

Балашов Костянтин В'ячеславович,
завідувач відділу комунікацій та маркетингу,
Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика
м. Київ, Україна
аспірант,
ДВНЗ «Ужгородський національний університет»
ORCID ID: 0000-0002-7820-4527
м. Ужгород, Україна

Могільницький Андрій Олександрович,
студент медичного факультету № 4,
Національний медичний університет імені О. О. Богомольця,
фахівець II категорії відділу комунікацій та маркетингу,
Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика
ORCID ID: 0000-0002-3973-0591
м. Київ, Україна

Пасенко Максим Сергійович,
лікар-інтерн,
Національний медичний університет імені О. О. Богомольця,
молодший науковий співробітник,
Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика
ORCID ID: 0000-0003-1281-5170
м. Київ, Україна

Слабкий Геннадій Олексійович,
доктор медичних наук, професор,
завідувач кафедри наук про здоров'я,
ДВНЗ «Ужгородський національний університет»
ORCID ID: 0000-0003-2308-7869
м. Ужгород, Україна

Гульчій Олеся Петрівна,
доктор медичних наук, професор,
проректор з науково-педагогічної роботи та міжнародного співробітництва,
Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика
ORCID ID: 0000-0001-8283-8672
м. Київ, Україна

Соціальні детермінанти здоров'я людини та суспільства: від проблем оцінки до розроблення практичних заходів

Мета – оцінити об'єктивні вияви окремих соціальних детермінант та порівняти їх із суб'єктивними переконаннями населення України про вплив соціальних чинників на здоров'я населення загалом або окремих осіб.

Матеріали та методи. Проаналізовано дані щодо рівня освіти, фаху, задоволеності життєвими факторами (здоров'ям, матеріальним станом, роботою, друзями, сім'єю), грамотності стосовно здоров'я (куріння, стереотипів, миття рук, вакцинації), рівня фізичної активності за результатами самооцінки та аналізу типових рухових практик.

Результати. Вищий об'єктивний рівень фізичних навантажень демонструють особи, які вважають сім'ю та друзів вагомими чинниками впливу на здоров'я суспільства (сім'я: 6,9 б. vs 5,4 б., $p=0,01229$; друзі: 7,2 б. vs 5,4 б., $p=0,01084$), а вагомою детермінантою особистого здоров'я – самосвідомість (7,4 б. vs 5,6 б., $p=0,01663$). Ставлення населення до детермінант здоров'я суспільства є відображенням теоретичного знання, а типові практики конкретної людини більшою мірою пов'язані зі ставленням до детермінант особистого здоров'я. Унаслідок проведення регресійного аналізу встановлено, що чинники ставлення до соціальних детермінант не демонструють статистично вірогідний вплив на готовність до зміни способу життя.

Висновки. Є істотна відмінність у сприйнятті населенням особистого та громадського здоров'я, що має враховуватися під час розроблення інформаційних кампаній у сфері охорони здоров'я. Підвищення ефективності комунікаційних кампаній можливе за рахунок демонстрації шляхів мінімізації ролі перешкод до ведення більш здорового способу життя.

Ключові слова: соціальні детермінанти здоров'я, комунікація, громадське здоров'я, неінфекційні захворювання, спосіб життя.

Balashov Kostiantyn Viacheslavovych, Head of the Department of Communications and Marketing, Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv, Ukraine, Postgraduate Student, Uzhhorod National University, ORCID ID: 0000-0002-7820-4527, Uzhhorod, Ukraine

Mohilnytskyi Andrii Oleksandrovych, Student at Medical Faculty № 4, Bogomolets National Medical University, Specialist of the II category of the Department of Communications and Marketing, Shupyk National Healthcare University of Ukraine, ORCID ID: 0000-0002-3973-0591, Kyiv, Ukraine

Pasenko Maksym Serhiiiovych, Intern Doctor, Bogomolets National Medical University, Junior Research Fellow, Shupyk National Healthcare University of Ukraine, ORCID ID: 0000-0003-1281-5170, Kyiv, Ukraine

Slabkiy Hennadii Oleksiiiovych, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Health Sciences, Uzhhorod National University, ORCID ID: 0000-0003-2308-7869, Uzhhorod, Ukraine

Hulchiy Olesia Petrivna, Doctor of Medical Sciences, Professor, Vice-Rector for Scientific and Pedagogical Work and International Cooperation, Shupyk National Healthcare University of Ukraine, ORCID ID: 0000-0001-8283-8672, Kyiv, Ukraine

Social determinants of individual and public health: from the assessment problems to the development of practical measures

Objective is to evaluate the objective manifestations of social determinants and compare them with the subjective beliefs of the population of Ukraine on the impact of social factors on public or individual health.

Materials and methods. Data about the level of education, specialty, satisfaction (health, salary, work, friends, family), health literacy (smoking, stereotypes, hand washing, vaccination), and level of physical activity measured by the self-assessment and by the analysis of typical motor practices were analyzed.

Results. Persons who consider family and friends to be important factors influencing public health demonstrated a higher objective level of physical activity (family: 6,9 p. vs 5,4 p., $p=0,01229$; friends: 7,2 p. vs 5,4 p., $p=0,01084$). The higher objective level of physical activity is also demonstrated by persons who consider self-consciousness as an important factor of individual health (7,4 p. vs 5,6 p., $p=0,01663$). The attitude towards the determinants of public health is a reflection of theoretical knowledge, and the typical practices of a particular person are more related to the attitude toward personal health determinants. As a result of regression analysis, it is established that attitudes toward social determinants of health do not show a statistically significant impact on preparedness for a lifestyle change.

Conclusions. There is a significant difference in the perception of personal and public health, which should be taken into account when developing information campaigns in health care. Improving the efficiency of communication campaigns is possible by demonstrating ways to minimize the role of obstacles to a healthier lifestyle.

Key words: social determinants of health, communication, public health, non-communicable diseases, lifestyle.

Вступ. Потреба в контролі пандемії неінфекційних захворювань (далі – НІЗ) зумовлює необхідність пошуку нових механізмів впливу на здоров'я населення. Разом із демографічними, поведінковими та метаболічними детермінантами істотний вплив на нього справляють соціальні чинники [1–3]. Зазвичай до соціальних детермінант здоров'я відносять соціоекономічний статус (освіту, дохід, зайнятість, фах), місце проживання (власне будинок, інфраструктуру, забруднення середовища), харчування (безпеку, доступ, простоту), охорону здоров'я (доступ, фінансову доступність, якість), соціальний контекст (солідарність, соціальний капітал, соціальну підтримку) [4].

Важливими детермінантами рівності в доступі до послуг охорони здоров'я вважаються грамотність людини й населення щодо здоров'я та розбудова колективної ефективності громад [5]. Грамотність щодо здоров'я визначена як когнітивні й соціальні навички, які визначають мотивацію та відмінності між людьми в отриманні доступу до інформації, розуміння й використання її для сприяння та підтримки здоров'я [6; 7]. Ідентифіковані два механізми, через які грамотність щодо здоров'я реалізує свій вплив: покращення доступу до необхідної інформації та безпосередній вплив на здорові поведінкові шаблони [8]; грамотність щодо здоров'я виконує роль посередника між рівнем освіти та поведінкою людини [9].

У розробленому з метою оцінки грамотності щодо здоров'я опитувальнику Health Literacy Questionnaire

(HLQ) [10; 11] проводиться оцінка, зокрема, наявності в особи достатньої інформації та стосовно активності керування здоров'ям, наявності соціальної підтримки, можливості оцінки отримуваної інформації про здоров'я, здатності взаємодіяти з лікарем, активно шукати якісну інформацію про здоров'я та розуміти її [12]. Окремо виділяють цифрову грамотність щодо здоров'я [13].

До чинників грамотності щодо здоров'я можна віднести ставлення до стійких упереджень щодо НІЗ, наявність шкідливих звичок, заходи особистої гігієни (як показники наявності достатньої інформації для керування здоров'ям), готовність та потребу змінити спосіб життя (далі – СЖ), рівень фізичних навантажень (активність керування здоров'ям) та ставлення родичів до СЖ респондента, ставлення респондента до необхідності залучення дітей до здорового СЖ (наявність соціальної підтримки для здоров'я) тощо.

У дослідженнях учених був оцінений вплив таких чинників, як задоволеність здоров'ям за результатами самооцінки, наявність соціальної ізоляції і підтримки, а також показники якості повітря, рівні злочинності та вживання наркотичних речовин [14; 15]. Окремі автори вважають, що саме соціальні детермінанти (на противагу генетичним, метаболічним та поведінковим факторам ризику) є основними прогностичними факторами розвитку НІЗ у дорослих [16]. Зокрема, фактором впливу на здоров'я та якість життя населення є самотність і соціальна ізоляція [17].

