

К.В. Балашов<sup>1</sup>, Г.О. Слабкий<sup>2</sup>, О.П. Гульчій<sup>1</sup>, Н.М. Захарова<sup>1</sup><sup>1</sup>Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, Київ<sup>2</sup>Ужгородський національний університет

# Концептуальна рамка психографічних досліджень у сфері профілактики неінфекційних захворювань

**Мета** — описати орієнтовану на застосування психографічної сегментації цільової аудиторії концептуальну рамку спільного дослідження Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика та Ужгородського національного університету щодо чинників виникнення неінфекційних захворювань. **Об'єкт і методи дослідження.** Використовували бібліосемантичний, біостатистичний, соціологічний методи та метод експертних оцінок. Проаналізовані звіти та опитувальники трьох міжнародних крос-секційних досліджень щодо ставлення громадян України до окремих аспектів здоров'я, наявні методичні документи Всесвітньої організації охорони здоров'я за останні 15 років щодо здійснення комунікації, профілактики неінфекційних захворювань та сприяння здоровому способу життя. Розроблено Анкету вивчення чинників виникнення та заходів профілактики неінфекційних захворювань (для заповнення громадськістю та лікарями). **Результати.** Розроблена Анкета вивчення чинників виникнення та заходів профілактики неінфекційних захворювань передбачає відповіді на запитання за чотирнадцятьма напрямками, такими як розуміння проблеми, готовність особи до зміни поведінки чи здійснення конкретних заходів, спрямованих на підтримку здоров'я, оцінка рівнів персональної залученості чи сприйняття перешкод. **Висновок.** Реалізація опитування та аналіз відповідей респондентів покликані визначити структуру переконань населення стосовно заходів профілактики неінфекційних захворювань, основні діючі фактори, сегменти населення та детермінанти готовності до вибору здорової поведінки.

**Ключові слова:** громадське здоров'я, комунікації, неінфекційні захворювання, соціальний маркетинг.

## Вступ

Важливість врахування психологічних, культурних та соціальних чинників для побудови та реалізації ефективної комунікації у сфері громадського здоров'я на сьогодні є науковим фактом (Cheng H. et al., 2011; Rappaport S., 2011; Betsch C., Böhm R., 2016; Allara E. et al., 2019; Büchter B.V. et al., 2019; Балашов К.В., 2020), а дослідження поведінкових даних, отриманих із соціальних мереж та мобільних додатків, на основі «орієнтованих на дані» методів статистичного аналізу навіть отримало назву «видобування реальності» («reality mining») (DeBord D.G. et al., 2016).

Одним із найбільш доступних для практичної реалізації таких «орієнтованих на дані» методів статистичного дослідження є кластерний аналіз. На сьогодні сегментування цільової аудиторії із застосуванням кластерного аналізу є визнаним науковим підходом до налагодження комунікації в громадському здоров'ї (Maibach E.W. et al., 1996; Diez-Roux A.V., 2000; Nárai E., 2009).

Водночас стосовно вибору методів аналізу, кількості й типу ознак, за якими здійснюється кластеризація, основна відповідальність покладається на самого дослідника та його експертний висновок (Slater M.D. et al., 2006). Тому формування комплексної експертної оцінки чинників та груп чинників, що впливають на поведінку людини у сфері здоров'я, має велике значення для подальшої інтерпретації даних дослідження та формування адекватних прикладних рекомендацій.

**Мета** — описати орієнтовану на застосування психографічної сегментації цільової аудиторії концептуальну рамку спільного дослідження Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика та Ужгородського національного університету щодо чинників виникнення неінфекційних захворювань (НІЗ).

## Об'єкт і методи дослідження

Використовували бібліосемантичний, біостатистичний, соціологічний методи та метод експертних оцінок. Проаналізовані звіти та опитувальники трьох міжнародних крос-секційних досліджень щодо ставлення громадян України до окремих аспектів здоров'я, наявні методичні документи Всесвітньої організації охорони здоров'я щодо здійснення комунікації, профілактики НІЗ та сприяння здоровому способу життя за останні 15 років та сучасний ві-

тчизняний і зарубіжний досвід використання методів статистичного аналізу у сфері охорони здоров'я та маркетингу (Gan G. et al., 2007; WHO, 2011; 2013; 2018; Державна служба статистики України та співавт., 2012; Liao M. et al., 2016; Vuik S.I. et al., 2016).

