

Чік Вадим Михайлович,
аспірант спеціальності 229 «Громадське здоров'я»,
ДВНЗ «Ужгородський національний університет»
ORCID ID: 0009-0009-1555-6224
м. Ужгород, Україна

ЦИФРОВА ГРАМОТНІСТЬ ЩОДО ЗДОРОВ'Я ТА ПРАКТИКИ ОЦІНЮВАННЯ МЕДИЧНОЇ ІНФОРМАЦІЇ СЕРЕД ДОРОСЛИХ КОРИСТУВАЧІВ ІНТЕРНЕТУ В УКРАЇНІ: РЕЗУЛЬТАТИ КРОС-СЕКЦІЙНОГО ОНЛАЙН-ОПИТУВАННЯ

Вступ. Пошук медичної інформації в інтернеті та консультації з ШІ-чат-ботами стали для більшості людей звичною практикою. Однак рівень цифрової грамотності щодо здоров'я (digital health literacy) у різних популяціях суттєво відрізняється, а даних про цю грамотність серед дорослого населення України досі немає.

Мета дослідження: оцінити рівень цифрової грамотності щодо здоров'я дорослих користувачів інтернету в Україні за повною структурою інструменту Digital Health Literacy Instrument (DHLI). Додатковими завданнями було дослідити практики використання штучного інтелекту для самодіагностики, способи верифікації медичної інформації, а також зв'язок цифрової активності зі сферами способу життя.

Матеріали та методи. Проведено крос-секційне онлайн-анкетування 412 дорослих респондентів (52,9% чоловіків, 47,1% жінок; вік $M=32,1$, $SD=9,2$) методом снігової кулі та за зручністю. Використано адаптований інструмент DHLI (7 субшкал, 21 пункт), доповнений блоками щодо використання штучного інтелекту, верифікації інформації та впливу цифрових ресурсів на спосіб життя. Статистичну обробку виконано в IBM SPSS Statistics: описова статистика, кореляційний аналіз Пірсона, t-критерій Стюдента для незалежних вибірок, критерій χ^2 Пірсона з мірою Крамера, множинна лінійна регресія, коефіцієнт Кронбаха.

Результати та їх обговорення. Загальний бал цифрової грамотності становив $M=3,09$ ($SD=0,59$) за шкалою 1–4, що практично збігається з результатом оригінального валідаційного дослідження інструмента ($M=3,11$). Усі субшкали продемонстрували прийнятну відмінну надійність ($\alpha=0,746\text{--}0,924$). Найслабшою навичкою виявилась критична оцінка інформації: 47,6% респондентів вважають важким визначити надійність джерела, а 45,9% – його комерційний характер. Вік ($r=-0,453$, $p<0,001$) та рівень освіти ($t=11,36$, $p<0,001$) підтвердились як стійкі асоційовані чинники грамотності, узгоджуючись із міжнародними даними. У множинній регресії модель пояснила 46,1% дисперсії загального бала; незалежними предикторами виявились вік, вища освіта, проживання у великому місті та частота пошуку інформації. Регулярно використовують штучний інтелект для самодіагностики 30,8% респондентів. Виявлено статистично значущий зв'язок між використанням ШІ та досвідом введення в оману цифровою інформацією ($\chi^2=69,87$, $df=6$, $p<0,001$, Cramér's $V=0,29$): 76,4% регулярних користувачів ШІ проти 31,6% тих, хто його не використовує. Самооцінюваний вплив цифрових ресурсів на спосіб життя виявився вибірково і амбівалентним. Найбільша користь спостерігалась у своєчасному зверненні до лікаря (69,4%) та профілактичних оглядах (66,0%), тоді як сон і психоемоційний стан лишилися найсуперечливішими сферами впливу.

Висновки. Середній загальний бал цифрової грамотності щодо здоров'я серед дорослих користувачів інтернету в Україні становив $3,09\pm0,59$ за 4-бальною шкалою DHLI. Найслабшою ланкою виявилась критична оцінка інформації, а не технічна робота з пристроями. Використання штучного інтелекту для самодіагностики є масовою практикою, асоційованою з частішими повідомленнями про досвід введення в оману, що, ймовірно, відображає загальну інтенсивність цифрової активності. Отримані результати обґрунтовують потребу цільових програм цифрової гігієни та медіаграмотності, орієнтованих на розвиток критичного мислення, особливо серед осіб старшого віку та з нижчим рівнем освіти.