Водночас відмінності в механізмах ухвалення рішень щодо здоров'я на індивідуальному та колективному рівнях потребують більш детального вивчення [18]. Дослідження, проведене у Великій Британії [13], показало, що саме індивідуальна поведінка та доступ до належної медичної допомоги домінують серед факторів, що впливають на здоров'я людини. Потребують вивчення також демографічні й поведінкові чинники впливу на ставлення до здоров'я. Зокрема, науковці встановили, що жінки схильні покладати більшу відповідальність на суспільство та більшою мірою готові до зміни свого СЖ [19]. Також більшу відповідальність за здоров'я на суспільство покладають особи обох статей із вищим рівнем освіти.

Мета дослідження – оцінити об'єктивні вияви окремих соціальних детермінант та порівняти їх із суб'єктивними переконаннями населення України щодо впливу соціальних чинників на здоров'я населення загалом або окремих осіб.

Матеріали та методи. У роботі використані відповіді репрезентативної для України вибірки 402 респондентів зі спільного дослідження Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, Ужгородського національного університету та ГО «Асоціація профілактики та лікування неінфекційних епідемічних захворювань» (2020–2021 рр.). Проаналізовано дані щодо рівня освіти, фаху, задоволеності життєвими факторами (здоров'ям, матеріальним станом, роботою, друзями, сім'єю), грамотності щодо здоров'я (куріння, стереотипів, миття рук, вакцинації), рівня фізичної активності за результатами самооцінки та аналізу типових рухових практик.

Визначено зв'язки демографічних і соціальних детермінант із декількома залежними змінними, що є індикаторами поведінки особи у сфері здоров'я (готовність до зміни СЖ, самооцінка СЖ, рівень фізичних навантажень, задоволеність здоров'ям). Оцінювалася наявність зв'язків між готовністю до зміни СЖ, рівнями фізичної активності та чотирма групами переконань щодо впливу соціальних детермінант. Зокрема, за допомогою питань із відкритою відповіддю були оцінені переконання населення щодо чинників соціального оточення, які, по-перше, *впливають на здоров'я суспільства та окремих осіб*; по-друге, *заважають відмовитися від нездорової поведінки*; по-третє, *допомагають або заважають дотримуватися здорової поведінки*.

Медіанний вік опитаних становить 38 років (МКІ 28,3–51 років), частка чоловіків – 20,1%, частка мешканців міст – 78,8%. До вибірки увійшли представники всіх регіонів України, крім територій, окупованих станом на кінець 2020 – початок 2021 р. Більшість опитаних (61,1%) здобула вищу освіту, 15,7% – середню спеціальну, 10,0% – повну середню освіту. Більшість опитаних має співмешканців (медіанний показник – 2 особи, МКІ 1–3 особи). Близько половини респондентів (51,7%) мають встановлений діагноз НІЗ, 62,6% – родичів, у яких встановлений діагноз НІЗ. Більшість опитаних (90,2%) уклала декларацію із сімейним лікарем, 81,9% досліджуваних регулярно відвідують лікарів-спеціалістів. Водночас лише 9,8% осіб звертаються до лікаря під час кожного епізоду поганого самопо-

чуття (оцінки 9–10 б. за 10-бальною шкалою). За фахом респонденти були розділені на підгрупи залежно від основного об'єкта роботи (класифікація за Є. Клімовим [20]); найбільш представлені групи представників професії, що працюють із людьми («людина – людина», 47,5% респондентів), людей переважно інтелектуальної праці («людина – знакові системи», 22,6% опитаних) та представників технічних спеціальностей («людина – техніка», 10,4% респондентів).

Статистична вірогідність встановлювалася за допомогою критерію Мана-Уїтні (для 2-х груп) / критерію Краскела-Уоліса (для 3-х і більше груп) для відносних величин та критерію хі-квадрат із поправкою на неперервність для номінальних величин. З метою визначення детермінант готовності до зміни СЖ проведений лінійний регресійний аналіз. Утворена регресійна модель пояснює 61,9% наявних відмінностей в оцінці готовності до зміни СЖ (дисперсії).

Результати. На першому етапі був здійснений описовий аналіз за ознаками, що вказують на ставлення респондентів до здоров'я та здійснення прикладних заходів, спрямованих на його підтримку. Встановлено такі дані: 1) на момент опитування 18,4% респондентів були курцями, 12,5% палили раніше, а 69,1% не курили взагалі; 2) 87,5% опитаних вакцинують своїх дітей; 3) 68% опитаних відповіли, що мають поведінкові чинники, які їхні друзі чи родичі хотіли би змінити з метою поліпшення здоров'я; 4) 78,4% опитаних ще до початку пандемії COVID-19 майже завжди (9–10 б. за 10-бальною шкалою) мили руки після відвідання туалету або перед прийомом їжі. Під час пандемії так оцінили свою поведінку 92,1% опитаних, а 95,9% мили руки після повернення додому з прогулянки чи магазину.

Опитані демонструють високу поінформованість про такі аспекти проблематики НІЗ, як позитивний вплив турботи про здоров'я на фінансовий стан (медіанний показник – 10 б.), необхідність навчати дітей здорового СЖ (Ме=10 б.), важливість СЖ для розвитку та/або прогресування НІЗ (Ме=9 б.) (див. рис. 1). Опитані істотно підтримують твердження щодо переважного впливу на здоров'я СЖ порівняно з генетичними чинниками (Ме=7 б.) та можливостями системи охорони здоров'я (Ме=7 б.), позитивний вплив зниження тягаря НІЗ на економіку країни (Ме=7 б.). Водночас респонденти вважають заходи профілактики (Ме=6 б.) та лікування (Ме=7 б.) НІЗ досить складними для реалізації, зокрема фінансово витратними (Ме=6 б.).

Був оцінений рівень задоволеності населення (загалом та за напрямками: задоволеність сімейним життям, роботою, здоров'ям, друзями, матеріальним станом, місцем проживання, зовнішнім виглядом), рівень готовності до зміни СЖ та рівень фізичної активності. Опитане населення було найбільше задоволене сімейним життям (Ме=8 б., МКІ 6–10 б.) та стосунками з друзями (Ме=8 б., МКІ 7–9 б.), а найменше – здоров'ям (Ме=7 б., МКІ 6–8 б.) та матеріальним станом (Ме=7 б., МКІ 5–8 б.). Більшість опитаних була помірно готовою до зміни СЖ (Ме=7,5 б., МКІ 5,5–8,5 б.) та оцінювала рівень своєї фізичної активності як середній (Ме=5,8 б., МКІ 4,0–7,5 б.; надалі – суб'єктивна оцінка фізичної активності) за 10-бальними шкалами. Визначення типових

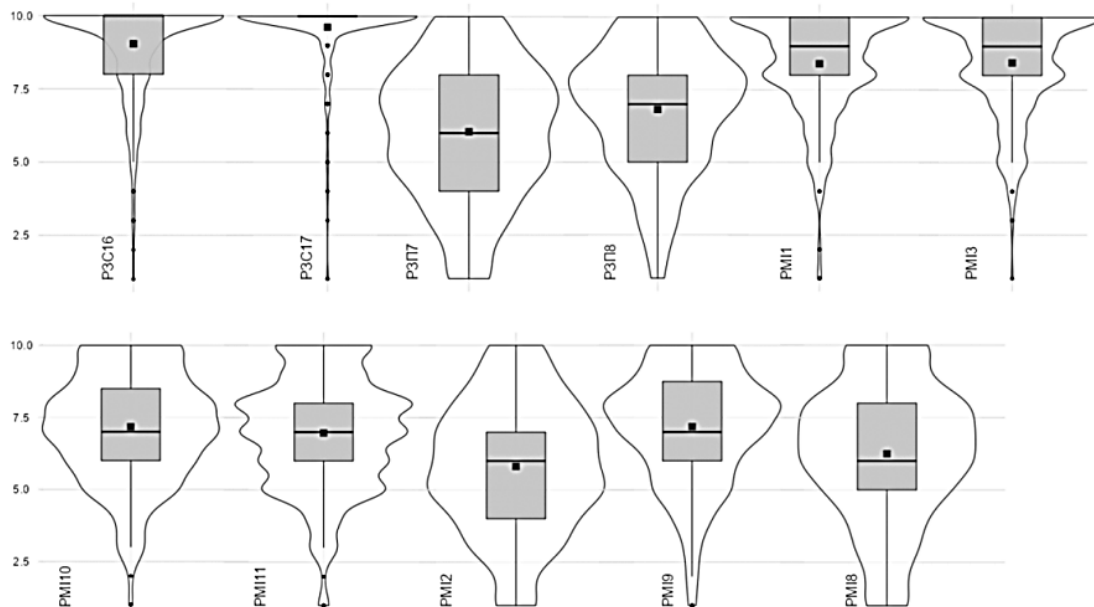


Рис. 1. Окремі показники поінформованості про проблематику НІЗ (оцінка за 10-бальною шкалою):

P3C16 – позитивний вплив турботи про здоров'я на фінансовий стан особи; P3C17 – необхідність навчати дітей здорового способу життя; P3П7 – заходи профілактики НІЗ складні; P3П8 – заходи лікування НІЗ складні; PM1 – спосіб життя впливає на розвиток НІЗ; PM3 – здоровий спосіб життя позитивно впливає на якість життя людини, яка вже має НІЗ; PM10 – на розвиток НІЗ більше впливає спосіб життя, ніж спадковість; PM11 – на розвиток НІЗ більше впливає спосіб життя, ніж можливості медицини; PM12 – часто заходи профілактики НІЗ маловитратні; PM19 – зменшення кількості НІЗ істотно вплине на економіку країни; PM18 – НІЗ більш поширені у країнах із розвинутою економікою

видів фізичної активності (ходіння пішки, спортивні ігри, відвідування спортивних закладів тощо) та оцінка їх тривалості продемонстрували, що переважно опитані мають незначну фізичну активність: $Me=5$ б., $МКІ$ 3–8 б. (за 20-бальною шкалою; надалі – об'єктивна оцінка фізичної активності).

