УДК 614.2:004.9
DOI https://doi.org/10.32782/2077-6594/2026.3/13

Лінніков С. В., Миронюк І. С.

Методологія організації інформаційно-комунікаційного супроводу програм у системі громадського здоров'я: концептуальні та операційні принципи

Державний вищий навчальний заклад «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна

Linnikov S. V., Myronyuk I. S.

Methodology for organizing information and communication support of programs in the public health system: conceptual principles and a unified basic model

State University "Uzhhorod National University", Uzhhorod, Ukraine

linnikovsvyatoslav@gmail.com

Вступ

Інформаційно-комунікаційний супровід (далі – ІК-супровід) програм у сфері громадського здоров'я є невід'ємним складником сучасних стратегій збереження та зміцнення здоров'я населення. Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) визначає комунікацію в інтересах громадського здоров'я як одну з десяти оперативних функцій системи громадського здоров'я (Essential Public Health Operations) [1], що свідчить про її пріоритетний статус у системі управлінських рішень у галузі охорони здоров'я. Правильно сплановані масово-медійні кампанії здатні суттєво змінювати поведінку великих груп населення, підвищувати охоплення вакцинацією, знижувати поширеність факторів ризику та рятувати людські життя [2; 3].

Водночас ефективний ІК-супровід програм громадського здоров'я в Україні залишається методологічно не досить обґрунтованим, організаційно фрагментарним та ресурсно обмеженим. Системні виклики вітчизняної практики яскраво виявилися під час пандемії COVID-19 (2020–2022 рр.): суперечливі меседжі державних органів, відсутність попередньо розроблених кризових комунікаційних протоколів [4], вкрай низький рівень прихильності до вакцинації навіть серед медичних працівників (5,1–10,8% серед окремих категорій персоналу в Одеській обл. на початку 2021 р.) – усе це продемонструвало реальну ціну комунікаційних прогалин у вимірі людських втрат і системної недовіри населення до інститутів охорони здоров'я [5].

Прийняття Закону України «Про систему громадського здоров'я» від 06.09.2022 р. № 2573-IX [6], що законодавчо закріпило комунікаційну функцію як складник оперативних функцій національної системи громадського здоров'я, та умови воєнного стану з безпрецедентними інформаційними викликами ще більше актуалізували потребу в цілісній, доказово обґрунтованій та адаптованій до національного контексту методології організації ІК-супроводу.

Проблематика організації комунікацій у сфері громадського здоров'я в Україні досліджувалася у працях українських науковців. Зокрема, вивчалися питання практичної організації комунікації та соціальної мобілізації в інтересах здоров'я населення [7], підходи до організації різних видів комунікації в охороні здоров'я загалом [8], концептуальні засади психографічної сегментації цільових аудиторій для побудови ефективної комунікації у сфері профілактики неінфекційних захворювань [9], взаємозв'язок грамотності з питань здоров'я та досягнення цілей сталого розвитку [10], а також моделі комунікативної діяльності в публічному управлінні сферою охорони здоров'я [11]. На міжнародному рівні ключовий теоретичний внесок здійснили дослідники, які узагальнили ефективність масової комунікації як інструменту зміни поведінки населення, обґрунтували роль масмедійних кампаній у формуванні поведінкових змін у сфері здоров'я, запропонували Audience–Channel–Message–Evaluation (ACME) Framework як комплексну рамку планування та оцінки комунікаційних кампаній [12], узагальнили уроки масмедійних кампаній у сфері громадського здоров'я в умовах перенасиченого медіапростору та провели мета-аналіз ефективності медіакомунікаційних кампаній щодо зміни поведінки [2]. Концептуальні рамки організації ІК-супроводу подано у стратегічних документах ВООЗ (WHO Strategic Communications Framework, 2017) [1], Центрів контролю і профілактики хвороб США (CDC), Європейського центру з контролю і профілактики хвороб (ECDC), ОЕСР (Public Communication Reports, 2021–2023) [13; 14]. Проте, попри значний теоретичний прогрес, питання створення валідних, економічно доступних і практично застосовних інструментів організації та впровадження ІК-супроводу програм громадського здоров'я залишається відкритим як у світовій, так і у вітчизняній науковій дискусії.

Мета дослідження – розробити та обґрунтувати концептуальні та операційні принципи для розробки уніфікованої базової методології організації інформаційно-комунікаційного супроводу програм у системі громадського здоров'я України, яка б забезпечувала системний, доказовий та адаптований до національного контексту підхід до планування та реалізації комунікаційних втручань.

Об'єкт, матеріали і методи дослідження

У роботі застосовано комплекс взаємодоповнюючих методів дослідження на різних його етапах. Бібліосемантичний метод використовувався для пошуку, відбору та систематизації наукових джерел з проблематики дослідження. Метод структурно-логічного аналізу та узагальнення застосовувався для визначення методології, обґрунтування системи принципів та функціональних блоків. Метод експертного оцінювання застосовувався для оцінювання 11 концептуальних принципів за шістьма критеріями (значущість, ефективність комунікації, практична реалізованість, стійкість ефекту, ресурсна доступність, масштабованість) за 10-бальною шкалою. Додатково аналізувалися відповіді на відкрите запитання щодо критично важливих принципів.