Розроблені дві модифікації (для заповнення громадськістю та лікарями) Анкети вивчення чинників виникнення та заходів профілактики неінфекційних захворювань, що передбачає відповіді на >200 запитань (з попередньо запропонованими варіантами та можливістю записати власну думку) за чотирнадцятьма напрямками. Для здійснення попередньої оцінки опитувальник запропонований для заповнення невеликим (30–40 осіб) групам лікарів та нелікарів, а також трьом представникам експертного середовища.

Участь у дослідженні передбачала добровільне та анонімне опитування в онлайн-форматі або на паперовому носії (за вибором респондента).

## Результати та їх обговорення

За аналогією до попередніх міжнародних досліджень (Державна служба статистики України та співавт., 2012; Паніотто В., Харченко Н., 2017) окремі адміністративні одиниці України об'єднані у макрорегіони — групи адміністративних одиниць, сформовані за географічним принципом. Усього сформовано 5 макрорегіонів:

- Захід (Волинська, Закарпатська, Івано-Франківська, Львівська, Рівненська, Тернопільська, Хмельницька, Чернівецька області);
- Південь (Миколаївська, Одеська, Херсонська області);
- Північ (Житомирська, Київська, Сумська, Чернігівська області та місто Київ);
- Схід (Дніпропетровська, Донецька, Запорізька, Луганська, Харківська області);
- Центр (Вінницька, Кіровоградська, Полтавська, Черкаська області).

Уніфікований підхід до формування макрорегіонів дозволив проаналізувати зміни у структурі джерел отримання інформації про здоров'я громадянами України впродовж 1999–2020 рр.

Оскільки одним із основних завдань планованого дослідження є визначення ключових груп цільової аудиторії, на I етапі про-

аналізовано сучасні наукові праці, присвячені підходам до підвищення якості кластерного аналізу (Engl E. et al., 2019), зокрема:

- кластерне рішення має бути стабільним (тобто мінімум 70% утворених кластерів мають збігатися у моделях, утворених за допомогою ієрархічних та неієрархічних алгоритмів кластеризації);
- для кластеризації варто використовувати поведінкові, а не демографічні чинники; формулюється поняття healthstyle — спосіб життя щодо здоров'я, що описує звички та переконання особи, які впливають на її здоров'я (Navarro F.H., 1990; Slater M.D., Flora J.A., 1991; Balku E. et al., 2017);
- ітеративний підхід до формування кластерного рішення є запорукою кращого результату;
- утворене рішення повинно мати пояснювальну силу, тобто надавати можливість використовувати його у практичній діяльності: для пояснення поведінки окремих груп населення та формування подальших комунікаційних дій, таких як визначення спектра потенційних груп цільової аудиторії, покращення розуміння когнітивної та мотиваційної бази цих груп цільової аудиторії, удосконалення шляхів прицільної комунікації та підготовки орієнтованих саме на цю групу цільової аудиторії повідомлень тощо;
- окремі дослідники рекомендують перед кластеризацією проводити факторний аналіз для визначення ключових чинників (Maibach E.W. et al., 1996) та зменшення кількості змінних.

В одному з перших фундаментальних досліджень, в якому застосований психографічний підхід до сегментування (Maibach E.W. et al., 1996), запропонували оцінювати такі соціальні та персональні чинники, як сприйняття соціальної підтримки, групові норми однокласників, соціальне значення поведінки, міжособистісне спілкування, безособовий ризик, сприйняття особистого ризику, очікування щодо фізичного результату та самооцінки, самоєфективність, мотивація, сила наміру, здоров'я як цінність, задоволеність життям та пошук гострих відчуттів. E. Engl та співавтори (2019) рекомендують використовувати для кластеризації параметри, які не мають однозначного сприйняття у суспільстві, та обирати мінімальну необхідну кількість параметрів з метою підвищення міжкластерного контрасту.

Таким чином, розроблена анкета для нелікарів покликана описати ставлення респондентів до 14 концептів, зокрема 5 концептів, що є результатами дослідження (залежні змінні), 7 концептів-медіаторів (незалежні змінні), а також параметрів-модераторів (переважно демографічні ознаки) та шкали упередженості.

До результатів дослідження належать такі концепти:

K1. Розуміння проблеми.

K2. Готовність особи до зміни поведінки.

K3. Готовність особи до здійснення конкретних заходів, спрямованих на підтримку здоров'я.

K4. Рівень персональної залученості.