Були проаналізовані дані щодо потенційного зв'язку між фахом, поведінковими та соціальними чинниками. Встановлено, що фахівці напрямку «людина – техніка» мають нижчу готовність до зміни СЖ, ніж фахівці напрямів «людина – людина» та «людина – знакові системи» (5,8 б. vs 7,3 б. / 7,1 б., $p=0,0273$). Фахівці цього напрямку дещо старші, проте статистично ця відмінність не є значущою (44,3 р. vs 40,7 р. / 42,0 р., $p=0,71648$ / $p=0,96011$). Встановлені відмінності в рівні фізичної активності (за об'єктивною шкалою): «людина – природа» (5,8 б.), «людина – техніка», «людина – людина» та особи, які не працюють (6,2 б.), «людина – знакові системи» (7,1 б.), «людина – художній образ» (10,7 б.), хоча порогу статистичної вірогідності ці відмінності не досягли ($p=0,09585$). За суб'єктивною шкалою відмінності не встановлені.

Особи, що не працюють, представники напрямів «людина – знакові системи» та «людина – людина» частіше за інших контролюють рівень своєї фізичної активності (50,0%, 37,4%, 35,3% відповідно), а найвища частка тих, хто не контролює цю активність, –

серед осіб, які не працюють, та серед представників напрямку «людина – техніка» (25,0% і 21,4% відповідно). Близько половини представників кожної групи (крім осіб, що не працюють) відповіли, що контролюють рівень своєї фізичної активності нерегулярно (різниця статистично вірогідна, $p=0,03354$). Представники напрямку «людина – техніка» частіше за інших вважають самосвідомість детермінантою здоров'я суспільства (24,2% vs 0,0–7,7%, $p=0,00594$) і дещо рідше – детермінантою особистого здоров'я (18,2% vs 12,2% у групі «людина – людина» та 7,0% у групі «людина – знакові системи»), $p=0,23928$).

На наступному етапі дослідження було оцінено наявність зв'язків між показниками задоволеності, фізичної активності та ставленням до згаданих трьох груп соціальних чинників: а) чинників впливу на здоров'я; б) чинників, що заважають відмовитися від нездорової поведінки; в) чинників, що впливають (позитивно чи негативно) на дотримання здорової поведінки (див. рис. 2). Встановлено, що особи, які вважають сім'ю та друзів вагомими чинниками впливу на здоров'я суспільства, мають вищий об'єктивний рівень фізичної активності (сім'я: 6,9 б. vs 5,4 б., $p=0,01229$; друзі: 7,2 б. vs 5,4 б., $p=0,01084$) та готовності до зміни СЖ (сім'я: 7,5 б. vs 6,9 б., $p=0,11822$; друзі: 7,6 б. vs 6,9 б., $p=0,10341$). Водночас ця група осіб не відрізняється у ступені суб'єктивної оцінки своїх фізичних

навантажень. Також такі зв'язки не виявлені серед осіб, що вважають сім'ю та друзів вагомими детермінантами особистого здоров'я.

З іншого боку, особи, які вважають вагомими детермінантами особистого здоров'я самосвідомість, демонструють вірогідно вищий об'єктивний рівень фізичних навантажень (7,4 б. vs 5,6 б., $p=0,01663$) та мають нижчу (статистично не вірогідну) частку осіб, родичі яких вважають необхідними зміни поведінки (59,4% vs 72,3%, $p=0,19145$). Особи, яким родичі рекомендують змінити поведінку, частіше вважають детермінантою особистого здоров'я традиції (21,1% vs 9,5%, $p=0,03039$) та сім'ю (16,2% vs 7,1%, $p=0,06474$), а детермінантою здоров'я суспільства – фінансовий стан особи (17,6% vs 8,4%, $p=0,07410$) та рідше засоби масової інформації (8,3% vs 16,9%, $p=0,05527$).

З рівнем задоволеності здоров'ям (серед соціальних чинників впливу на здоров'я) пов'язане лише

ставлення до традицій. Особи, які помірно задоволені здоров'ям, частіше за інших вважають, що традиції впливають на здоров'я конкретної особи (22,8% vs 15,0% / 10,0% у групах високозадоволених / незадоволених відповідно, $p=0,05577$). Між рівнем загальної задоволеності та сприйняттям традицій / самосвідомості як чинників здоров'я, а також між рівнем задоволеності друзями та самосвідомістю встановлені зв'язки в суспільному вимірі. Високозадоволені (життям загалом) особи істотно частіше називають вагомим чинником традиції (41,4% vs 26,8% / 24,1%, $p=0,01519$), високо- й помірнозадоволені – самосвідомість (9,2% / 9,8% vs 0,0%, $p=0,06355$), а особи, що високо оцінюють задоволеність друзями, частіше називають чинником здоров'я суспільства самосвідомість (10,4% vs 4,9% / 0,0%, $p=0,04271$).

В обох вимірах – і особистому, і суспільному – є зв'язок між задоволеністю сім'єю та сприйняттям традицій

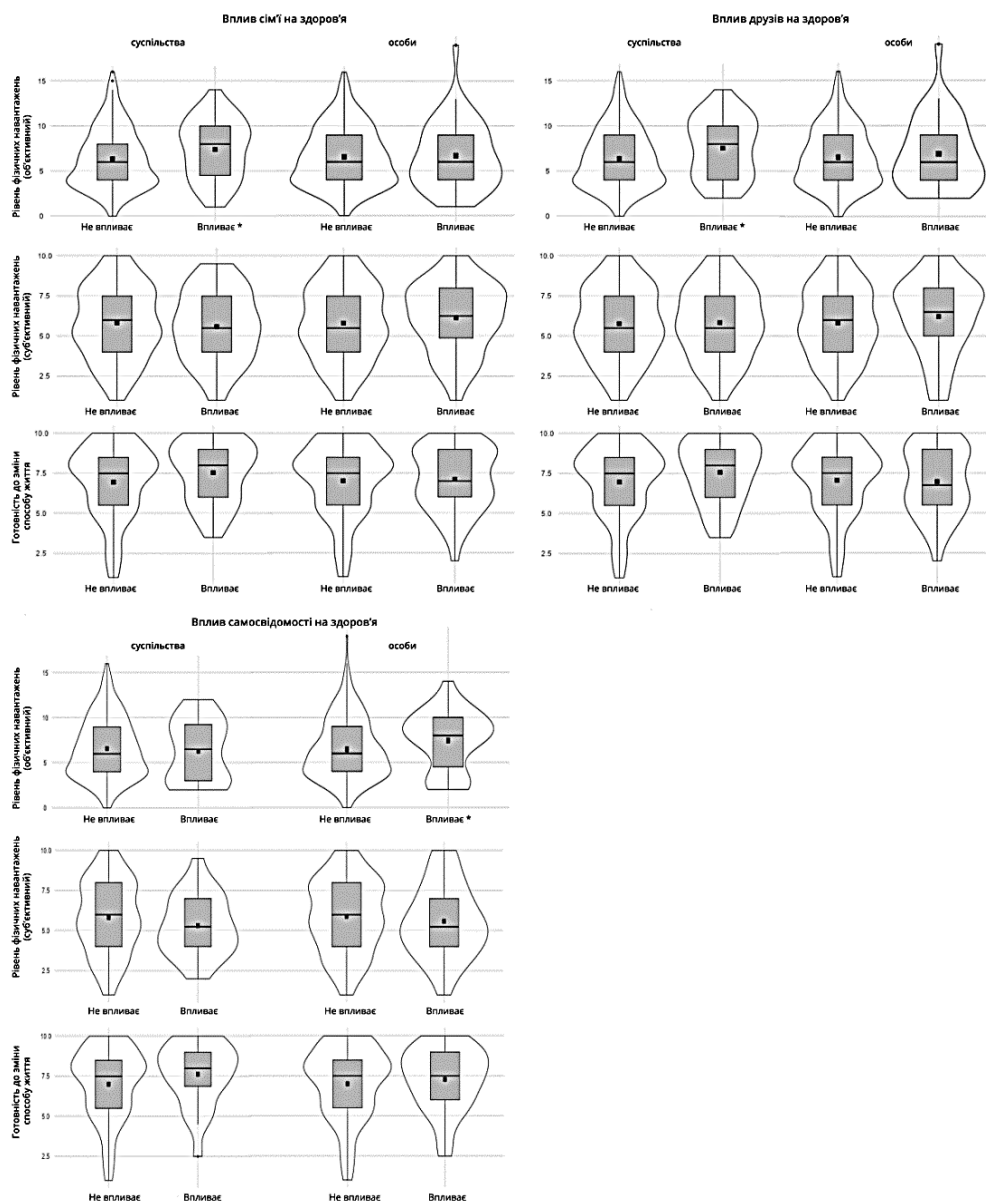


Рис. 2. Зв'язок між визнанням важливості окремих соціальних чинників у підтримці здоров'я та окремими детермінантами поведінки