Матеріалами дослідження виступили результати аналізу наукової літератури та результати крос-секційного дослідження, проведеного автором у 2020 році на базі Одеського обласного центру громадського здоров'я з використанням змішаних методів у чотирьох районах Одеської області та м. Одесі (результати у відкритому доступі не публікувалися). Дослідження було спрямоване на вивчення та виявлення системних закономірностей у комунікаційній поведінці різних групи населення, аналіз взаємозв'язків між демографічними параметрами, особливостями медіаспоживання, роллю медичних установ та потенціалом для розробки принципів інформаційно-комунікаційного супроводу програм громадського здоров'я. Методика дослідження передбачала ситуаційний аналіз на обласному, районному та місцевому рівнях; пряме спостереження за об'єктами дослідження за попередньо визначеним чек-листом; фокус-групові обговорення і глибинні інтерв'ю з використанням напівструктурованих анкет. Статистичний аналіз здійснювався із застосуванням описової статистики (середнє арифметичне M, медіана Me, стандартне відхилення SD), внутрішньо класового коефіцієнта кореляції (ICC) для оцінки значущості відмінностей між критеріями оцінювання. Рівень значущості – $p < 0,05$.

Результати дослідження

На початку дослідження нами було сформульовано бажану мету розроблюваної методології, яка полягає у забезпеченні умов формування стійкого, передбачуваного та вимірюваного впливу комунікаційного компонента програм громадського здоров'я на стан інформованості, поведінки та, зрештою, показників здоров'я населення України з особливою увагою до вразливих категорій населення. Перший етап дослідження був спрямований на напрацювання концептуальної основи майбутньої методології, яка будується на сукупності взаємопов'язаних засадничих принципів. У межах дослідження обґрунтовано та запропоновано бачення із семи засадничих принципів (рис. 1).



Рис. 1. Концептуальна модель системи засадничих принципів інформаційно-комунікаційного супроводу громадського здоров'я

Принцип системності полягає у розгляді ІК-супроводу не як набору окремих комунікаційних акцій чи рекламних кампаній, а як інтегрованої функції управління громадським здоров'ям, що має власні цілі, ресурси, процеси та результати і взаємодіє з усіма іншими оперативними функціями системи громадського здоров'я – епіднаглядом, профілактикою, реагуванням на надзвичайні ситуації, промоцією здоров'я, управлінням медичними послугами.

Принцип доказовості передбачає обов'язкову опору ІК-інтервенцій на наукові дані як на етапі планування (формативне дослідження цільових аудиторій, огляд доказової бази ефективності аналогічних кампаній у міжнародній та вітчизняній практиці), так і на етапах реалізації та оцінки. У рамках цього принципу категорично відхиляється практика ухвалення комунікаційних рішень на основі суб'єктивних уявлень окремих посадових осіб або інтуїтивних припущень; натомість усі ключові параметри – ключові повідомлення, канали, тональність, ресурси, індикатори ефективності – мають бути підтверджені або даними формативних досліджень, або релевантними міжнародними чи національними науковими джерелами.

Принцип аудиторної орієнтованості визначає цільову аудиторію центральним об'єктом комунікаційного проєктування. Замість універсальних «повідомлень до всього населення» методологія передбачає обов'язкову сегментацію аудиторій за соціально-демографічними, культурними, поведінковими, медичними та комунікаційними характеристиками; подальшу пріоритизацію сегментів за принципом найвищого потенційного впливу на показники здоров'я; розробку повідомлень, каналів і тональності, адаптованих під кожен сегмент. Особливий акцент робиться на уразливих категоріях – людях похилого віку у віддаленій сільській місцевості, родинах з низькими статками, особах із низькою медичною грамотністю, особах з обмеженими можливостями, внутрішньо переміщених особах, етнічних меншинах.

Принцип стандартизації передбачає уніфікацію підходів, процедур і продуктів ІК-супроводу на всіх етапах – від планування до оцінки. Стандартизація охоплює: технічне оформлення інформаційних продуктів (візуальна айдентика, стилістичні вимоги до текстів, вимоги до доступності для осіб з інвалідністю); процедурні стандарти планування (обов'язкові етапи формативного дослідження, тестування повідомлень, погодження на рівні центрального координатора); індикаторні стандарти оцінки (уніфікований мінімальний набір індикаторів для всіх національних ІК-кампаній); термінологічні стандарти (єдиний глосарій понять).

Принцип інтеграції комунікаційних каналів ґрунтується на розумінні того, що жоден з наявних каналів комунікації – ані традиційні (телебачення, радіо, друковані ЗМІ), ані цифрові (соціальні мережі, вебсайти, мобільні додатки, месенджери), ані міжособистісні (лікар-пацієнт, консультування в закладах охорони здоров'я, лідери думок у громадах), ані зовнішня реклама – не є самодостатнім для досягнення стійкого комунікаційного впливу на всю сукупність цільових аудиторій. Ефективним є лише синергетичне поєднання каналів, за якого кожна аудиторія отримує повідомлення у найбільш прийнятному для неї форматі, а загальний ефект кампанії формується завдяки взаємопідсилюючому впливу різних точок контакту.