Ключові слова: цифрова грамотність щодо здоров'я, інструмент DHLI, штучний інтелект, самодіагностика, дезінформація, верифікація медичної інформації, спосіб життя, дорослі користувачі інтернету, Україна.

Chik Vadym Mykhailovych, Postgraduate Student at the Specialty 229 «Public Health», Uzhhorod National University; ORCID ID: 0009-0009-1555-6224, Uzhhorod, Ukraine

DIGITAL HEALTH LITERACY AND PRACTICES OF EVALUATING MEDICAL INFORMATION AMONG ADULT INTERNET USERS IN UKRAINE: RESULTS OF A CROSS-SECTIONAL ONLINE SURVEY

Introduction. Searching for medical information online and consulting AI chatbots have become a routine practice for most people. However, the level of digital health literacy varies substantially across populations, and no data on this literacy among the adult population of Ukraine have been available until now.

The aim of the study was to assess the level of digital health literacy among adult internet users in Ukraine using the full structure of the Digital Health Literacy Instrument (DHLI). Additional objectives were to examine practices of using artificial intelligence for self-diagnosis, methods of verifying medical information, and the relationship between digital activity and lifestyle domains.

Materials and methods. A cross-sectional online survey of 412 adult respondents was conducted (52.9% male, 47.1% female; age $M=32.1$, $SD=9.2$) using snowball and convenience sampling. An adapted DHLI instrument (7 subscales, 21 items) was used, supplemented with blocks on artificial intelligence use, information verification, and the impact of digital resources on lifestyle. Statistical analysis was

© Чік В. М., 2026



Стаття поширюється на умовах ліцензії відкритого доступу CC BY 4.0

performed in IBM SPSS Statistics: descriptive statistics, Pearson correlation, independent-samples t-test, Pearson's χ^2 test with Cramér's V, multiple linear regression, and Cronbach's alpha.

Results and discussion. The overall digital health literacy score was $M=3.09$ ($SD=0.59$) on a 1–4 scale, closely matching the result of the original validation study of the instrument ($M=3.11$). All subscales demonstrated acceptable-to-excellent reliability ($\alpha=0.746$ – 0.924). The weakest skill was critical evaluation of information: 47.6% of respondents found it difficult to determine the reliability of a source, and 45.9% its commercial nature. Age ($r=-0.453$, $p<0.001$) and education level ($t=11.36$, $p<0.001$) were confirmed as factors consistently associated with literacy, in line with international data. In multiple regression, the model explained 46.1% of the variance in the total score; age, higher education, residence in a large city, and frequency of health information seeking were independent predictors. Artificial intelligence for self-diagnosis is used regularly by 30.8% of respondents. A statistically significant association was found between AI use and the experience of being misled by digital information ($\chi^2=69.87$, $df=6$, $p<0.001$, Cramér's $V=0.29$): 76.4% of regular AI users versus 31.6% of non-users reported being misled. The self-reported impact of digital resources on lifestyle was selective and ambivalent. The greatest benefit was observed for timely doctor visits (69.4%) and preventive check-ups (66.0%), while sleep and psycho-emotional state remained the most contradictory domains.

Conclusions. Digital health literacy among adult internet users in Ukraine had a mean overall score of 3.09 ± 0.59 on the 4-point DHLI scale. The weakest link was critical evaluation of information rather than technical device skills. The use of artificial intelligence for self-diagnosis is a widespread practice associated with more frequent reports of being misled, which likely reflects the overall intensity of digital activity. These findings substantiate the need for targeted digital hygiene and media literacy programmes focused on developing critical thinking, particularly among older and less educated individuals.

Key words: digital health literacy, DHLI instrument, artificial intelligence, self-diagnosis, misinformation, verification of medical information, lifestyle, adult internet users, Ukraine.

Вступ. Більшість людей, перш ніж відвідати медичний заклад та звернутися за консультацією до лікаря, шукають інформацію про своє самопочуття в інтернеті. До звичного пошуку симптомів через платформу Google дедалі частіше додається консультація з чат-ботами на основі штучного інтелекту. Здатність знайти, критично оцінити та правильно застосувати таку інформацію у світовій науці позначається терміном «цифрова грамотність щодо здоров'я» (digital health literacy). Її рівень у різних популяціях суттєво відрізняється. Глобальне опитування 31 000 дорослих у 30 країнах виявило три закономірності: найвищий рівень цифрової грамотності щодо здоров'я мають мешканці країн із середнім рівнем доходу, найбільш довіреним джерелом медичної інформації залишається лікар, а ставлення людей до контенту, згенерованого штучним інтелектом, лишається неоднозначним [1]. Причини цієї нерівномірності прояснює європейське дослідження на вибірці 28 057 респондентів у 13 країнах, яке застосувало розширену версію інструменту DHLI (Digital Health Literacy Instrument): найбільше відстають від середнього рівня грамотності люди похилого віку, з поганим самопочуттям, низьким рівнем освіти та низьким соціальним статусом, тоді як стать на результат практично не впливає [2].