(більша задоволеність сімейним життям пов'язана з більшою прихильністю до традицій) як чинника впливу на здоров'я (у суспільному вимірі – високо-/помірно-/низькозадоволені: 39,1% / 36,2% / 20,0%, $p=0,01903$; в особистому вимірі – високо-/помірно-/низькозадоволені: 19,4% / 24,5% / 4,7%, $p=0,00847$). Наявність вагомих зв'язків між визнанням сім'ї чи друзів чинником здоров'я та рівнем задоволеності відповідно сім'єю чи друзями не встановлена ні в особистому, ні в суспільному вимірі.

Відмінності в оцінці згаданих параметрів були встановлені серед груп осіб, які вважають перешкодами у відмові від нездорової поведінки дефіцит часу, лінощі, традиції тощо. Зокрема, особи, які вважають такою перешкодою брак часу, мають вищу готовність до зміни СЖ (7,5 б. vs 6,6 б., $p=0,03818$) та з меншою імовірністю є курцями (7,1% vs 18,5%, $p=0,12139$); особи, які вважають перешкодою лінощі, більш скептичні в самооцінці свого рівня фізичного навантаження (суб'єктивно – 5,1 б. vs 5,8 б., $p=0,05177$; об'єктивно – різниця не встановлена) та частіше мають родичів, що радять їм змінити поведінку (85,2% vs 70,5%, $p=0,04412$); особи, які вважають свій СЖ здоровим, з меншою імовірністю мають родичів, що радять їм змінити поведінку (50,0% vs 77,9%, $p=0,02014$); особи, які вважають традиції перешкодою до ведення здорового СЖ, вищим балом оцінюють свій суб'єктивний рівень фізичних навантажень (7,8 б. vs 5,5 б., $p=0,03786$), проте за об'єктивним показником така різниця не є статистично вірогідною (7,6 б. vs 6,3 б., $p=0,52706$). Особи, які вважають хвороби перешкодою до ведення здорового СЖ, мають істотно нижчі рівні фізичної активності (об'єктивний показник: 2,6 б. vs 6,5 б., $p=0,00931$; самооцінка фізичної активності: 4,4 б. vs 5,6 б., $p=0,20730$) та нижчу готовність до зміни СЖ (5,7 б. vs 7,0 б., $p=0,05054$).

Можна припустити, що особи, які вважають перешкодою до ведення здорового СЖ дефіцит часу, схильні більше турбуватися про своє здоров'я; особи, які вважають перешкодою лінощі, вважають свої зусилля недостатніми та мають певний соціальний тиск; особи, які вважають перешкодою традиції, схильні покладати відповідальність за своє здоров'я на зовнішні чинники. Особи, які вважають свій СЖ здоровим, рідше стикаються із соціальним несхваленням їхнього СЖ, а особи, які назвали перешкодою вік чи наявність хвороб, потребують розроблення адекватних заходів вторинної та третинної профілактики для мінімізації негативного впливу соціальної чи поведінкової компоненти від уже наявних обмежень функціонування.

Серед фахових груп встановлені статистично вірогідні відмінності у ставленні до браку дисципліни як перешкоди до відмови від нездорової поведінки («людина – художній образ» – 80%, особи, які не працюють, – 0%, решта груп у межах 9–17%, $p=0,00428$) та хвороб (особи, які не працюють, – 33%, «людина – знакові системи» – 10%, решта – до 2%, $p=0,00243$).

Наступною групою оцінюваних соціальних чинників стали фактори впливу (позитивного чи негативного) на дотримання здорової поведінки. Особи, які вважають таким чинником дисципліну та мотивацію, демонструють вірогідно вищі рівні задоволеності як

загальної (8,0 б. vs 7,0 б., $p=0,00012$), так і здоров'ям (6,9 б. vs 6,4 б., $p=0,02720$), а ті, хто вважає важливими для дотримання ними здорової поведінки матеріальний стан чи стан здоров'я, – нижчі рівні (6,4 б. vs 7,6 б., $p=0,01384$ – для загальної задоволеності; 5,9 б. vs 6,7 б., $p=0,15681$ – для задоволеності здоров'ям). Можна припустити, що більш мотивовані особи більше уваги приділяють практичним заходам забезпечення здоров'я, а отже, схильні до більшої задоволеності результатами зроблених зусиль. Водночас коли йдеться про матеріальний стан, то необхідно розрізняти об'єктивний (дефіцит коштів звужує можливості ведення здорового СЖ) та суб'єктивний (дефіцит коштів є зовнішньою причиною відмови від докладання зусиль) складники. Також менші рівні задоволеності виявляють особи, які вважають чинником впливу на дотримання ними здорової поведінки вік або хвороби: 6,6 б. vs 7,5 б., $p=0,01785$ – для загальної задоволеності; 5,2 б. vs 6,8 б., $p=0,00099$ – для задоволеності здоров'ям.

Близько половини більшості фахових груп вважають дисципліну та мотивацію важливим чинником дотримання здорової поведінки, крім групи «людина – природа» (0,0%, $p=0,04573$). А представники напряму «людина – знакові системи» та особи, що не працюють, мають вищу частку осіб, які чинником впливу на дотримання здорової поведінки вважають вік або наявність хвороб (20,0% і 27,3% відповідно vs 0,0–9,1%, $p=0,05670$). За іншими чинниками різниця не встановлена.

Унаслідок проведення регресійного аналізу встановлено, що чинники грамотності щодо здоров'я не демонструють статистично вірогідний вплив на готовність до зміни СЖ. Встановлено зв'язок віку, рівня освіти, рівня потреби у зміні СЖ, окремих звичок та переконань із готовністю до зміни СЖ (див. табл. 1). Вищий рівень освіти та старший вік є двома незалежними чинниками впливу, що знижують готовність до зміни СЖ. Позитивно з готовністю до зміни СЖ пов'язані вища потреба у зміні СЖ, практичні дії, спрямовані на зміну СЖ (зокрема, позитивна реакція на зміни харчування, що впроваджуються, та/або використання пандемії COVID-19 для підвищення рівня фізичної активності), а також чинники взаємодії з дітьми (вища готовність повірити дитині в питаннях здоров'я, залучення дітей до здорового СЖ власним прикладом та переконання щодо важливості дотримання дітьми принципів здорового харчування).

Обговорення. Отримані внаслідок регресійного аналізу детермінанти готовності до зміни СЖ свідчать про те, що чинники ставлення до соціальних детермінант практично не впливають на готовність до зміни СЖ. Водночас встановлений негативний зв'язок між рівнем освіти та готовністю до зміни СЖ. Подальше вивчення показників здоров'я серед груп населення різних освітніх рівнів, які взяли участь у дослідженні, підтверджує помірно негативний вплив рівня освіти на поведінку щодо здоров'я: групи осіб із вищими рівнями освіти не демонструють перевагу за поширеністю куріння, рівнів вакцинації дітей, частки прикріплених до сімейних лікарів осіб або осіб, що мають діагностоване НІЗ, тощо. Дані наукової літератури із цього питання суперечливі: частина досліджень свідчить

про те, що рівень освіти позитивно впливає на здорову поведінку, зокрема поширеність куріння, ожиріння та фізичної активності й використання послуг системи охорони здоров'я [9; 21]. З іншого боку, у результаті дослідження японських офісних працівників не встановлені вірогідні відмінності між грамотністю щодо здоров'я та віком, захворюваністю на гіпертензію, діабет чи ожиріння [22], а загальнонаціональне дослідження в Латвії виявило, що особи з неповною середньою освітою демонстрували нижчий рівень медичної грамотності порівняно з особами з вищою освітою, водночас особи з науковим ступенем мали нижчий рівень медичної грамотності порівняно з бакалаврами. Також на рівень грамотності щодо здоров'я негативно впливає вік опитаних [23].