Принцип стратегічності фіксує орієнтацію ІК-супроводу на довгострокові стратегічні цілі збереження і покращення здоров'я населення, а не на короткострокові іміджеві або репутаційні результати окремих суб'єктів. У рамках цього принципу кожна конкретна комунікаційна кампанія розглядається як тактичний крок у межах ширшої національної комунікаційної стратегії громадського здоров'я.

Принцип безперервності моніторингу та вдосконалення вимагає інтеграції моніторингово-оцінювальної функції в усі етапи ІК-супроводу – формативний (дотестування повідомлень), процесний (відстеження ходу кампанії в реальному часі), сумативний (оцінка досягнення цілей), лонгітюдний (оцінка стійкості змін поведінки у середньо- та довгостроковій перспективі).

Емпіричним підґрунтям засадничих принципів пропонованої методології слугують результати власного дослідження, проведеного у 2020 р. на базі Одеського обласного Центру громадського здоров'я із застосуванням змішаних методів (крос-секційного опитування, фокус-групових обговорень, глибинних інтерв'ю) у чотирьох районах Одеської області та м. Одесі. Сам дизайн дослідження – поєднання кількісних і якісних методів, формативний характер, попереднє тестування комунікаційних повідомлень – є практичним втіленням **принципу доказовості**: методологія ІК-супроводу будується не на апріорних припущеннях про канали впливу, а на верифікованих емпіричних даних щодо реальної інформаційної поведінки населення. Відмова від суб'єктивізму у виборі комунікаційних інструментів є наслідком саме такого формативного підходу. Ключовим результатом дослідження стало виявлення чіткої диференціації пріоритетності основних джерел інформації про стан здоров'я та симптоми захворювань за віковими групами населення (табл. 1).

Наведені дані засвідчують три принципово важливі закономірності. По-перше, наявна виражена зворотна залежність між віком аудиторії та часткою цифрових каналів: якщо серед молоді (18–35 років) Інтернет і соціальні мережі посідають першу позицію з часткою 52,6%, то серед осіб 60 років і старших ця частка становить лише 9,2%, тобто майже у шість разів менше. По-друге, телебачення демонструє протилежну залежність – від 24,7% у молодій аудиторії до 43,6% у старшій, залишаючись домінантним джерелом інформації для людей похилого віку. По-третє, радіо, що загалом сприймається як «другорядний» канал, для старшої групи посідає другу позицію з часткою 21,6%, що у сім разів перевищує цей показник серед молоді. Медичні установи як джерело інформації виявилися

Таблиця 1

Розподіл основних джерел інформації про симптоми захворювань серед різних вікових груп населення Одеської області (2020 р., %)

Джерело інформації	18–35 років	36–59 років	60 років і старші
Телебачення	24,7	37,5	43,6
Інтернет та соціальні мережі	52,6	31,9	9,2
Медичні установи	15,1	11,5	17,7
Радіопередачі	3,0	7,7	21,6
Інші медіа (плакати, буклети тощо)	4,6	11,4	7,9
Разом	100,0	100,0	**100,0**

Примітка. Дослідження проведено методом крос-секційного аналізу з використанням фокус-групових обговорень і глибинних інтерв'ю (n = 4 райони Одеської обл. + м. Одеса).

відносно рівномірно значущими для всіх вікових груп (від 11,5% до 17,7%).