Для України ця тема має особливу вагу. Реформа системи охорони здоров'я заклала основу цифрової медичної інфраструктури ще до повномасштабного вторгнення, а війна, під час якої лише за перші 11 місяців зафіксовано 707 нападів на медичні заклади, перетворила цю інфраструктуру з допоміжного інструменту на ресурс, критично необхідний для підтримки системи [3]. Показовий приклад – цифровий сервіс «АПТпоруч» (#ARTporuch), завдяки якому люди, що живуть з ВІЛ і опинилися в зоні бойових дій, змогли відновити зв'язок із медичною системою [4]. Коли фізичний доступ до лікаря обмежений, уміння самостійно працювати з медичною інформацією в інтернеті перетворюється на практичний чинник безпеки для здоров'я.

Водночас даних про рівень цифрової грамотності щодо здоров'я дорослого населення України досі бракує. На попередньому, пілотному етапі нашого дослід-

ження на вибірці зі 190 респондентів було оцінено лише один компонент цифрової грамотності: навички критичної оцінки медичного онлайн-контенту. Результати виявили проблему: лише 32,1% опитаних систематично перевіряли знайдену інформацію в кількох незалежних джерелах, а майже кожен другий (47,9%) стикався з дезінформацією з боку цифрових ресурсів [5]. Це зумовило потребу у формуванні повноцінної картини.

Метою цього дослідження було оцінити цифрову грамотність щодо здоров'я дорослих користувачів інтернету в Україні за повною структурою інструменту Digital Health Literacy Instrument (операційні навички, навігація, пошук інформації, оцінювання надійності, визначення релевантності, створення контенту, захист приватності), а також вивчити практики використання штучного інтелекту для самодіагностики, способи верифікації медичної інформації та зв'язок цифрової активності зі сферами способу життя.

Методологія та методи дослідження. Дослідження виконано у формі крос-секційного онлайн-анкетування, дизайн і звітування відповідають міжнародному стандарту CROSS [6]. Збір даних тривав з 19 червня по 22 липня 2026 року. Для формування вибірки застосовано мультіканальний підхід до розповсюдження анкети за методами снігової кулі та вибірки за зручністю: органічні публікації в соціальних мережах, поширення через особисту мережу контактів дослідника (снігова куля), а також платне таргетоване просування в месенджерах для розширення охоплення вибірки (вибір за зручністю). Критеріями участі були повноліття та доступ до інтернету. Анкетування було анонімним і добровільним; заповнення анкети розглядалося як інформована згода на участь. Вибірку склали 412 респондентів віком від 18 до 60 років ($M=32,1$, $SD=9,2$): 52,9% чоловіків і 47,1% жінок.

Інструмент дослідження складався із трьох блоків. Перший блок містив соціально-демографічні характеристики (стать, вік, освіта, соціальний статус, сфера діяльності, тип населеного пункту) та загальні патерни цифрової поведінки (самооцінка навичок роботи з інтернетом, частота використання пристроїв і джерела пошуку інформації про здоров'я). Другий

блок базувався на міжнародному інструменті Digital Health Literacy Instrument (DHLI) [7] та відтворював його оригінальну структуру: сім субшкал по три пункти кожна – операційні навички, навігація, пошук інформації, оцінювання надійності, визначення релевантності, створення власного контенту та захист приватності, загалом 21 пункт. Третій блок оцінював практики використання штучного інтелекту для самодіагностики, способи й частоту верифікації медичної інформації, негативні наслідки цифрової поведінки та вплив цифрових ресурсів на сім сфер способу життя.