K5. Сприйняття рівня перешкод.

До концептів — медіаторів дослідження зараховані:

K6. Міфи про НІЗ.

K7. Пріоритетність здоров'я.

K8. Користування різними типами засобів масової інформації (ЗМІ).

K9. Довіра до різних типів ЗМІ.

K10. Авторитетність ЗМІ.

K11. Фокус відповідальності.

K12. Чинники впливу на поведінку.

Концепт 13 «Модератори» поєднав такі показники, як вік, стать, місце проживання, рівень освіти, професія, рівень доступу до інтернету тощо.

Концепт 14 «Шкала упередженості» складався з трьох запитань, мета яких — встановлення рівня некритичності респондента під час заповнення опитувальника.

Наведемо короткі характеристики кожного концепту та запитань, що його утворюють.

### **Розуміння проблеми (K1)**

Вимірюється чотирма позиціями, що визначають:

- оцінку актуальності проблеми для України та світу (дві порядкові змінні за 10-бальною шкалою Лікерта від «Неактуальна взагалі» до «Гостроактуальна»);
- значущість дотримання рекомендацій для збереження здоров'я дітьми та внуками особи, що охоплюють питання щодо тютюнопаління, споживання алкоголю, фізичної активності, споживання

кухонної солі, здорового харчування, безпечного сексу, режиму дня тощо (8 порядкових змінних за 10-бальною шкалою Лікерта від «Не дотримуватися» до «Повністю дотримуватися»);

- оцінку необхідності навчання дітей здоровому способу життя (порядкова змінна за 10-бальною шкалою Лікерта від «Категорично ні» до «Так, обов'язково»).

### **Готовність особи до зміни поведінки (K2)**

Вимірюється трьома позиціями. Запитання стосуються готовності змінити свій спосіб життя, зокрема під впливом отриманої від своїх дітей інформації, та оцінки достатності дій, спрямованих на збереження здоров'я. Відповідь на кожне запитання описується порядковою змінною за 10-бальною шкалою Лікерта: від «Ні, це неможливо/Нічого не роблю» до «Так, докорінно/Так, негайно/Більше ніж достатньо».

### **Готовність особи до здійснення конкретних заходів, спрямованих на підтримку здоров'я (K3)**

Вимірюється одинадцятьма позиціями і охоплює запитання:

- регулярного відвідування лікаря для проходження профілактичних оглядів (номінальна змінна «так/ні/інше»);
- тютюнопаління (номінальна змінна «так/кинув/знову курю/ні»), зокрема інформацію про кількість спожитих за добу сигарет (метрична змінна);
- готовність взяти участь у заходах, спрямованих на збереження здоров'я, зокрема під впливом авторитетних осіб (дві порядкові 5-компонентні змінні «активно підтримаю/пасивно підтримаю/не помічу змін/пасивно не підтримаю/активно не підтримаю», в яких кожен компонент вимірюється за 10-бальною шкалою Лікерта: від «Ні, така реакція мені не властива» до «Саме так я завжди і реаую»);
- контролю рівня фізичної активності (номінальна змінна «Так/Ні/Нерегулярно/Важко сказати/Інше»), здійснення окремих видів фізичної активності (4 змінні у метричній шкалі, що оцінюють кількість приділеного цій активності часу (днів на тиждень, годин на день), фізіологічний ефект від фізичної активності (4 порядкові змінні, що характеризують фізичну активність як постійну, регулярну, епізодичну чи відсутню за інтенсивністю: висока, значна, помірна та незначна);
- залучення дітей до практик збереження здоров'я (порядкова змінна «постійно/регулярно/епізодично/не залучаю»), зокрема шляхом демонстрації власного прикладу (порядкова змінна за 10-бальною шкалою Лікерта від «Не роблю цього» до «Так, щодня»);
- загальна оцінка здійснюваних практичних дій, спрямованих на зміну способу життя (порядкова змінна за 10-бальною шкалою Лікерта від «Не роблю і не планую» до «Щоденно роблю низку заходів»).