Сукупно ці результати дозволяють емпірично обґрунтувати концептуальну архітектуру методології в розрізі всіх семи засадничих принципів. Так, **принцип інтеграції каналів** отримує найбільш пряме емпіричне підтвердження: жодна вікова група не покладається на єдиний канал інформації, а між групами існує суттєвий розрив у структурі споживання. Це означає, що ефективний ІК-супровід програм громадського здоров'я в Україні неможливий у рамках моноканального підходу – лише синергія традиційних, цифрових і міжособистісних точок контакту здатна забезпечити повне охоплення цільових аудиторій. **Принцип аудиторної орієнтованості** обґрунтовується безпосередньо виявленою віковою сегментацією: майже шестикратний розрив у частці цифрових каналів між молодою і старшою аудиторіями робить очевидною неможливість «універсального» комунікаційного повідомлення. Глибинні інтерв'ю та фокус-групові обговорення додатково виявили, що різні вікові групи демонструють відмінні запити не лише щодо каналу, а й щодо тональності, рівня деталізації та авторитету джерела повідомлення. Звідси випливає необхідність глибокої сегментації аудиторії та особливого фокусу на вразливих категоріях, насамперед літніх людях, які водночас мають найвищий ризик хронічних захворювань і найменший доступ до цифрової інформації про здоров'я. **Принцип системності** знаходить обґрунтування у тому, що виявлена структура каналів охоплює відмінні функціональні сфери – масову інформацію (ТБ, радіо), персоналізовану взаємодію (медичні установи), цифрову мобілізацію (соцмережі), які належать до різних управлінських вертикалей. Без інтегрованого управління, нагляду та профілактичної координації ці канали діятимуть фрагментарно, дублюючи або суперечачи одне одному. Стабільна частка медичних установ як джерела інформації для всіх вікових груп (11,5–17,7%) підкреслює системоутворюючу роль первинної ланки охорони здоров'я як вузла, що зв'язує різні комунікаційні потоки. **Принцип стандартизації** випливає з необхідності забезпечити впізнаваність повідомлення у разі його одночасного поширення різними каналами і для різних вікових груп. Якщо телевізійна реклама, соціальна мережа, друкований буклет і консультація сімейного лікаря транслюватимуть одну й ту саму ідею з різною візуальною айдентикою, термінологією та індикаторами успіху, ефект інтегрованої кампанії буде втрачено. Таким чином, мультиканальність, виявлена як емпірична необхідність, водночас актуалізує потребу в уніфікованих стандартах планування, візуального оформлення та оцінювання. **Принцип безперервності моніторингу** обґрунтовується самою логікою застосування отриманих даних: дослідження 2020 р. виконало функцію дотестування (pre-testing) комунікаційного середовища напередодні запуску масштабних програм громадського здоров'я, зокрема кампанії з промоції вакцинації проти COVID-19. Лише наявність базової лінії даних про канали довіри населення дозволяє згодом відстежити стійкі зміни у комунікаційній поведінці, а отже, оцінювати ефективність ІК-супроводу на всіх етапах життєвого циклу програми. **Принцип стратегічності** обґрунтовується через ту обставину, що виявлені закономірності мають структурний, а не кон'юнктурний характер: вікова диференціація медіаспоживання зберігатиметься протягом тривалого часу і визначатиметься поколіннєвими, а не короткостроковими факторами. Це означає, що ІК-супровід має плануватися як довгострокова інвестиція у комунікаційну інфраструктуру охорони здоров'я, а не як серія ізольованих іміджевих акцій під конкретну кампанію. Пріоритет довгострокових цілей здоров'я над тактичними іміджевими заходами випливає безпосередньо зі сталого характеру виявлених закономірностей.

Засадничі принципи визначають архітектурний каркас методології і відповідають на питання, якою саме має бути система ІК-супроводу за своєю природою та якими концептуальними засадами керується розробник у проєктуванні комунікаційних програм. Сім засадничих принципів утворюють мінімально необхідну і водночас достатню структуру методології. На операційному (тактичному) рівні, який забезпечує практичне розгортання засадничих принципів у конкретних інформаційно-комунікаційних кампаніях, виокремлено одинадцять принципів, що відповідають на питання, як саме реалізувати методологію за умов реальних обмежень – ресурсних, інституційних, культурних. На відміну від засадничих, операційні принципи мають варіативну значущість залежно від

контексту, етапу реалізації та цільової аудиторії конкретної програми. Дворівнева архітектура методології ІК-супроводу програм громадського здоров'я представлена на рисунку 2.

На основі засадничих принципів, які є базовими та визначають інваріантний методологічний каркас і покривають ключові виміри ІК-супроводу, формується рамка методології ІК-супроводу. Під час практичної розробки методології ІК-супроводу конкретних видів програм на операційному рівні, що відповідає за практичну реалізацію методології в умовах ресурсних і контекстних обмежень, застосовуються операційні принципи. Зокрема, рекомендується застосування таких 11 операційних принципів, як: етичність; зворотний зв'язок та адаптація; залучення до участі; узгоджена комунікація; культурна чутливість; інклюзивність; технологічність; персоналізація; гнучкість; раціональність та доцільність.

Практична апробація цих принципів була здійснена в межах інформаційно-комунікаційної кампанії з промоції вакцинації проти COVID-19 в Одеській області. Відповідно до виявлених вікових закономірностей кампанія передбачала диференційовану комунікаційну архітектуру: офіційні сторінки у соціальних мережах з інфографікою та відеоконтентом були спрямовані переважно на молодіжну аудиторію (*принцип аудиторної орієнтованості*); телевізійні та радіоефіри орієнтувалися на літнє населення з акцентом на зрозумілу, спокійну подачу інформації авторитетними медичними експертами (*інтеграція каналів*); друковані матеріали (плакати, буклети) поширювалися через заклади охорони здоров'я із дотриманням уніфікованої візуальної айдентики (*принцип стандартизації*); медичні працівники отримували спеціалізовані інформаційні матеріали і брали участь у фахових вебінарах для подальшої адвокації вакцинації в особистих комунікаціях з пацієнтами (*принцип системності*). Подальший моніторинг охоплення вакцинацією за віковими групами дозволив оцінити ефективність вибраної моделі (*принцип безперервності моніторингу*) і скоригувати її для наступних кампаній (*принцип стратегічності*).

На наступному етапі дослідження було проведено визначення значущості та пріоритетності запропонованих операційних принципів ІК-супроводу програм громадського здоров'я. Для оцінки значущості та пріоритетності операційних принципів ІК-супроводу проведено експертне оцінювання за участю 20 експертів з державного, громадського, міжнародного, наукового та освітнього секторів з професійним досвідом понад 5 років (переважно понад 10). Експерти оцінювали 11 принципів за шістьма критеріями (значущість, ефективність комунікації, практична реалізованість, стійкість ефекту, ресурсна доступність, масштабованість) за 10-бальною шкалою.