Аналіз детермінант готовності до зміни СЖ свідчить про те, що готовність до зміни СЖ відображає теоретичне розуміння особою необхідності зміни своєї поведінки, а наявність зв'язку з такими показниками, як зміна рівня фізичної активності під час пандемії та активна підтримка заходів здорового харчування, які впроваджуються членом сім'ї, є показником готовності використати зміну обставин (зокрема, появу вільного часу) з метою впровадження здорових практик. У термінах, запропонованих ученими, можна припустити, що готовність до зміни СЖ має зв'язок із доступом, розумінням та, імовірно, оцінкою інформації про здоров'я, проте не пов'язана з її застосуванням [24]. У дослідженні соціальних детермінант, що впливають на прихильність до заходів індивідуальної профілактики COVID-19 [25], було продемонстровано роль наявності знань, страху та серйозності ситуації як посередників

між соціальними детермінантами (зокрема, політичними вподобаннями особи) і зміною поведінки.

Наявність зв'язку з питаннями, пов'язаними з вихованням дітей (необхідність дотримання дитьми принципів здорового харчування, залучення дитини до здоров'я власним прикладом, готовність повірити дитині в питанні, що стосується здоров'я), свідчить про важливість сім'ї і дітей, зокрема, як чинника мотивації та формування здоровіших поведінкових моделей, а також потенційного каналу інформування про здоров'я. На цьому наголошувалося й у працях деяких фахівців [26; 27].

Порівняння груп населення, що вважають окремі соціальні детермінанти важливими для особистого чи громадського здоров'я, дає змогу отримати глибше розуміння мотиваційної сфери опитаних. Аналіз даних опитування дає можливість припустити, що ставлення населення до детермінант здоров'я суспільства відображає знання (тобто є загальним та орієнтованим на теорію), а не поведінкові реалії окремої людини (тобто практичні дії); типові практики конкретної людини (її поведінкові патерни) більшою мірою відображені у ставленні до детермінант особистого здоров'я. У розробленні комунікаційних кампаній є сенс орієнтуватися саме на типові практики кожної особи. Наприклад, особи, які вважають традиції важливими для *особистого здоров'я*, частіше мають турботливих родичів, помірно задоволені своїм здоров'ям, загалом задоволені сім'єю. А особи, які вважають традиції важливими для *здоров'я суспільства*, демонструють вищий рівень загальної задоволеності. Водночас ця залежність не демонструє статистичної вірогідності для оцінки *особистого здоров'я*.

Таблиця 1

Детермінанти готовності до зміни способу життя

Чинник	Показник	Станд. показник	p
Intercept	7,10169	0,15895	<0,00001
Освіта			0,04611
Середня спеціальна – повна середня	-0,79543	0,30356	0,00919
Незакінчена вища – повна середня	-0,15911	0,34509	0,64506
Вища – повна середня	-0,61582	0,25147	0,01485
Науковий ступінь – повна середня	-1,00372	0,43706	0,02227
Вік			0,01842
2 (35–50 р.) – 1 (до 35 р.)	-0,49617	0,17633	0,00519
3 (50–65 р.) – 1 (до 35 р.)	-0,37257	0,19205	0,05324
4 (> 65 р.) – 1 (до 35 р.)	-0,65399	0,32850	0,04732
Потреба у зміні способу життя	0,18305	0,03278	<0,00001
Практичні дії, спрямовані на зміну способу життя*	0,99391	0,18660	<0,00001
Зростання рівня фізичних навантажень під час COVID-19	0,53932	0,16254	0,00091
Готовність активно підтримати заходи здорового харчування	0,09769	0,03761	0,00940
Необхідність дотримання дитьми принципів здорового харчування	0,13313	0,04832	0,00586
Залучення дитини до підтримання здоров'я власним прикладом**	0,00856	0,00272	0,00165
Готовність повірити дитині в питанні щодо здоров'я**	0,02338	0,00300	<0,00001

Примітки: * – з метою збільшення частки дисперсії, що пояснюється моделлю, використаний квадратний корінь показника; ** – з метою збільшення частки дисперсії, що пояснюється моделлю, використаний показник, піднесений до квадрату

Наявність зв'язків між вищою задоволеністю сім'єю, сприйняттям традицій як чинника впливу на здоров'я та вищою задоволеністю здоров'ям / життям загалом дає змогу припустити, що задоволені своїм здоров'ям вважають традиції важливими персонально для себе, а задоволені життям загалом – важливими для суспільства. Тобто коли йдеться про вплив на особисте здоров'я, то населення певним чином асоціює традиції з «власними сімейними традиціями». Наявність зв'язку між вищою задоволеністю сім'єю та сприйняттям традицій як детермінанти особистого здоров'я може вказувати на залежність між рівнем сімейного добробуту та прихильністю до заходів здорового СЖ, що здійснюються в межах сім'ї («ім добре вдома, тому вони вважають, що це позитивно впливає на здоров'я як їхнє, так і всього суспільства»). Це, зокрема, підтверджується наявністю слабкої позитивної кореляції між задоволеністю сім'єю та активною прихильністю до впроваджуваних змін харчування (0,155, $p=0,00662$) і слабкої негативної – до активного заперечення впровадження таких змін (-0,215, $p=0,00036$). Сприйняття сім'ї як детермінанти особистого здоров'я також вірогідно знижує імовірність активної протидії зазначеним заходам (2,3 б. vs 2,9 б., $p=0,01828$), проте не підвищує імовірність сприяння їм. Ставлення до традицій такого зв'язку не демонструє. Схожі спостереження про меншу, ніж вважалося, роль суспільства у впливі на індивідуальну поведінку щодо здоров'я було оприлюднено у праці [13]. Згідно з висновками авторів, населення зазвичай є індивідуалістично налаштованим, а більш «екологічну» (орієнтовану на спільноту) позицію щодо здоров'я займають медичні працівники. З іншого боку, у дослідженні [28] встановлено, що нижча особиста ефективність і традиції малорухомої поведінки в сім'ї та серед друзів (соціальному оточенні) пов'язані з істотним підвищенням кількості часу, який особа проводить біля екрана телевізора чи комп'ютера. Водночас інтервенції, спрямовані на зміну індивідуальної поведінки, можуть давати суттєвий результат на популяційному рівні [29].

Привертає увагу той факт, що сприйняття соціального оточення (сім'ї та друзів) як детермінанти здоров'я суспільства та самосвідомості як детермінанти здоров'я людини є чинниками, що пов'язані з вищим об'єктивним рівнем фізичної активності й, певною мірою, готовності до зміни СЖ. З одного боку, це підкреслює роль сім'ї як проміжної ланки між особою та суспільством, а з іншого – відсутність такого зв'язку між самосвідомістю та рівнем фізичної активності в суспільному вимірі слугує ще одним підтвердженням його «теоретичної» спрямованості. Зокрема, представники фахової групи «людина – техніка» мають більшу частку прихильників позиції щодо важливості самосвідомості для здоров'я суспільства та водночас рідше контролюють рівень власної фізичної активності.

Згідно з дослідженнями вчених, задоволеність здоров'ям за результатами самооцінки визнається важливим критерієм, зокрема встановлено статистично вірогідне підвищення ризику смерті в осіб, які мають нижчу самооцінку здоров'я [14; 15; 30]. У цьому контексті впадає у вічі, що основні відмінності в рівнях

загальної задоволеності та задоволеності здоров'ям припадають саме на чинники дотримання здорової поведінки (а не на чинники впливу на здоров'я населення, особи чи перешкоди). Тобто рівень задоволеності пов'язаний із поведінкою (практичний вимір), а не зі знаннями чи переконаннями щодо здоров'я (теоретичний вимір).

Оцінка чинників – перешкод до відмови від нездорової поведінки продемонструвала ще один важливий компонент в інтерпретації даних самооцінки. Якщо окремі зв'язки працюють загалом лінійно (наприклад, особи, що називають перешкодою хвороби, менше рухаються), то деякі сприймаються на перший погляд парадоксально: особи, які вважають перешкодою до відмови від нездорової поведінки лінощі, мають нижчий суб'єктивний рівень фізичних навантажень, а ті, хто вважає таким чинником традиції, – вищий. За об'єктивною шкалою статистично вірогідної різниці в обох згаданих випадках встановлено не було. Таким чином, це свідчить про те, що особи, які вважають перешкодою лінощі, більш критичні до себе (а отже, недооцінюють свій рівень фізичної активності), а ті, хто вважає такою перешкодою традиції, імовірно схильні покладати відповідальність за здоров'я на зовнішні чинники (і переоцінюють рівень власної активності).