Пункти другого блоку оцінювалися за 4-бальною шкалою. Для позитивно сформульованих пунктів (наскільки легко виконати дію) відповіді кодувалися від «дуже легко» (4 бали) до «дуже важко» (1 бал). Для пунктів, сформульованих як частота проблем (субшкали навігації та приватності), застосовувалося реверс-кодування: «ніколи» (4 бали) до «часто» (1 бал), так, щоб в усіх субшкалах вищий бал завжди відповідав вищому рівню грамотності. Субшкала приватності залишалася необов'язковою для заповнення, що є задокументованою особливістю оригінального інструменту [7]. Опитування проводилося українською мовою. Пункти інструменту адаптовано шляхом прямого перекладу з англomовного оригіналу; коректність перекладу перевірено науковим керівником. Окремі елементи субшкал DHLI попередньо використовувалися на пілотному етапі дослідження (n=190) [5]; повна україномовна версія всіх 21 пункту застосована в цьому дослідженні вперше. Офіційна психометрична валідація україномовної версії, включно зі зворотним перекладом, є перспективою подальших досліджень. Композитний бал кожної субшкали обчислювався як середнє арифметичне її пунктів. Загальний бал цифрової грамотності розраховувався як пряме середнє всіх 21 пункту, за умови відповіді щонайменше на 18 із них – так само, як це визначено в методології оригінальних авторів інструменту [7].

Статистичну обробку виконано в IBM SPSS Statistics, версія 32.0. Застосовано методи описової статистики, кореляційний аналіз Пірсона, t-критерій Стюдента для незалежних вибірок (з попередньою перевіркою рівності дисперсій за критерієм Левена) та критерій χ^2 Пірсона з обчисленням міри Крамера (Cramér's V) для оцінки сили зв'язку між категоріальними змінними, а також множинну лінійну регресію для оцінки незалежних внесків соціально-демографічних чинників у загальний бал цифрової грамотності. Внутрішню узгодженість субшкал перевірено коефіцієнтом Кронбаха. Статистично значущими вважали результати при $p < 0,05$.

Виклад основного матеріалу дослідження. Соціально-демографічний профіль вибірки. Інтерпретація результатів оцінки субшкал цифрової грамотності потребує попереднього аналізу соціально-демографічних характеристик вибірки та базових патернів цифрової поведінки респондентів. Зазначені показники визначають контекст оцінки рівня цифрової грамотності та дозволяють коректно інтерпретувати отримані результати. Основні соціально-демографічні показники вибірки наведено в Таблиці 1.

Таблиця 1
Соціально-демографічний профіль вибірки (n=412)

Показник	n	%
Стать		
Чоловіча	218	52,9
Жіноча	194	47,1
Повний вік (роки)	M=32,1	SD=9,2
Освіта		
Середня загальна освіта	42	10,2
Середня спеціальна/професійно-технічна	77	18,7
Незакінчена вища	72	17,5
Вища (бакалавр)	74	18,0
Вища (спеціаліст, магістр)	138	33,5
Науковий ступінь (кандидат/доктор наук)	9	2,2
Сфера діяльності		
Немедична	335	81,3
Медична	77	18,7
Тип населеного пункту		
Велике місто (понад 100 тис. населення)	190	46,1
Мале місто (до 100 тис. населення)	139	33,7
Селище міського типу	32	7,8
Село	51	12,4

Вибірка відображає переважно міське, працездатне доросле населення з дещо вищою представленістю осіб із вищою освітою, це типова риса онлайн-опитувань і узгоджується з обмеженнями вибірки, сформованої методом снігової кулі та за зручністю. Більшість респондентів оцінили власні цифрові навички як добрі (48,1%) або відмінні (33,7%); лише 0,5% (n=2) визнали їх поганими. Регулярність звернення по медичну інформацію в інтернеті помірна: 41,5% шукають її рідше одного разу на місяць, тоді як 9,7% роблять це щодня або майже щодня, і лише 0,7% не шукають взагалі.

Рівень цифрової грамотності за субшкалами DHLI. Наступним кроком аналізу стала оцінка того, наскільки добре респонденти володіють конкретними навичками цифрової грамотності за сімома субшкалами інструменту DHLI. Психометричні показники кожної субшкали представлено в Таблиці 2.

Усі коефіцієнти Кронбаха перевищують поріг 0,70, інструмент демонструє прийнятну-відмінну надійність. Загальна альфа Кронбаха для повної шкали з 21 пункту становила 0,953, що перевищує показник оригінального валідаційного дослідження інструмента ($\alpha=0,87$) і додатково підтверджує надійність вимірювання [7]. Найслабшою ланкою виявилась не базова, а критична навичка: 47,6% респондентів вважають важким чи дуже важким визначити, чи є інформація надійною; 45,9% – чи має вона комерційний характер; 41,5% – застосувати знайдене для рішень щодо здоров'я. Натомість операційні навички (клавіатура, миша, посилення) складні лише для 4,4–19,7% опитаних.

