психографічної сегментації для взаємодії з різними підгрупами населення є кроком до ефективнішого донесення ризиків НІЗ.

## ВИКОРИСТАНА ЛІТЕРАТУРА

1. GBD Compare | Viz Hub: URL: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/GBD Compare | Viz Hub>.
2. World Health Organization. (2016). Joint external evaluation tool: International Health Regulations (2005). World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/204368>.
3. Carey, J. W. *Communication as Culture: Essays on Media and Society*: Psychology Press, 1992. 241с.
4. World Health Organization. *World Health Organization Outbreak Communication Planning Guide* World Health Organization Outbreak Communication Planning Guide 2008 Edition. 2008.
5. World Health Organization, F. and A. O. of the U. N. & U. N. C. F. (UNICEF). *Communication for Behavioural Impact (Combi) / 2012*.
6. Grier, S., Bryant, C. A. *Social Marketing In Public Health*. *Annual Review of Public Health*. 2005. Vol. 26, No. 1. С. 319–339.
7. Rothschild, M. L. Carrots, Sticks, and Promises: A Conceptual Framework for the Management of Public Health and Social Issue Behaviors. *Journal of Marketing*. 1999. Vol. 63, No. 4. С. 24–37.
8. Балашов, К. Ставлення громадян України до каналів комунікації про здоров'я: з 2012 по 2020 р. *Україна. Здоров'я нації*. 2021. Vol. 1, No. 2. С. 5–13.
9. Балашов, К. Визначення впливу джерела отримання інформації про здоров'я на готовність до вакцинації: *Scientific Practice: Modern And Classical Research Methods Volume3*, European Scientific Platform, 26.February.21.
10. Balashov, K. V., Slabkiy, G. O., Hulchiy, O. P., та ін. Relationships Between the Source of Health Information and the Behavior of Mothers of Children Under 5 Years Old: Cross-Sectional Study Analysis. *Wiadomosci lekarskie (Warsaw, Poland : 1960)*. 2021. Vol. 74, No. 3 cz 2. С. 630–635.
11. Hulchiy, O., Slabkiy, G., Balashov, K. Evidence-based approaches to communication of non-communicable diseases risks in Ukraine: identification of channel. *Україна. Здоров'я нації*. 2020. Vol. 2, No. 3.
12. Vacondio, M., Priolo, G., Dickert, S., та ін. Worry, Perceived Threat and Media Communication as Predictors of Self-Protective Behaviors During the COVID-19 Outbreak in Europe. *Frontiers in Psychology*. 2021. Vol. 12.

## РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

1. Hance, B., Chess, C., & Sandman, P. (1989). *Improving dialogue with communities: a risk communication manual for government*. у M. D. Covello VT, *Effective risk communication: the role and responsibility of government and non-government organizations* (с. 195-295). New York: Plenum Press.
2. Lozare, B. V., Storey, D., & Bailey, M. (2015). *Leadership in Strategic Health Communication*. Johns Hopkins University.
3. Renn, O., & Levine, D. (1991). *Credibility and trust in risk communication*. (S. P. Kasperson R.E., Ред.) *Communicating Risks to the Public. Technology, Risk, and Society (An International Series in Risk Analysis)*, vol 4.

4. World Health Organization. (2013). Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020. Geneva.
5. World Health Organization. (2016). Global difusion of eHealth: making universal health coverage achievable. Geneva.
6. Знаменська, М.А., Слабкий, Г.О., & Знаменська, Т.К. (2019). Комунікації в охороні здоров'я [монографія]. Київ. 194 с.
7. Москаленко, В., Гульчій, О., & Грузєва, Т. (2013). Громадське здоров'я. Вінниця: Нова книга.

## ВИЗНАЧЕННЯ КЛЮЧОВИХ ВИКОРИСТОВУВАНИХ ТЕРМІНІВ

- **Адвокація** — діяльність з представництва та захисту інтересів індивіда або групи людей з метою отримання ними доступу до благ, на які вони мають право, але не можуть його реалізувати. Досягається така мета через взаємодію від імені клієнта з юридичними та фізичними особами, впливом на громадську думку та рішення в політичній, економічній, соціальній сфері державного управління.
- **Зв'язки з громадськістю** (англ. public relations, PR) — діяльність, спрямована на досягнення взаєморозуміння та згоди між людьми, соціальними групами, класами, націями, державами на основі цілеспрямованого формування громадської думки та управління нею.
- **Комунікація** — це процес обміну інформацією між двома або більше особами, спілкування за допомогою вербальних і невербальних засобів із метою передавання та отримання інформації.
- **Комунікація невизначеності** – різновид комунікації, що передбачає необхідність донесення неповної інформації щодо теперішнього чи майбутнього стану організму, системи чи популяції, зокрема у ситуаціях, які не мають усталеного погляду на єдиний можливий шлях розвитку подій і потребують оцінки ймовірностей, або неоднаково оцінюються різними впливами групами зацікавлених осіб.
- **Маркетинг** — це діяльність, спрямована на досягнення цілей підприємств, установ, організацій шляхом формування попиту та максимального задоволення потреб споживачів.
- **Психографічна сегментація** – аналітичний підхід, що передбачає поділ досліджуваної популяції на підгрупи (сегменти) на основі соціальних та особистих чинників.
- **Соціальний маркетинг** — розробка, впровадження і контроль програм, що впливатимуть на прийнятність соціальних ідей, з урахуванням планування продукту, ціни, комунікацій, поширення та досліджень.

# **Підвищення ефективності комунікації ризику в профілактиці хронічних неінфекційних захворювань (НІЗ)**

Методичні рекомендації

## *Установи-розробники*

Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика,  
Ужгородський національний університет

## *Укладачі*

аспірант Балашов К. В.  
д. мед. н., професор Слабкий Г.О.  
д. мед. н., професор Гульчій О.П.  
к. мед. н., доцент Захарова Н.М.

Розраховано на організаторів охорони здоров'я, лікарів загальної  
практики – сімейної медицини, викладачів медичних закладів вищої освіти.

Підписано до друку 20.07.2021 р. Формат 60x84/16.  
Папір офсетний. Друк ризографічний.  
Умовн.друк.арк. 1,1. Наклад 100 прим.

---

Розтиражовано з готових оригінал-макетів ПП/ТОВ ...  
м. Київ, вул. ... Тел.: +38044 ...