### **Рівень персональної залученості (K4)**

Вимірюється сімома позиціями, зокрема 2 позиції також беруть участь у формуванні концепту «K6. Міфи про НІЗ». Концепт описує запитання:

- наявності в особи або її родичів діагнозу НІЗ (номінальна змінна «так/ні/не знаю»);
- самооцінки залученості у проблему НІЗ (порядкова змінна за 10-бальною шкалою Лікерта від «Категорично ні» до «Так, думаю про це щодня»);
- оцінки співвідношення (за впливом на здоров'я) між звичками, спадковістю та можливостями медичної допомоги (дві порядкові змінні за 10-бальною шкалою Лікерта від «Категорично не підтримаю» до «Цілком підтримаю»);
- залучення дітей до практик збереження здоров'я шляхом пояснення, демонстрації прикладів, інформації зі ЗМІ, інтернету, лікарів, наукових досліджень (шість порядкових змінних за 10-бальною шкалою Лікерта від «Не роблю цього» до «Так, щодня»);
- оцінки потреби у зміні способу життя для збереження здоров'я (порядкова змінна за 10-бальною шкалою Лікерта від «Не відчуваю жодної» до «Так, надзвичайну»), зокрема наявність чинників, на які звертають увагу друзі та близькі (номінальна змінна «Так/Ні/Інше»).

### **Сприйняття рівня перешкод (K5)**

Вимірюється чотирма позиціями, зокрема 1 позиція також бере участь у формуванні концепту «K6. Міфи про НІЗ». Концепт описує запитання:

- сприйняття складності здійснення заходів щодо профілактики та лікування НІЗ (2 порядкові змінні за 10-бальною шкалою Лікерта від «Перешкоди відсутні» до «Перешкоди неодоленні»);
- оцінки вартості заходів профілактики НІЗ (2 порядкові змінні за 10-бальною шкалою Лікерта від «Дуже дорого» до «Переважно безкоштовні»);
- чинників, що заважають відмовитися від нездорової поведінки (запитання з відкритою відповіддю).

### Концепт «Міфи про НІЗ» (К6)

Вимірюється двома позиціями і стосується поширених помилкових уявлень про сферу НІЗ. Усього 12 запитань, кожне з яких є порядковою змінною за 10-бальною шкалою Лікерта і відображає спектр переконань, таких як ступінь впливу способу життя на розвиток НІЗ, покращення якості й тривалості життя людини, вартість заходів профілактики НІЗ, поширеність хвороб системи кровообігу та смертність від них в Україні та світі, зокрема у країнах з розвинутою економікою, співвідношення звичок, генетичних чинників та послуг охорони здоров'я у формуванні НІЗ.

### Концепт «Пріоритетність здоров'я» (К7)

Місце здоров'я серед особистих пріоритетів респондента вимірюється за методикою (Паніотто В., Харченко Н., 2017) за допомогою 9 запитань, що стосуються оцінки задоволеності особи різними сферами свого життя, зокрема здоров'ям.

### Користування різними типами ЗМІ (К8)

Вимірюється однією позицією, представленою одинадцятьма порядковими змінними (кожна змінна демонструє частоту отримання інформації про здоров'я з певного виду ЗМІ: «Часто (щодня, щотижня)/Помірно (щомісяця)/Рідко (кілька разів на рік)/Не отримую»).

### Довіра до різних типів ЗМІ (К9)

Вимірюється сімома позиціями і стосується:

- оцінки загальної довіри до джерел інформації (22 порядкові змінні, що характеризують окремі ЗМІ за рівнем довіри: «Повністю довіряю/Значно/Помірно/Не довіряю» та зацікавленість у отриманні інформації з цього джерела: «Дуже хочу/Значно/Помірно/Не хочу»);
- оцінки довіри до конкретного повідомлення у різних джерелах інформації (16 порядкових змінних за 10-бальною шкалою Лікерта від «Не повірю» до «Беззаперечно повірю»);
- оцінки впливу дітей та їхніх вчителів як джерел інформації про здоров'я (дві порядкові змінні за 10-бальною шкалою Лікерта від «Не повірю» до «Беззаперечно повірю»);
- оцінки зміни рівня довіри до повідомлення, що повторюється у двох різних джерелах інформації (порядкова змінна за 10-бальною шкалою Лікерта від «Зовсім не вплине» до «Дуже сильно підвищить довіру» та змінна з відкритою відповіддю для опису найбільш впливового поєднання джерел).

### Авторитетність ЗМІ (К10)

Вимірюється одинадцятьма запитаннями, кожне з яких є порядковою змінною за 10-бальною шкалою Лікерта і відображає ступінь впливу джерела інформації на поведінку особи.