Загальний бал цифрової грамотності становив у середньому 3,09 з можливих 4 балів (стандартне відхилення 0,59). Це практично збігається з результатом оригінального валідаційного дослідження інструмента

в Нідерландах, де середній бал становив 3,11 [7]. Подібність отриманого середнього значення до результатів оригінального валідаційного дослідження свідчить про зіставність отриманих оцінок та додатково підтверджує коректність застосування інструмента на українській вибірці.

Виявлено дві стійкі закономірності. По-перше, чим старша людина, тим нижчий у неї рівень цифрової грамотності: цей зв'язок помірної сили і статистично значущий (кореляція $-0,453$, $p < 0,001$). По-друге, респонденти з вищою освітою мають суттєво вищий бал (у середньому 3,36), ніж респонденти без вищої освіти (у середньому 2,78); ця різниця теж статистично значуща ($p < 0,001$). Обидві закономірності повторюють результат набагато більшого дослідження – 28 057 респондентів у 13 країнах – де встановлено, що вік і освіта є основними асоційованими чинниками цифрової грамотності щодо здоров'я незалежно від країни [2].

Для оцінки незалежних внесків соціально-демографічних чинників побудовано множинну лінійну регресію, де залежною змінною виступав загальний бал DHLI, а предикторами: вік, стать, наявність вищої освіти, належність до медичної сфери, проживання у великому місті та частота пошуку інформації про здоров'я. Модель виявилась статистично значущою і пояснила 46,1% дисперсії загального бала ($R^2 = 0,461$, $F(6;405) = 57,73$, $p < 0,001$). Результати наведено в Таблиці 3.

Після взаємного контролю всіх чинників найсильнішими незалежними предикторами цифрової грамотності виявились вік ($\beta = -0,336$), вища освіта

($\beta = 0,327$) та проживання у великому місті ($\beta = 0,206$); значущим був також внесок частоти пошуку інформації про здоров'я ($\beta = 0,162$). Натомість після врахування решти чинників стать і належність до медичної сфери не мали значущого впливу. Це уточнює однофакторні результати: перевага працівників медичної сфери, помітна при простому порівнянні груп, пояснюється переважно вищим рівнем освіти та молодшим віком цієї підгрупи, а не сферою діяльності як такою.

Субшкала захисту приватності мала найнижчу частку відповідей: лише 343 з 412 респондентів відповіли на пункти цієї субшкали. Такий рівень відповідей відповідає закладеній в оригінальному інструменті не обов'язковості цих пунктів, передбаченій для осіб без відповідного досвіду онлайн-взаємодії [7]. Водночас чутливість теми приватності підтверджує і висновок метааналізу 65 досліджень, за яким згода і прозорість залишаються найчутливішим аспектом взаємодії з цифровим здоров'ям у світі [8].

Використання штучного інтелекту та практики верифікації інформації. Регулярно використовують ШІ для самодіагностики 30,8% респондентів, ще 50,7% – іноді, і лише 18,4% не використовують взагалі. Це узгоджується з міжнародними даними про високу готовність населення звертатися до чат-ботів із питаннями здоров'я [9]. Основні джерела пошуку – Google (86,7%) та ШІ-чат-боти (72,1%), тоді як офіційні медичні ресурси (BOO3, MO3) обирають лише 31,3%.

Практики перевірки інформації неоднорідні: 49,0% перевіряють лише за наявності сумнівів, 25,7% – рідко, 21,6% – завжди, і лише 3,6% – ніколи.

Таблиця 2

Описові статистики та внутрішня узгодженість субшкал DHLI (n=412)

Субшкала	Кількість пунктів (K)	Середнє арифметичне значення (M)	Стандартне відхилення (SD)	α Кронбаха
Операційні навички	3	3,45	0,62	0,888
Пошук інформації	3	2,98	0,74	0,889
Оцінювання надійності	3	2,85	0,74	0,838
Визначення релевантності	3	2,88	0,76	0,924
Навігація	3	3,13	0,74	0,763
Створення контенту	3	3,12	0,70	0,900
Захист приватності	3	3,32	0,68	0,746
Загальний бал DHLI	21	3,09	0,59	0,953

Примітка: показники субшкали захисту приватності розраховано на $n=343$, оскільки її пункти є не обов'язковими для заповнення в оригінальному інструменті.

Таблиця 3

Множинна лінійна регресія предикторів загального бала DHLI (n=412)

Предиктор	B (нестанд.)	β (станд.)	t	p
Вік	-0,022	-0,336	-8,79	<0,001
Стать	-0,074	-0,063	-1,67	0,096
Вища освіта	0,388	0,327	7,99	<0,001
Медична сфера	0,052	0,034	0,86	0,389
Велике місто	0,245	0,206	5,22	<0,001
Частота пошуку	0,095	0,162	3,95	<0,001

Примітка: референтні категорії – чоловіча стать, відсутність вищої освіти, немедична сфера діяльності, проживання поза великим містом (мале місто, село, смт).