За критерієм значущості найвищі оцінки отримали принципи прозорості та відкритості (8,42), етичності (8,26), узгодженої комунікації (8,21) та інклюзивності (8,21), що визначає їхню ключову роль у покращенні громадського здоров'я. Щодо ефективності комунікації

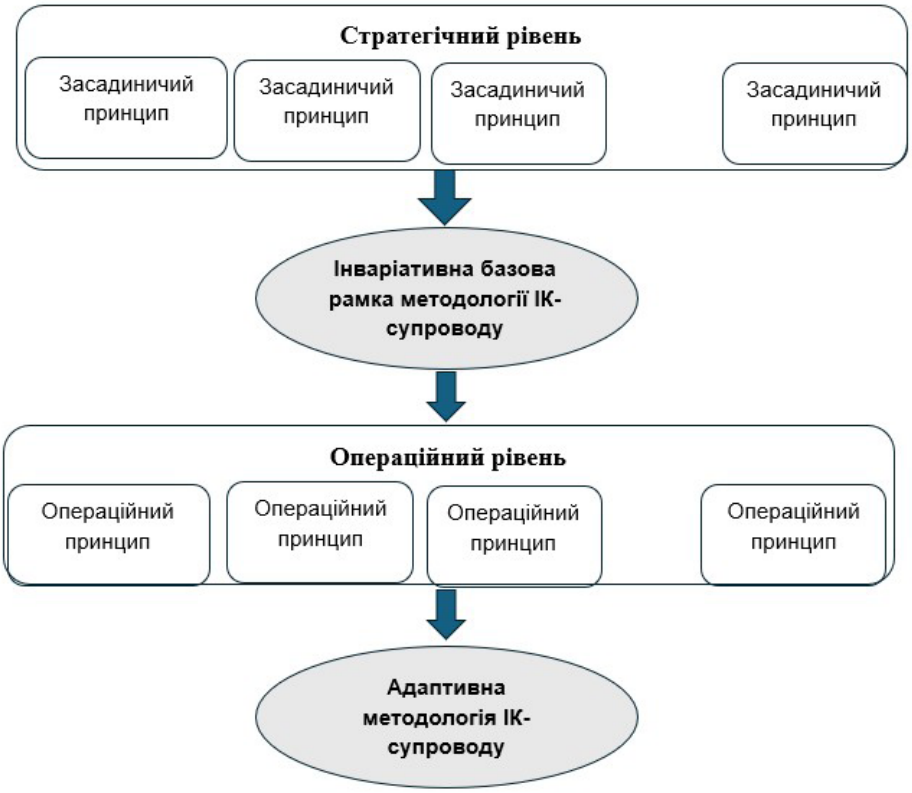


Рис. 2. Архітектура методології ІК-супроводу програм громадського здоров'я

найбільш високі оцінки експерти надали принципам узгодженої комунікації (8,32), залучення до участі (8,26) та культурної чутливості (8,21). Практична реалізованість була найбільш високо оцінена для принципів етичності (7,58) та узгодженої комунікації (7,53). Принцип прозорості та відкритості (7,89) отримав найвищі оцінки за критерієм стійкості ефекту, тоді як принципи прозорості та відкритості (7,63) і етичності (7,58) були визначені найбільш доступними з точки зору ресурсів. За критерієм масштабованості найвищу оцінку отримали принципи прозорості та відкритості (7,89), зворотного зв'язку та адаптації (7,79), етичності та технологічності (по 7,74).

На основі інтегрального аналізу експертних оцінок за шістьма критеріями, а також врахування відповідей на запитання про критично важливі принципи було визначено три основні групи концептуальних принципів інформаційно-комунікаційного супроводу програм громадського здоров'я: критично важливі принципи, необхідні принципи та додаткові.

Критично важливі принципи виконують роль базових орієнтирів у проєктуванні, реалізації та оцінці комунікаційних втручань. До них віднесено: етичність (правдивість і чесність повідомлень, відсутність маніпуляцій, повага до прав і гідності цільових аудиторій, захист конфіденційності персональних даних); зворотний зв'язок та адаптацію (створення інтерактивних каналів – опитування, форуми, чат-боти; регулярний моніторинг реакцій населення; оперативна корекція матеріалів); залучення до участі (включення представників громадськості до процесу розробки і поширення матеріалів, спільні заходи, воркшопи, фокус-групи, волонтерські ініціативи); узгоджена комунікація (єдиний набір ключових меседжів для всіх каналів, регулярні тренінги/брифінги для комунікаційних команд, погодження базових повідомлень між державними органами, партнерами та експертами).

Необхідні принципи забезпечують змістовну глибину та адаптацію комунікаційних стратегій до соціального та культурного контексту цільових аудиторій. До них віднесено: культурну чутливість (адаптація повідомлень до культурних, мовних та соціальних особливостей, залучення експертів з міжкультурної комунікації, попереднє тестування матеріалів у різних соціокультурних групах); інклюзивність (різні формати – текст, відео, аудіо; стандарти доступності для осіб з інвалідністю; багатомовність; субтитри, жестова мова, рельєфно-крапковий шрифт Брайля, аудіоверсії); технологічність (цифрові інструменти і платформи, багатоканальні стратегії, мобільні додатки, вебплатформи з урахуванням рівня цифрової грамотності населення).