### Фокус відповідальності (К11)

Вимірюється чотирма позиціями, що описують ставлення респондентів до:

- інституцій, відповідальних за здоров'я людини — 12 порядкових змінних за 10-бальною шкалою Лікерта від «Не несе жодної відповідальності» до «Несе повну відповідальність»;
- навчання дітей — 5 порядкових змінних, що описують внесок різних суб'єктів навчання від «Не повинен робити нічого» до «Взяти повну відповідальність»;
- чинників соціального оточення, що формують здоров'я населення та людини (2 відкриті запитання).

### Чинники впливу на поведінку (К12)

Вимірюється однією позицією і складається із 13 запитань (кожне з яких утворює окрему порядкову змінну, що описується за 10-бальною шкалою Лікерта від «Шкодять здоров'ю» до «Сприяють здоров'ю»), які описують сприйняття впливу окремих чинників, таких як розпорядок дня, фінансовий стан чи умови навколишнього середовища, на стан здоров'я респондента.

### К13. Модератори

З метою подальшого групування результатів зібрані дані про вік, стать, місце проживання (розмір та назва населеного

пункту), рівень освіти, професію, кількість осіб, що мешкають разом із респондентом, рівень доступу до інтернету.

### К14. Шкала упередженості

З метою оцінки рівня об'єктивності респондентів запропоновані три запитання, що утворюють «шкалу упередженості»:

1. Чи завжди ви звертаєтесь до лікаря, якщо почуваетесь не добре?
2. Чи завжди ви миєте руки після відвідання туалету та перед прийомом їжі?
3. Чи вважаєте ви, що ведете цілком здоровий спосіб життя?

Варіант анкети для заповнення лікарями додатково містить два блоки запитань, що стосуються джерел отримання професійної інформації про здоров'я, рівень володіння англійською мовою та інформації про рівень професійної кваліфікації, спеціальність тощо.

Статистичне опрацювання отриманого масиву даних дозволить оцінити широкий спектр переконань та звичок, що пов'язані із профілактикою НІЗ, визначити серед них детермінанти готовності особи до зміни поведінки та/або до здійснення конкретних заходів, спрямованих на підтримку здоров'я. Зокрема перспективними напрямками для подальшого вивчення видаються дослідження переконань населення стосовно відповідальності за підтримку свого здоров'я та здоров'я своєї родини, визначення ключових перешкод на шляху до прийняття здорового способу життя та ефективних чинників впливу на поведінку людини, застосування можливостей соціального маркетингу, зокрема дієвої схеми психографічної сегментації населення, залучення потенціалу соціальних мереж для налагодження ефективної комунікації у громадському здоров'ї.

Порівняння даних досліджень 2012 та 2020 р. стосовно каналів інформації, з яких населення отримує інформацію про здоров'я, та рівнів довіри до них дозволить визначити динаміку показників.

Основними статистичними методами, що плануються до використання під час аналізу відповідей респондентів, є:

- дані описової статистики для визначення відносних та середніх величин, визначення вірогідності різниці між демографічними групами методом парного порівняння (зокрема критерій Стюдента для нормально розподілених величин) та однофакторний дисперсійний аналіз;
- факторний аналіз — з метою зменшення кількості змінних та визначення на їх основі ключових діючих факторів;
- кластерний аналіз — для формування сегментів населення за поведінковими ознаками;
- кореляційно-регресійний аналіз — для визначення основних детермінант готовності до зміни поведінки чи здійснення конкретних заходів, рівнів усвідомлення проблеми, персональної залученості та перешкод.

### Висновки

Сучасним підходом до побудови систем комунікації в громадському здоров'ї є активне використання сегментації, що дозволяє виробити кілька різних комунікаційних кампаній, пристосованих до влодбань тих чи інших груп населення. Низка міжнародних досліджень доводять, що більш ефективно використовувати для сегментування не демографічні, а психографічні (поведінкові, культурні тощо) характеристики.

З метою комплексної оцінки ставлення населення України до профілактики НІЗ та здійснення відповідної сегментації розроблена Анкета вивчення чинників виникнення та заходів профілактики неінфекційних захворювань (для заповнення громадськістю та лікарями), що передбачає відповіді на запитання за чотирнадцятьма напрямками.

Реалізація опитування та аналіз відповідей респондентів покликані визначити структуру переконань населення стосовно заходів профілактики НІЗ, основні діючі фактори, сегменти населення та детермінанти готовності до вибору здорової поведінки.