Серед способів перевірки домінує консультація з лікарем (81,8%), тоді як перевірку автора матеріалу застосовують лише 11,9%. Критерій χ^2 виявив статистично значущий зв'язок між частотою використання ШІ та досвідом введення в оману ($\chi^2=69,87$, $df=6$, $p<0,001$, Cramér's $V=0,29$): серед регулярних користувачів ШІ 76,4% були введені в оману цифровою інформацією, тоді як серед тих, хто ШІ не використовує, лише 31,6%. Цей зв'язок варто інтерпретувати обережно: підвищена частота використання ШІ, найімовірніше, відображає загальну інтенсивність цифрової активності, яка одночасно збільшує і користь, і ризик зіткнення з оманливим контентом, а не пряму шкідливість самого інструменту [10].

Негативні наслідки використання цифрових ресурсів. Майже дві третини опитаних (61,7%) стикались із випадками, коли цифрова інформація вводила їх в оману або провокувала неправильні дії щодо здоров'я. Серед конкретних негативних наслідків домінують паніка та страх після самодіагностики (42,0%) і тривожна фіксація на симптомах (35,4%), це узгоджується з поширеністю кіберхондрії [11]. Інформаційне виснаження відзначили 32,5% респондентів, що відповідає зростаючому занепокоєнню дослідників щодо перевантаження медичною інформацією в цифрову епоху [12] та ризику надмірного звернення по медичну допомогу через тривожність, викликану застосунками [13]. Ці результати також підтверджуються з нещодавніх експериментальним підтвердженням того, що мовні моделі схильні розвивати й підсилювати хибну медичну інформацію, а не лише пасивно її відтворювати [14].

Самооцінюваний вплив цифрових ресурсів на сфери способу життя. Останнім аспектом аналізу стало те, як цифрові ресурси позначаються на конкретних сферах повсякденного життя респондентів: від харчування до психоемоційного стану. Респондентам пропонували оцінити зміни в кожній із семи сфер за шкалою від суттєвого погіршення до суттєвого покращення.

Патерн такого впливу для всіх семи сфер показано на діаграмі (Рисунок 1).

Найбільше покращення, за самооцінкою респондентів, цифрові ресурси демонструють у поведінкових, організаційних сферах: своєчасному зверненні до лікаря (69,4% покращення проти 4,9% погіршення) та профілактичних оглядах (66,0% проти 5,1%). Помітне, хоча менш виражене покращення спостерігається і у фізичній активності (36,2% проти 23,1%), що узгоджується з результатами міжнародного опитування, яке зафіксувало вищий рівень фізичної активності серед користувачів застосунків і фітнес-трекерів [15]. Натомість сфери сну (26,5% проти 25,5%) та психоемоційного стану (20,1% проти 17,0%) виявились найбільш амбівалентними: частка покращення й погіршення там майже однакова.

Це підтверджується і прямим статистичним аналізом узагальнених тверджень: 67,0% респондентів погодились, що цифрові ресурси допомогли їм краще дбати про здоров'я ($M=3,76$), а 41,0% одночасно погодились, що ці ж ресурси інколи шкодять їхньому здоров'ю ($M=3,12$). Кореляція між цими двома твердженнями виявилась статистично незначущою ($r=0,036$, $p=0,464$), тобто статистично значущого лінійного зв'язку між цими твердженнями у вибірці не виявлено: згода з одним твердженням не виключає згоди з іншим, і людина може одночасно визнавати і користь, і шкоду від цифрових ресурсів для власного здоров'я.

Висновки. Середній загальний бал цифрової грамотності щодо здоров'я серед дорослих користувачів інтернету в Україні становив $3,09 \pm 0,59$ за 4-бальною шкалою DHLI. Найслабшою ланкою виявилась критична оцінка інформації, а не технічна робота з пристроями: базові навички користування інтернетом розвинені значно краще, ніж уміння визначити надійність джерела чи розпізнати комерційний характер контенту. Вік і освіта підтвердились як основні асоційовані чинники грамотності.