Отже, можна констатувати наявність суттєвих відмінностей у декларованому ставленні до чинників здоров'я на *персональному* та *суспільному* рівнях. Міра відповідності кожного із цих рівнів об'єктивній реальності потребує подальшого дослідження, проте наявність такої різниці має бути врахована в комунікації з населенням, зокрема в межах розроблення диференційованого підходу до комунікації з групами населення, більш і менш орієнтованими на своє соціальне оточення. Автори систематичного огляду [31] звертають увагу на те, що в окремих випадках дефіцит персональної грамотності щодо здоров'я може бути компенсований за рахунок соціальних норм.

Важливим для розроблення й оцінювання комунікаційних кампаній є врахування позитивної динаміки у здійсненні населенням профілактичних заходів (миття рук) до та після початку пандемії COVID-19, що є наслідком масштабної інформаційної кампанії (імовірно, ідеться як безпосередньо про заходи профілактики, так і про вагому емоційну компоненту, а отже, чутливість до цієї тематики серед населення). Наявність такого прецеденту свідчить про ефективність широкого інформування населення про доступні профілактичні заходи за умови визнання населенням важливості проблеми.

Заходи вдосконалення комунікації. Шляхи вдосконалення підходів до розроблення профілактичних заходів та підвищення ступеня людиноорієнтованості наведені в науковій праці [32]. У проведеному рандомізованому контрольованому дослідженні впливу трьох різних інтервенцій на прихильність до дотримання заходів профілактики COVID-19 встановлено, що методи вольової допомоги (volitional help sheet (VHS)) та індукції емпатії виявили ефективність у підвищенні прихильності до профілактичних заходів. Суттю методики вольової допомоги є розроблення тверджень

у форматі «Якщо ... , то ...», які допомагають групам цільової аудиторії швидко ухвалювати спрямоване на підтримку здоров'я рішення у відповідній ситуації. Зокрема, група осіб, що отримала комплекс заходів вольової допомоги, продемонструвала статистично вірогідно вищу готовність приймати менше відвідувачів та уникати скупчень людей під час пандемії COVID-19 [32].

У розробленні програм зміни поведінки також доцільно враховувати рекомендації Всесвітньої організації охорони здоров'я Communication For Behavioural Impact (COMBI) [33], що спираються на досягнення прогресу за трьома напрямками: а) створення спроможностей (capabilities) – здатності самої особи до здійснення поведінки; б) можливостей (opportunities) – придатності оточення до здійснення поведінки; в) мотивації (motivation) для прийняття та усталення нової поведінки. Результати проведеного дослідження свідчать про те, що населення України часто перецінює перешкоди, які стоять на заваді веденню здорового СЖ; зокрема, це стосується таких показників, як брак вільного часу, брак коштів, лінощі або хвороби. Цим групам населення важливо демонструвати доступні способи оздоровлення СЖ в межах наявних ресурсів, зокрема користування сходами, ходіння пішки, збалансування раціону в межах доступних коштів тощо. Особливої уваги потребують особи, які вже мають захворювання, зокрема НІЗ, для налагодження ефективної вторинної та третинної профілактики.

Важливим є посилення орієнтації на системне вивчення організму людини та формування особистої відповідальності за здоров'я вже на рівні середньої освіти [16], розроблення заходів з упровадження практик сприяння здоров'ю на робочих місцях, у закладах освіти, міській інфраструктурі тощо.

Крім того, стратегічним орієнтиром для розроблення та впровадження вітчизняної політики у сфері здоров'я має бути рекомендація Комісії із соціальних детермінант охорони здоров'я Всесвітньої організації охорони здоров'я, що визначила поєднання політичного, академічного та адвокаційного досвіду як запоруку досягнення рівності в доступі до послуг охорони здоров'я [16].

Висновки. Готовність до зміни СЖ – це показник, що характеризує насамперед теоретичне ставлення (знання) особи щодо сфери здоров'я, проте водночас свідчить про готовність особи використати зміну життєвих обставин із метою впровадження здорових практик.

Соціальний тиск відіграє вагомий роль у самооцінці поведінки: особи, які частіше піддаються несхваленню

їхнього СЖ, частіше вважають недостатніми свої зусилля щодо підтримки здоров'я та власні лінощі – перешкодою до ведення здорового СЖ; а ті особи, які рідше стикаються із соціальним несхваленням їхнього СЖ, частіше вважають його здоровим. Більш мотивовані особи більше уваги приділяють практичним заходам забезпечення здоров'я та схильні до більшої задоволеності результатами зроблених зусиль.

Особі, які вважають перешкодою до ведення здорового СЖ вік, наявність хвороб або матеріальний стан, потребують розроблення адекватних заходів профілактики для мінімізації негативного впливу соціальної чи поведінкової компоненти від уже наявних обмежень функціонування.

Є істотною відмінністю у сприйнятті населенням особистого та громадського здоров'я, що має враховуватися під час розроблення інформаційних кампаній у сфері охорони здоров'я. Ставлення населення до детермінант здоров'я суспільства є загальним та орієнтованим на теорію, а типові практики конкретної людини (її поведінкові патерни) більшою мірою відображені у ставленні до детермінант особистого здоров'я. Роль соціального оточення (сім'ї, друзів) та самосвідомості є впливовими чинниками у впровадженні й поширенні здорових практик і пов'язані з вищим об'єктивним рівнем фізичної активності.

Важливим для збільшення ефективності комунікаційних кампаній є демонстрація шляхів мінімізації ролі перешкод до ведення здорового СЖ, поширення доступних практик і порад, орієнтованих на потреби конкретних груп населення.

Обмеження. Дослідження було проведене методом опитування та, відповідно, спирається на дані, надані самими респондентами. Хоча деякі з них (наприклад, статус щодо куріння, наявність укладеної із сімейним лікарем декларації, опис типової рухової активності) є досить чіткими та дають змогу робити обґрунтовані припущення, нагальною залишається потреба в поєднанні в межах одного дослідження об'єктивно оцінених дослідником даних, зокрема щодо рухової активності, та оцінювання мотиваційної сфери шляхом опитування.

Перспективи подальших досліджень. Наукові дослідження у сфері комунікацій в охороні здоров'я потребують поглиблення інтеграції між сферою громадського здоров'я та нейронауками [16], зокрема за напрямом визначення зв'язків між соціальними чинниками, СЖ, клітинними й молекулярними механізмами [3; 34], а також щодо впливу генетичних та фізіологічних чинників на соціальні детермінанти здоров'я, і навпаки [35; 36].

ЛІТЕРАТУРА

1. Relationship between Determinants of Health, Equity, and Dimensions of Health Literacy in Patients with Cardiovascular Disease / A.C. Cabellos-García, E. Castro-Sánchez, A. Martínez-Sabater, M.Á. Díaz-Herrera, A. Ocaña-Ortiz, R. Juárez-Vela, V. Gea-Caballero. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020. Vol. 17. Iss. 6. Art. 2082. DOI: 10.3390/ijerph17062082.
2. Shouls S., Congdon P., Curtis S. Modelling inequality in reported long term illness in the UK: combining individual and area characteristics. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 1996. Vol. 50. Iss. 3. P. 366–376. DOI: 10.1136/jech.50.3.366.
3. Understanding the Role of Social Factors in Farmworker Housing and Health / B. Marsh, C. Milofsky, E. Kissam, T.A. Arcury. *New Solutions: A Journal of Environmental and Occupational Health Policy*. 2015. Vol. 25. Iss. 3. P. 313–333. DOI: 10.1177/1048291115601020.