Додаткові принципи не є обов'язковими для кожної ІК-кампанії, проте їх впровадження дозволяє значно підвищити ефективність комунікацій у специфічних умовах: персоналізація (адаптація повідомлень до окремих груп населення, сегментація аудиторій, адресні комунікаційні стратегії, персоналізовані SMS-повідомлення тощо); гнучкість (моделі гнучкого управління, альтернативні сценарії, релевантність кампанії в умовах динамічних змін, ітеративне планування); раціональність та доцільність (доказові підходи evidence-based, cost-effectiveness, оптимізація ресурсів, пріоритетні канали, чіткі критерії оцінки).

За результатами експертного оцінювання виокремлено основні перешкоди впровадження концептуальних принципів: ресурсні (брак фінансування, дефіцит людських ресурсів, нестача часу на якісну підготовку), інституційні та управлінські (відсутність цілісних стратегій, слабка координація, бюрократичні обмеження, нерозуміння важливості принципів на рівні виконавців), соціокультурні (недовіра цільових аудиторій до офіційних джерел, стигматизація окремих тем, низький рівень цифрової грамотності, обмежений доступ уразливих груп до сучасних технологій).

Обговорення результатів дослідження

Дворівнева архітектура формування методології ІК-супроводу програм громадського здоров'я дає змогу етапно формувати максимально адаптовану до контексту реалізації методологію для конкретних видів програм. Сім засадничих принципів утворюють мінімально необхідну і водночас достатню структуру методології, оскільки кожен з них покриває окремий, не зведений до інших, методологічний вимір: управлінський (системність), гносеологічний (доказовість), демографічний (аудиторна орієнтованість), нормативно-уніфікаційний (стандартизація), канальний (інтеграція каналів), темпоральний (стратегічність) та оцінювально-адаптаційний (безперервність моніторингу і вдосконалення). Засадничі принципи мають інваріантний характер – вони застосовуються в усіх програмах ІК-супроводу незалежно від тематики, масштабу чи контексту. На операційному (тактичному) рівні, який забезпечує практичне розгортання засадничих принципів у конкретних інформаційно-комунікаційних кампаніях, виокремлено одинадцять принципів, що відповідають на питання, як саме реалізувати методологію за умов реальних обмежень – ресурсних, інституційних, культурних. На відміну від засадничих, операційні принципи мають варіативну значущість залежно від контексту, етапу реалізації та цільової аудиторії конкретної програми. Операційні принципи класифіковано на три групи за пріоритетністю: критично важливі – без яких реалізація методології неможлива у будь-якому контексті (етичність, зворотний зв'язок та адаптація, залучення до участі, узгоджена комунікація); необхідні – суттєві для якості реалізації, проте такі, що допускають варіативну глибину опрацювання (культурна чутливість, інклюзивність, технологічність); додаткові – здатні суттєво підвищити ефективність кампанії за наявності ресурсного та інституційного потенціалу (персоналізація, гнучкість, раціональність та доцільність). Така диференціація надає практичним фахівцям дієвий інструмент

пріоритизації за умов обмежених ресурсів та забезпечує адаптивність методології до різних регіональних, інституційних і програмних контекстів.

Перспективними напрямами подальших досліджень є: пілотне впровадження уніфікованої базової методології в діяльність ЦГЗ МОЗ України та регіональних центрів контролю і профілактики хвороб з оцінкою ефекту впливу на показники охоплення, прихильності та поведінкової зміни; розроблення галузевих модифікацій методології для специфічних тематичних сфер (імунопрофілактика, неінфекційні захворювання, ментальне здоров'я, протидія ВІЛ/СНІД/ТБ, антимікробна резистентність); дослідження ефективності цифрових інструментів, зокрема технологій штучного інтелекту, у персоналізації комунікаційних повідомлень; вивчення особливостей організації ІК-супроводу в умовах надзвичайних ситуацій та воєнного стану.

Висновки

За результатами проведеного дослідження сформовано такі висновки:

1. Ефективний ІК-супровід програм громадського здоров'я в Україні неможливий у рамках моноканального підходу: встановлено виражену диференціацію джерел інформації за віковими групами: серед молоді (18–35 р.) домінують цифрові канали (52,6%), серед осіб 60+ – телебачення (43,6%) та радіо (21,6%). Методологія передбачає обов'язкову мультиканальність ІК-супроводу з диференційованим розподілом акцентів: цифрові канали – для молоді та осіб середнього віку, традиційні медіа – для старшої аудиторії, міжособистісні канали через заклади охорони здоров'я – для всіх вікових груп.