### Список використаної літератури

Балашов К.В. (2020) Громадське здоров'я та культура: точки дотику. III Міжнародна науково-практична конференція «Modern science: problems and innovations». Стокгольм, 1–3 июня, с. 74–79.

Державна служба статистики України, Український центр соціальних реформ, ПАТ «Статінформконсалтинг» та ін. (2012) Україна. Мультиіндикаторне кластерне обстеження домогосподарств ([https://ucsr.kiev.ua/publications/Ukraine\\_MICS\\_Final\\_Report\\_UKR\(1\)2.pdf](https://ucsr.kiev.ua/publications/Ukraine_MICS_Final_Report_UKR(1)2.pdf)).



Паніотто В., Харченко Н. (2017) Методи опитування. Київ, Видавничий дім «Кієво-Могилянська академія», 342 с.

Allara E., Angelini P., Gorini G. et al. (2019) Effects of a prevention program on multiple health-compromising behaviours in adolescence: a cluster randomized controlled trial. *Prev. Med.*, 124: 1–10. doi: 10.1016/j.ypmed.2019.04.001.

Balku E., Tóth G., Nárai E. et al. (2017) Methodology for identification of healthstyles for developing effective behavior change interventions. *J. Public Health*, 25: 387–400.

Betsch C., Böhm R. (2016) Cultural Diversity Calls for Culture – Sensitive Health Communication. *Med. Decis. Making*, 36(7): 795–797. doi: 10.1177/0272989X16663482.

Büchter R.B., Betsch C., Ehrlich M. et al. (2019) Communicating Uncertainty From Limitations in Quality of Evidence to the Public in Written Health Information: Protocol for a Web-Based Randomized Controlled Trial. *JMIR Res. Protoc.*, 8(5): e13425. doi: 10.2196/13425.

DeBord D.G., Carreón T., Lentz Th. J. et al. (2016) Use of the «Exposome» in the Practice of Epidemiology: A Primer on -Omic Technologies. *Am. J. Epidemiol.*, 184(4): 302–314. doi: 10.1093/aje/kwv325.

Diez-Roux A.V. (2000) Multilevel Analysis In Public Health Research. *Annu. Rev. Public Health*, 21: 1710192. doi: 10.1146/annurev.publhealth.21.1.171.

Engl E., Smittenaar P., Sgaier S.K. (2019) Identifying population segments for effective intervention design and targeting using unsupervised machine learning: an end-to-end guide (<https://gatesopenresearch.org/articles/3-1503>).

Gan G., Ma Ch., Wu J. (2007) Data Clustering: Theory, Algorithms, and Applications. DOI: 10.1137/1.9780898718348.

Cheng H., Kotler Ph., Lee N. (2011) Social Marketing for Public Health: Global Trends and Success Stories. Jones & Bartlett Learning, 422 p.

Liao M., Li Y., Kianifard F. et al. (2016) Cluster analysis and its application to healthcare claims data: a study of end-stage renal disease patients who initiated hemodialysis. *BMC Nephrol.*, 17: 25. doi: 10.1186/s12882-016-0238-2.

Maibach E.W., Maxfield A., Ladin K., Slater M. (1996) Translating Health Psychology into Effective Health Communication: The American Healthstyles Audience Segmentation Project. *J. Health Psychol.*, 1(3): 261–277. <https://doi.org/10.1177/135910539600100302>.

Nárai E. (2009) Healthstyle segmentation, attitudes to health ([http://pszichologia.phd.elte.hu/vedesek/2010/Theses\\_Erzsebet\\_Narai.pdf](http://pszichologia.phd.elte.hu/vedesek/2010/Theses_Erzsebet_Narai.pdf)).

Navarro F.H. (1990) Profiles of Attitudes Toward Healthcare: Psychographic Segmentation. DOI: 10.13140/RG.2.1.3420.9522.

Rappaport S. (2011) Implications of the exposome for exposure science. *J. Expo. Sci. Environ. Epidemiol.*, 21: 5–9.

Slater M.D., Flora J.A. (1991) Health Lifestyles: Audience Segmentation Analysis for Public Health Interventions. *Health Education Quarterly*, 221–233.

Slater M.D., Kelly K.J., Thackeray R. (2006) Segmentation on a Shoe-string: Health Audience Segmentation in Limited-Budget and Local Social Marketing Interventions. *Health Promot. Pract.*, 7(2): 170–173.