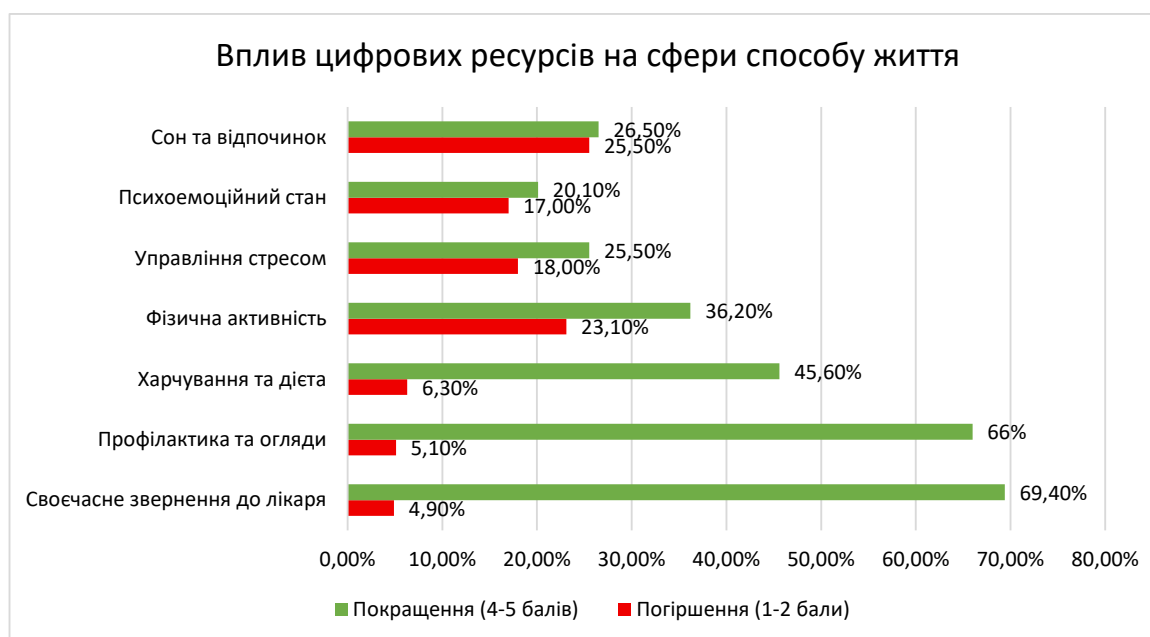


Рис. 1. Вплив цифрових ресурсів на сфери способу життя: частки покращення та погіршення (n=412)

Використання штучного інтелекту для самодіагностики виявилось масовою практикою, асоційованою з частішими повідомленнями про досвід введення в оману, що, ймовірно, відображає загальну інтенсивність цифрової активності респондентів. Самооцінюваний вплив цифрових ресурсів на спосіб життя неоднозначний: найбільше вони допомагають в організаційних питаннях, таких як своєчасне звернення до лікаря та проходження профілактичних оглядів, а найбільш суперечливим цей вплив залишається у сфері сну та психоемоційного стану.

Ці результати вказують на потребу розробки програм цифрової гігієни, спрямованих саме на критичне мислення, а не лише на технічні навички, передусім для людей старшого віку та з нижчим рівнем освіти.

Дослідження має обмеження. Вибірку сформовано методом снігової кулі та за зручністю, з платним просуванням у месенджерах, що могло призвести до самовідбору респондентів із вищою цифровою активністю і занизити реальну поширеність проблем цифрової грамотності в популяції. Онлайн-формат опитування за визначенням виключав людей без доступу до інтер-

нету – тобто саме ту групу, чия цифрова грамотність, найімовірніше, найнижча, а вибірка не охопила осіб старших за 60 років, хоча вік виявився одним із найсильніших предикторів цифрової грамотності в цьому дослідженні. Анкета не містила запитання про регіон проживання, однак канали рекрутингу (особисті контакти дослідника, локальні спільноти) були значною мірою зосереджені в Закарпатській області, тоді як загальні публікації в соціальних мережах і платне просування забезпечили часткове охоплення інших регіонів. Це означає, що вибірка, найімовірніше, непропорційно представляє Закарпатську область, а результати не варто екстраполювати на населення України рівномірно за регіонами. Крос-секційний дизайн також не дозволяє робити висновки про причинно-наслідкові зв'язки між виявленими показниками.

Перспективним напрямом подальших досліджень є застосування короткої форми інструмента DHLI 2.0 [16] для повторюваних вимірювань цифрової грамотності, а також дослідження безпосереднього зв'язку цифрової грамотності зі способом життя та якістю життя дорослого населення України.