4. Social Determinants of Health, Race, and Diabetes Population Health Improvement: Black/African Americans as a Population Exemplar / F. Hill-Briggs, P.L. Ephraim, E.A. Vraney, K.W. Davidson, R. Pekmezaris, D. Salas-Lopez, C.M. Alfano, T.L. Gary-Webb. *Current Diabetes Reports*. 2022. Vol. 22. Iss. 3. P. 117–128. DOI: 10.1007/s11892-022-01454-3.
5. Gehlert S., Hudson D., Sacks T. A Critical Theoretical Approach to Cancer Disparities: Breast Cancer and the Social Determinants of Health. *Frontiers in Public Health*. 2021. Vol. 9. Art. 674736. DOI: 10.3389/fpubh.2021.674736.
6. Health Promotion Glossary / World Health Organization. 1998. URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/64546>.
7. Concerns and future challenges of health literacy in the Nordic countries – From the point of view of health promotion practitioners and researchers / K.C. Ringsberg, E. Olander, P. Tillgren, N. Thualagant, A. Trollvik. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2018. Vol. 46. Iss. 20 suppl. P. 107–117. DOI: 10.1177/1403494817743903.
8. Relationship between health literacy, health information access, health behavior, and health status in Japanese people / M. Suka, T. Odajima, M. Okamoto, M. Sumitani, A. Igarashi, H. Ishikawa, M. Kusama, M. Yamamoto, T. Nakayama, H. Sugimori. *Patient Education and Counseling*. 2015. Vol. 98. Iss. 5. P. 660–668. DOI: 10.1016/j.pec.2015.02.013.
9. Health Literacy Mediates the Relationship Between Educational Attainment and Health Behavior: A Danish Population-Based Study / K. Friis, M. Lasgaard, G. Rowlands, R.H. Osborne, H.T. Maindal. *Journal of Health Communication*. 2016. Vol. 21. Supp 2. P. 54–60. DOI: 10.1080/10810730.2016.1201175.
10. The grounded psychometric development and initial validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ) / R.H. Osborne, R.W. Batterham, G.R. Elsworth, M. Hawkins, R. Buchbinder. *BMC Public Health*. 2013. Vol. 13. Iss. 1. Art. 658. DOI: 10.1186/1471-2458-13-658.
11. Measuring health literacy in populations: illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q) / K. Sørensen, S. Van den Broucke, J.M. Pelikan, J. Fullam, G. Doyle, Z. Slonska, B. Kondilis, V. Stoffels, R.H. Osborne, H. Brand. *BMC Public Health*. 2013. Vol. 13. Iss. 1. Art. 948. DOI: 10.1186/1471-2458-13-948.
12. The Health Literacy Toolkit. For Low- and Middle-Income Countries / D.S. Dodson, D.S. Good, P.R. Osborne (eds.). New Delhi : World Health Organization, 2014. 146 p.
13. Digital health literacy as a super determinant of health: More than simply the sum of its parts / R. van Kessel, B.L.H. Wong, T. Clemens, H. Brand. *Internet Interventions*. 2022. Vol. 27. Art. 100500. DOI: 10.1016/j.invent.2022.100500.
14. Hanmer J. Measuring population health: association of self-rated health and PROMIS measures with social determinants of health in a cross-sectional survey of the US population. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2021. Vol. 19. Iss. 1. Art. 221. DOI: 10.1186/s12955-021-01854-1.
15. Hanmer J. Cross-sectional validation of the PROMIS-Preference scoring system by its association with social determinants of health. *Quality of Life Research*. 2021. Vol. 30. Iss. 3. P. 881–889. DOI: 10.1007/s11136-020-02691-3.
16. Любінець О.В., Гржибовський Я.Л. Медико-соціальні детермінанти здоров'я (огляд світової літератури). *Український медичний часопис*. 2020. № 2(136). Т. 2. DOI: 10.32471/umj.1680-3051.136.175646.
17. The impact of loneliness and social isolation on health state utility values: a systematic literature review / I.K. Majmudar, C. Mihalopoulos, B. Brijnath, M.H. Lim, N.Y. Hall, L. Engel. *Quality of Life Research*. 2022. Vol. 31. Iss. 7. P. 1977–1997. DOI: 10.1007/s11136-021-03063-1.
18. Fischhoff B., Broomell S.B. Judgment and Decision Making. *Annual Review of Psychology*. 2020. Vol. 71. Iss. 1. P. 331–355. DOI: 10.1146/annurev-psych-010419-050747.
19. Coleman R., Thorson E., Wilkins L. Testing the Effect of Framing and Sourcing in Health News Stories. *Journal of Health Communication*. 2011. Vol. 16. Iss. 9. P. 941–954. DOI: 10.1080/10810730.2011.561918.
20. Людина і світ професій : навчально-методичний посібник / О.В. Мельник, О.Л. Морін, Л.А. Гуцан та ін. ; за ред. О.Л. Мельника. Івано-Франківськ : НАІР, 2015. 160 с.
21. Low Health Literacy and Health Outcomes: An Updated Systematic Review / N.D. Berkman, S.L. Sheridan, K.E. Donahue, D.J. Halpern, K. Crotty. *Annals of Internal Medicine*. 2011. Vol. 155. Iss. 2. P. 97–107. DOI: 10.7326/0003-4819-155-2-201107190-00005.
22. Developing a measure of communicative and critical health literacy: a pilot study of Japanese office workers / H. Ishikawa, K. Nomura, M. Sato, E. Yano. *Health Promotion International*. 2008. Vol. 23. Iss. 3. P. 269–274. DOI: 10.1093/heapro/dan017.
23. Level of health literacy in Latvia and Lithuania: a population-based study / I. Gatulytė, V. Verdiņa, Z. Vārpiņa, Á. Lubláy. *Archives of Public Health*. 2022. Vol. 80. Iss. 1. Art. 166. DOI: 10.1186/s13690-022-00886-3.
24. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models / K. Sørensen, S. Van den Broucke, J. Fullam, G. Doyle, J. Pelikan, Z. Slonska, H. Brand. (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European. *BMC Public Health*. 2012. Vol. 12. Iss. 1. Art. 80. DOI: 10.1186/1471-2458-12-80.
25. Franz B., Dhanani L.Y. Beyond political affiliation: an examination of the relationships between social factors and perceptions of and responses to COVID-19. *Journal of Behavioral Medicine*. 2021. Vol. 44. Iss. 5. P. 641–652. DOI: 10.1007/s10865-021-00226-w.
26. WHO's Strategic Communications Framework for effective communications / World Health Organization. Geneva, 2017. 56 p. URL: <https://www.who.int/docs/default-source/documents/communicating-for-health/communication-framework.pdf>.
27. Addressing health literacy in schools in the WHO European Region / L. Paakkari, J. Inchley, A. Schulz, M.W. Weber, O. Okan. *Public Health Panorama*. 2019. Vol. 5. Iss. 2–3. P. 186–190.
28. Hoyos Cillero I., Jago R., Sebire S. Individual and social predictors of screen-viewing among Spanish school children. *European Journal of Pediatrics*. 2011. Vol. 170. Iss. 1. P. 93–102. DOI: 10.1007/s00431-010-1276-6.
29. Applying principles of behaviour change to reduce SARS-CoV-2 transmission / R. West, S. Michie, G.J. Rubin, R. Amlôt. *Nature Human Behaviour*. 2020. Vol. 4. Iss. 5. P. 451–159.
30. Health Risk or Resource? Gradual and Independent Association between Self-Rated Health and Mortality Persists Over 30 Years / M. Bopp, J. Braun, F. Gutzwiller, D. Faeh. *PLoS One*. 2012. Vol. 7. Iss. 2. Art. e30795. DOI: 10.1371/journal.pone.0030795.

31. Seeking a deeper understanding of “distributed health literacy”: A systematic review / D.M. Muscat, D. Gessler, J. Ayre, O. Norgaard, I.R. Heuck, S. Haar, H.T. Maindal. *Health Expectations*. 2022. Vol. 25. Iss. 3. P. 856–868. DOI: 10.1111/hex.13450.
32. Improving behavioural compliance with the COVID-19 precautionary measures by means of innovative communication strategies: Social experimental studies / P. van Empelen, K. Preuhs, L.A. Bakker, P. Buursma, R. Andree, C. Anraad, H.M. van Keulen. *PLoS One*. 2022. Vol. 7. Iss. 7. Art. e0272001. DOI: 10.1371/journal.pone.0272001.
33. Communication for behavioural impact (COMBI): a toolkit for behavioural and social communication in outbreak response / World Health Organization, Food and Agriculture Organization of the United Nations, United Nations Children’s Fund (UNICEF). 2012. URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/75170>.
34. Karunamuni N., Imayama I., Goonetilleke D. Pathways to well-being: Untangling the causal relationships among biopsychosocial variables. *Social Science & Medicine*. 2021. Vol. 272. Art. 112846. DOI: 10.1016/j.socscimed.2020.112846.
35. Genetics of Regular Exercise and Sedentary Behaviors / E.J.C. de Geus, M. Bartels, J. Kaprio, J.T. Lightfoot, M. Thomis. *Twin Research and Human Genetics*. 2014. Vol. 17. Iss. 4. P. 262–271. DOI: 10.1017/thg.2014.42.
36. Long-Term Effects of Prematurity, Cumulative Medical Risk, and Proximal and Distal Social Forces on Individual Differences in Diurnal Cortisol at Young Adulthood / S.B. Winchester, M.C. Sullivan, M.B. Roberts, C.I. Bryce, D.A. Granger. *Biological Research For Nursing*. 2018. Vol. 20. Iss. 1. P. 5–15. DOI: 10.1177/1099800417718955.