Vuik S.I., Mayer E., Darz A. (2016) A quantitative evidence base for population health: applying utilization-based cluster analysis to segment a patient population. *Population Health Metrics*, 44(2016): <https://pophealthmetrics.biomed-central.com/articles/10.1186/s12963-016-0115-z>.

WHO (2011) From Burden to «Best Buys»: Reducing the Economic Impact of Non-Communicable Diseases in Low- and Middle-Income Countries ([https://www.who.int/nmh/publications/best\\_buys\\_summary/en/](https://www.who.int/nmh/publications/best_buys_summary/en/)).

WHO (2013) Global action Plan for the prevention and control of NCDs 2013–2020 ([https://www.who.int/nmh/events/ncd\\_action\\_plan/en/](https://www.who.int/nmh/events/ncd_action_plan/en/)).

WHO (2018) Global action plan on physical activity 2018–2030: more active people for a healthier world (<https://www.who.int/ncds/prevention/physical-activity/global-action-plan-2018-2030/en/>).

## Концептуальная рамка психографических исследований в сфере профилактики неинфекционных заболеваний

К.В. Балашов, Г.А. Слабкий, О.П. Гульчий, Н.Н. Захарова

**Резюме.** *Цель* — описать ориентированную на применение психографической сегментации целевой аудитории концептуальную рамку, разработанную для проведения совместного исследования

Национальной медицинской академией последиplomного образования имени П.Л. Шупика и Ужгородского национального университета относительно факторов возникновения неинфекционных заболеваний. *Объект и методы исследования.* Использованы библио-семантический, биостатистический, социологический методы и метод экспертных оценок. Проанализированы отчеты и опросники трех международных кросс-секционных исследований об отношении граждан Украины к отдельным аспектам здоровья, имеющиеся методические документы Всемирной организации здравоохранения за последние 15 лет по осуществлению коммуникации, профилактики неинфекционных заболеваний и содействию здоровому образу жизни. Разработана Анкета изучения факторов возникновения и мер профилактики неинфекционных заболеваний (для заполнения общественностью и врачами). *Результаты.* Разработанная Анкета изучения факторов возникновения и мер профилактики неинфекционных заболеваний предусматривает ответы на вопросы по четырнадцати направлениям, таким как понимание проблемы, готовность лица к изменению поведения или осуществления конкретных мероприятий, направленных на поддержание здоровья, оценка уровней персональной вовлеченности или восприятия препятствий. *Выводы.* Реализация опроса и анализ ответов респондентов призваны определить структуру убеждений населения о мерах профилактики неинфекционных заболеваний, основные действующие факторы, сегменты населения и детерминанты готовности к выбору здорового поведения.

**Ключевые слова:** общественное здоровье, коммуникации, неинфекционные заболевания, социальный маркетинг.

## Conceptual framework of psychographic research in the field of prevention of non-communicable diseases

K.V. Balashov, G.O. Slabkiy, O.P. Hulchiy, N.M. Zakharova

**Summary.** *Aim* — to describe the conceptual framework of the joint research by Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education and Uzhhorod National University focused on the application of psychographic segmentation of the target audience on the factors of non-communicable diseases. *Object and methods.* Bibliosemantic, biostatistical, sociological methods, and the method of expert assessments were used. Reports and questionnaires of three international cross-sectional studies on the attitude of Ukrainian citizens to certain aspects of health, available World Health Organization guidelines for the last 15 years on communication, prevention of non-communicable diseases, and promotion of a healthy lifestyle were analyzed. A Questionnaire has been developed to study the factors of occurrence and measures for preventing of non-communicable diseases (to be filled in by the public and medical doctors). *Results.* The developed Questionnaire for the Study of Factors and Prevention of Noncommunicable Diseases provides answers to questions in 14 areas, such as understanding the problem, a person's willingness to change behavior, take specific measures for maintaining health, assessing levels of personal engagement or barriers. *Conclusion.* The implementation of the survey and the analysis of respondents' answers were designed to determine the structure of the population's beliefs about non-communicable diseases prevention measures, the main factors, population segments, and determinants of readiness to choose healthy behavior.

**Key words:** public health, communications, non-communicable diseases, social marketing.

### Адреса для листування:

Балашов Костянтин В'ячеславович  
Національна медична академія  
пследиplomної освіти імені П.Л. Шупика,  
завідувач відділу комунікацій  
E-mail: kostyantyn.balashov@gmail.com

Одержано 16.10.2020