REFERENCES

1. Piltch-Loeb R, Wyka K, White TM, Ratzan SC, Rabin K, Ivic RK, et al. A global survey on trust, digital health literacy and health information quality. *Nature Health*. 2026;1-10. <https://doi.org/10.1038/s44360-026-00102-4>
2. Levin-Zamir D, Van den Broucke S, Bíró É, Bøggild H, Bruton L, De Gani SM, et al. Measuring digital health literacy and its associations with determinants and health outcomes in 13 countries. *Front Public Health*. 2025;13:1472706. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1472706>
3. Mudge GH, Vilenskyi A, Kumar U, Kohli M. The future of Ukrainian healthcare: the digital opportunity. *J Glob Health*. 2025;15:03039. <https://doi.org/10.7189/jogh.15.03039>
4. Aleksandrenko H, Shevchenko M, Chervak O. Digital health intervention reconnects war-affected people living with HIV to healthcare: Ukraine case study. *Oxford Open Digit Health*. 2025;3:oqaf001. <https://doi.org/10.1093/oodh/oqaf001>
5. Chik VM. Navychky krytychnoi otsinky medychnoho onlain-kontentu yak komponent tsyfrovoi hramotnosti shchodo zdorovia dorosloho naselennia. In: *Materialy IX Vseukrainskoi naukovy-praktychnoi konferentsii z mizhnarodnoiu uchastiu «Poltavski dni hromadskoho zdorovia»*; 2026 May 29; Poltava. Poltava: PDMU; 2026. p. 272-77.
6. Sharma A, Minh Duc NT, Luu Lam Thang T, Nam NH, Ng SJ, Abbas KS, et al. A consensus-based checklist for reporting of survey studies (CROSS). *J Gen Intern Med*. 2021;36(10):3179-87. <https://doi.org/10.1007/s11606-021-06737-1>
7. van der Vaart R, Drossaert C. Development of the digital health literacy instrument: measuring a broad spectrum of health 1.0 and health 2.0 skills. *J Med Internet Res*. 2017;19(1):e27. <https://doi.org/10.2196/jmir.6709>
8. Olsen Q, Dyda A, Woods L, Lobo E, Eden R, Krahe MA, et al. Worldwide willingness to share health data high but privacy, consent and transparency paramount, a meta-analysis. *NPJ Digit Med*. 2025;8:540. <https://doi.org/10.1038/s41746-025-01868-9>
9. Shahsavari Y, Choudhury A. User intentions to use ChatGPT for self-diagnosis and health-related purposes: cross-sectional survey study. *JMIR Hum Factors*. 2023;10(1):e47564. <https://doi.org/10.2196/47564>
10. Sillescu E, Branley-Bell D, Moss M, Briggs P. A model of trust in online COVID-19 information and advice: cross-sectional questionnaire study. *JMIR Infodemiology*. 2025;5:e59317. <https://doi.org/10.2196/59317>
11. Miezah D, Adzakpa R, Bani EMA, Obeng P. Prevalence and associated factors of cyberchondria: a scoping review. *Sci World J*. 2026;2026:9950027. <https://doi.org/10.1155/tswj/9950027>
12. Mahajan A, Gilbert S. Do we need AI guardians to protect us from health information overload? *NPJ Digit Med*. 2025;8:632. <https://doi.org/10.1038/s41746-025-02093-0>
13. Zhong L, Cao J, Xue F. The paradox of convenience: how information overload in mHealth apps leads to medical service overuse. *Front Public Health*. 2024;12:1408998. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1408998>
14. Omar M, Sorin V, Collins JD, Reich D, Freeman R, Gavin N, et al. Multi-model assurance analysis showing large language models are highly vulnerable to adversarial hallucination attacks during clinical decision support. *Commun Med*. 2025;5(1):330. <https://doi.org/10.1038/s43856-025-01021-3>
15. Tong HL, Maher C, Parker K, Pham TD, Neves AL, Riordan B, et al. The use of mobile apps and fitness trackers to promote healthy behaviors during COVID-19: a cross-sectional survey. *PLOS Digit Health*. 2022;1(8):e0000087. <https://doi.org/10.1371/journal.pdig.0000087>
16. van der Vaart R, Tuitert I, van 't Veer J, Drossaert C. Validation of the updated digital health literacy instrument and development of a short form. *J Med Internet Res*. 2026;28:e86879. <https://doi.org/10.2196/86879>

Дата першого надходження статті до видання: 25.07.2026

Дата прийняття статті до друку після рецензування: 01.09.2026

Дата публікації (оприлюднення) статті: 09.10.2026