REFERENCES

1. Cabellos-García.A.C. et al. (2020). Relationship between Determinants of Health, Equity, and Dimensions of Health Literacy in Patients with Cardiovascular Disease. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, vol. 17, iss. 6, art. 2082. DOI: 10.3390/ijerph17062082 [in English].
2. Shouls, S., Congdon, P., Curtis, S. (1996). Modelling inequality in reported long term illness in the UK: combining individual and area characteristics. *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 50, iss. 3, pp. 366–376. DOI: 10.1136/jech.50.3.366 [in English].
3. Marsh, B. et al. (2015). Understanding the Role of Social Factors in Farmworker Housing and Health. *New Solutions: A Journal of Environmental and Occupational Health Policy*, vol. 25, iss. 3, pp. 313–333. DOI: 10.1177/1048291115601020 [in English].
4. Hill-Briggs, F. et al. (2022). Social Determinants of Health, Race, and Diabetes Population Health Improvement: Black/African Americans as a Population Exemplar. *Current Diabetes Reports*, vol. 22, iss. 3, pp. 117–128. DOI: 10.1007/s11892-022-01454-3 [in English].
5. Gehlert, S., Hudson, D., Sacks, T. (2021). A Critical Theoretical Approach to Cancer Disparities: Breast Cancer and the Social Determinants of Health. *Frontiers in Public Health*, vol. 9, art. 674736. DOI: 10.3389/fpubh.2021.674736 [in English].
6. World Health Organization (1998). Health Promotion Glossary. Retrieved from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/64546> [in English].
7. Ringsberg, K.C. (2018). Concerns and future challenges of health literacy in the Nordic countries – From the point of view of health promotion practitioners and researchers. *Scandinavian Journal of Public Health*, vol. 46, iss. 20_suppl, pp. 107–117. DOI: 10.1177/1403494817743903 [in English].
8. Suka, M. et al. (2015). Relationship between health literacy, health information access, health behavior, and health status in Japanese people. *Patient Education and Counseling*, vol. 98, iss. 5, pp. 660–668. DOI: 10.1016/j.pec.2015.02.013 [in English].
9. Friis, K. et al. (2016). Health Literacy Mediates the Relationship Between Educational Attainment and Health Behavior: A Danish Population-Based Study. *Journal of Health Communication*, vol. 21, supp 2, pp. 54–60. DOI: 10.1080/10810730.2016.1201175 [in English].
10. Osborne, R.H. et al. (2013). The grounded psychometric development and initial validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ). *BMC Public Health*, vol. 13, iss. 1, art. 658. DOI: 10.1186/1471-2458-13-658 [in English].
11. Sørensen, K. et al. (2013). Measuring health literacy in populations: illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). *BMC Public Health*, vol. 13, iss. 1, art. 948. DOI: 10.1186/1471-2458-13-948 [in English].
12. Dodson, D.S., Good, D.S., Osborne, P.R. (eds.) (2014). *The Health Literacy Toolkit. For Low- and Middle-Income Countries*. New Delhi: World Health Organization, 146 p. [in English].
13. Van Kessel, R. et al. (2022). Digital health literacy as a super determinant of health: More than simply the sum of its parts. *Internet Interventions*, vol. 27, art. 100500. DOI: 10.1016/j.invent.2022.100500 [in English].
14. Hanmer, J. (2021a). Measuring population health: association of self-rated health and PROMIS measures with social determinants of health in a cross-sectional survey of the US population. *Health and Quality of Life Outcomes*, vol. 19, iss. 1, art. 221. DOI: 10.1186/s12955-021-01854-1 [in English].
15. Hanmer, J. (2021b). Cross-sectional validation of the PROMIS-Preference scoring system by its association with social determinants of health. *Quality of Life Research*, vol. 30, iss. 3, pp. 881–889. DOI: 10.1007/s11136-020-02691-3 [in English].
16. Liubinet, O.V., Hrzhybovskiy, Ya.L. (2020). Medyko-sotsialni determinanty zdorovia (ohliad svitovoi literatury) [Medical and social determinants of health (review of world literature)]. *Ukrainskyi medychnyi chasopys – Ukrainian medical journal*, no. 2(136), vol. 2. DOI: 10.32471/umj.1680-3051.136.175646 [in Ukrainian].
17. Majmudar, I.K. et al. (2022). The impact of loneliness and social isolation on health state utility values: a systematic literature review. *Quality of Life Research*, vol. 31, iss. 7, pp. 1977–1997. DOI: 10.1007/s11136-021-03063-1 [in English].
18. Fischhoff, B., Broomell, S.B. (2020). Judgment and Decision Making. *Annual Review of Psychology*, vol. 71, iss. 1, pp. 331–355. DOI: 10.1146/annurev-psych-010419-050747 [in English].
19. Coleman, R., Thorson, E., Wilkins, L. (2011). Testing the Effect of Framing and Sourcing in Health News Stories. *Journal of Health Communication*, vol. 16, iss. 9, pp. 941–954. DOI: 10.1080/10810730.2011.561918 [in English].

-
20. Melnyk, O.L. (ed.) (2015). *Liudyna i svit profesii: navchalno-metodychnyi posibnyk [Human and the world of professions: educational and methodological manual]*. Ivano-Frankivsk: NAIR, 160 p. [in Ukrainian].
 21. Berkman, N.D. et al. (2011). Low Health Literacy and Health Outcomes: An Updated Systematic Review. *Annals of Internal Medicine*, vol. 155, iss. 2, pp. 97–107. DOI: 10.7326/0003-4819-155-2-201107190-00005 [in English].
 22. Ishikawa, H. et al. (2008). Developing a measure of communicative and critical health literacy: a pilot study of Japanese office workers. *Health Promotion International*, vol. 23, iss. 3, pp. 269–274. DOI: 10.1093/heapro/dan017 [in English].
 23. Gatulytė, I. et al. (2022). Level of health literacy in Latvia and Lithuania: a population-based study. *Archives of Public Health*, vol. 80, iss. 1, art. 166. DOI: 10.1186/s13690-022-00886-3 [in English].
 24. Sørensen, K. et al. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, vol. 12, iss. 1, art. 80. DOI: 10.1186/1471-2458-12-80 [in English].
 25. Franz, B., Dhanani, L.Y. (2021). Beyond political affiliation: an examination of the relationships between social factors and perceptions of and responses to COVID-19. *Journal of Behavioral Medicine*, vol. 44, iss. 5, pp. 641–652. DOI: 10.1007/s10865-021-00226-w [in English].
 26. World Health Organization (2017). *WHO's Strategic Communications Framework for effective communications*. Geneva, 56 p. Retrieved from: <https://www.who.int/docs/default-source/documents/communicating-for-health/communication-framework.pdf> [in English].
 27. Paakkari, L. et al. (2019). Addressing health literacy in schools in the WHO European Region. *Public Health Panorama*, vol. 5, iss. 2–3, pp. 186–190 [in English].
 28. Hoyos Cillero, I., Jago, R., Sebire, S. (2011). Individual and social predictors of screen-viewing among Spanish school children. *European Journal of Pediatrics*, vol. 170, iss. 1, pp. 93–102. DOI: 10.1007/s00431-010-1276-6 [in English].
 29. West, R. et al. (2020). Applying principles of behaviour change to reduce SARS-CoV-2 transmission. *Nature Human Behaviour*, vol. 4, iss. 5, pp. 451–459 [in English].
 30. Bopp, M. et al. (2012). Health Risk or Resource? Gradual and Independent Association between Self-Rated Health and Mortality Persists Over 30 Years. *PLoS One*, vol. 7, iss. 2, art. e30795. DOI: 10.1371/journal.pone.0030795 [in English].
 31. Muscat, D.M. et al. (2022). Seeking a deeper understanding of “distributed health literacy”: A systematic review. *Health Expectations*, vol. 25, iss. 3, pp. 856–868. DOI: 10.1111/hex.13450 [in English].
 32. Van Empelen, P. et al. (2022). Improving behavioural compliance with the COVID-19 precautionary measures by means of innovative communication strategies: Social experimental studies. *PLoS One*, vol. 7, iss. 7, art. e0272001. DOI: 10.1371/journal.pone.0272001 [in English].
 33. World Health Organization, Food and Agriculture Organization of the United Nations, United Nations Children's Fund (UNICEF) (2012). *Communication for behavioural impact (COMBI): a toolkit for behavioural and social communication in outbreak response*. Retrieved from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/75170> [in English].
 34. Karunamuni, N., Imayama, I., Goonetilleke, D. (2021). Pathways to well-being: Untangling the causal relationships among biopsychosocial variables. *Social Science & Medicine*, vol. 272, art. 112846. DOI: 10.1016/j.socscimed.2020.112846 [in English].
 35. De Geus, E.J.C. et al. (2014). Genetics of Regular Exercise and Sedentary Behaviors. *Twin Research and Human Genetics*, vol. 17, iss. 4, pp. 262–271. DOI: 10.1017/thg.2014.42 [in English].
 36. Winchester, S.B. et al. (2018). Long-Term Effects of Prematurity, Cumulative Medical Risk, and Proximal and Distal Social Forces on Individual Differences in Diurnal Cortisol at Young Adulthood. *Biological Research For Nursing*, vol. 20, iss. 1, pp. 5–15. DOI: 10.1177/1099800417718955 [in English].