2. Запропонована методологія ІК-супроводу програм громадського здоров'я має дворівневу структуру, де кожен рівень виконує принципово відмінну функцію. На методологічному (стратегічному) рівні обґрунтовано систему із семи засадничих принципів, які визначають архітектурний каркас методології і відповідають на питання, *якою саме* має бути система ІК-супроводу за своєю природою та якими концептуальними засадами керується розробник у разі проєктування комунікаційних програм. На операційному (тактичному) рівні виокремлено одинадцять принципів, що відповідають на питання, як саме реалізувати методологію за умов реальних обмежень – ресурсних, інституційних, культурних. Операційні принципи класифіковано на три групи за пріоритетністю: критично важливі, необхідні, додаткові. Така диференціація дає практичним фахівцям дієвий інструмент пріоритизації за умов обмежених ресурсів та забезпечує адаптивність методології до різних регіональних, інституційних і програмних контекстів.

3. Експертами окреслено основні групи перешкод впровадження концептуальних принципів: ресурсні, інституційні та управлінські, соціокультурні. Такі групи перешкод потребують подальшого вивчення і розробки програм і заходів їх подолання.

Література

1. WHO. Strategic Communications Framework for Effective Communications. Geneva: WHO; 2017. Available from: https://www.who.int/docs/default-source/documents/communicating-for-health/communication-framework.pdf.

2. Snyder LB, Hamilton MA, Mitchell EW, et al. A meta-analysis of the effect of mediated health communication campaigns on behavior change in the United States. Journal of Health Communication. 2004;9(Suppl 1):71–96. DOI: 10.1080/10810730490271548.

3. Abroms LC, Maibach EW. The effectiveness of mass communication to change public behavior. Annual Review of Public Health. 2008;29:219–234. DOI: 10.1146/annurev.publhealth.29.020907.090824.

4. WHO. Communicating risk in public health emergencies: WHO guideline for emergency risk communication (ERC) policy and practice. Geneva: WHO; 2018. Available from: https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/27ef4bb6-61ab-4870-b609-c09b2710633a/content.

5. Wakefield MA, Loken B, Hornik RC. Use of mass media campaigns to change health behaviour. The Lancet. 2010;376(9748):1261–1271. DOI: 10.1016/S0140-6736(10)60809-4.

6. Про систему громадського здоров'я: Закон України від 06.09.2022 р. № 2573-IX. Доступно: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2573-20.

7. Слабкий ГО, Шафранський ВВ, Миронюк ІС, Кручаниця ВВ. Комунікації та соціальна мобілізація в інтересах здоров'я населення в рамках системи громадського здоров'я: методичні рекомендації. Київ: Державна установа «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України»; 2016.

8. Миронюк ІС, Погорілик РЮ. Еволюція комунікаційної науки у громадському здоров'ї України: аналітичний огляд. Україна. Здоров'я нації. 2022. DOI: 10.24144/2077-6594.4.1.2022.277063.

9. Балашов КВ, Слабкий ГО, Гульчій ОП, Захарова НМ. Концептуальна рамка психографічних досліджень у сфері профілактики неінфекційних захворювань. Український медичний часопис. 2020;5(139):1–4. DOI: 10.32471/umj.1680-3051.139.191002.

10. Рингач НО. Грамотність з питань здоров'я і досягнення цілей сталого розвитку в Україні. Демографія та соціальна економіка. 2020;2(40):71–88. DOI: 10.15407/dse2020.02.071.

11. Самофалов ДО. Моделі комунікативної діяльності в публічному управлінні сферою охорони здоров'я. Публічне управління та митне адміністрування. 2020;2(25):137–142. DOI: 10.32702/2307-2156-2020.9.52.

12. Noar SM. An Audience–Channel–Message–Evaluation (ACME) Framework for Health Communication Campaigns. Health Promotion Practice. 2012;13(4):481–488. DOI: 10.1177/1524839910386901.

13. OECD. Good Practice Principles for Public Communication Responses to Mis- and Disinformation. Paris: OECD Publishing; 2023. DOI: 10.1787/6d141b44-en.

14. OECD. OECD Report on Public Communication: The Global Context and the Way Forward. Paris: OECD Publishing; 2021. DOI: 10.1787/22f8031c-en.

References

1. WHO. Strategic Communications Framework for Effective Communications. Geneva: WHO; 2017. Available from: https://www.who.int/docs/default-source/documents/communicating-for-health/communication-framework.pdf.

2. Snyder LB, Hamilton MA, Mitchell EW, et al. A meta-analysis of the effect of mediated health communication campaigns on behavior change in the United States. Journal of Health Communication. 2004;9(Suppl 1):71–96. DOI: 10.1080/10810730490271548.

3. Abroms LC, Maibach EW. The effectiveness of mass communication to change public behavior. Annual Review of Public Health. 2008;29:219–234. DOI: 10.1146/annurev.publhealth.29.020907.090824.

4. WHO. Communicating risk in public health emergencies: WHO guideline for emergency risk communication (ERC) policy and practice. Geneva: WHO; 2018. Available from: https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/27ef4bb6-61ab-4870-b609-c09b2710633a/content.

5. Wakefield MA, Loken B, Hornik RC. Use of mass media campaigns to change health behaviour. The Lancet. 2010;376(9748):1261–1271. DOI: 10.1016/S0140-6736(10)60809-4.

6. Pro systemu hromadskoho zdorovia [About the public health system]: Zakon Ukrainy vid 06.09.2022 r. No. 2573-IX. Available from: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2573-20 [in Ukrainian].

7. Slabkyi HO, Shafranskyi VV, Myronyuk IS, Kruchanytsia VV. Komunikatsii ta sotsialna mobilizatsiia v interesakh zdorovia naselennia v ramkakh systemy hromadskoho zdorovia [Communication and social mobilisation for public health within the public health system]: metodychni rekomendatsii. Kyiv: Derzhavna ustanova «Ukrainskyi instytut stratehichnykh doslidzhen Ministerstva okhorony zdorovia Ukrainy»; 2016. 20 p. [in Ukrainian].

8. Myronyuk IS, Pohoriliak RYu. Rozvytok nauky pro komunikatsii v okhoroni zdorovia Ukrainy: analitychnyi ohliad [Evolution of communication science in public health of Ukraine: analytical review]. Ukraina. Zdorovia natsii. 2022; 4(70): 43–48. DOI: 10.24144/2077-6594.4.1.2022.277063 [in Ukrainian].

9. Balashov KV, Slabkyi HO, Hulchii OP, Zakharova NM. Kontseptualna ramka psykhohrafichnykh doslidzhen u sferi profilaktyky neinfektsiinykh zakhvoriuvan [A conceptual framework for psychographic research in the field of non-communicable disease prevention]. Ukrainskyi medychnyi chasopys. 2020; 5(139): 1–4. DOI: 10.32471/umj.1680-3051.139.191002 [in Ukrainian].

10. Rynhach NO. Hramotnist z pytan zdorovia i dosiahnennia tsilei staloho rozvytku v Ukraini [Health literacy and the achievement of the Sustainable Development Goals in Ukraine]. Demohrafiia ta sotsialna ekonomika. 2020; 2(40): 71–88. DOI: https://doi.org/10.15407/dse2020.02.071 [in Ukrainian].

11. Samofalov DO. Modeli komunikatyvnoi diialnosti v publichnomu upravlinni sferoiu okhorony zdorovia [Models of communicative activity in public health management]. Publichne upravlinnia ta mytne administruvannia. 2020; 2(25): 137–142. DOI: 10.32702/2307-2156-2020.9.52 [in Ukrainian].

12. Noar SM. An Audience–Channel–Message–Evaluation (ACME) Framework for Health Communication Campaigns. Health Promotion Practice. 2012;13(4):481–488. DOI: 10.1177/1524839910386901.

13. OECD. Good Practice Principles for Public Communication Responses to Mis- and Disinformation. Paris: OECD Publishing; 2023. DOI: 10.1787/6d141b44-en.

14. OECD. OECD Report on Public Communication: The Global Context and the Way Forward. Paris: OECD Publishing; 2021. DOI: 10.1787/22f8031c-en.

Мета – обґрунтувати концептуальні та операційні принципи базової методології організації інформаційно-комунікаційного (ІК) супроводу програм у системі громадського здоров'я України.

Матеріали та методи. Застосовано такі методи дослідження: бібліосемантичний метод, структурно-логічний аналіз і узагальнення, порівняльний аналіз метод експертного оцінювання. Матеріалами дослідження виступили: дані наукової літератури, нормативно-правові документи України та результати крос-секційного дослідження 2020 р. у чотирьох районах Одеської області та м. Одесі (ситуаційний аналіз, спостереження, фокус-групи, глибинні інтерв'ю). Статистичне опрацювання включало описову статистику та внутрішньокласовий коефіцієнт кореляції (ICC); $p < 0,05$.

Результати. Обґрунтовано дворівневу архітектуру методології. На стратегічному рівні визначено сім засадничих принципів (системність, доказовість, аудиторна орієнтованість, стандартизація, інтеграція каналів, стратегічність, безперервність моніторингу), кожен з яких покриває окремий, не зведений до інших методологічний вимір – від управлінського до оцінювально-адаптаційного. На операційному рівні за результатами експертного оцінювання виокремлено одинадцять принципів, диференційованих на три групи: критично важливі (етичність, зворотний зв'язок та адаптація, залучення до участі, узгоджена комунікація), необхідні (культурна чутливість, інклюзивність, технологічність) та додаткові (персоналізація, гнучкість, раціональність та доцільність). Емпірично підтверджено виражену вікову диференціацію джерел інформації про симптоми захворювань: серед молоді (18–35 р.) домінує Інтернет (52,6%), серед осіб 60+ – телебачення (43,6%) і радіо (21,6%), тоді як медичні установи залишаються відносно стабільним джерелом для всіх груп (11,5–17,7%). Виявлено майже шестикратний розрив у частці цифрових каналів між молодшою і старшою аудиторіями, що обґрунтовує принципи інтеграції каналів та аудиторної орієнтованості. Окреслено перешкоди впровадження: ресурсні, інституційно-управлінські, соціокультурні.

Висновки. Розроблена методологія є цілісною концептуальною рамкою, рекомендованою до впровадження в діяльність ЦГЗ МОЗ України, регіональних центрів контролю і профілактики хвороб, НУО та закладів освіти.

Ключові слова: громадське здоров'я, інформаційно-комунікаційний супровід, методологія, засадничі та операційні принципи, інтеграція комунікаційних каналів, експертне оцінювання, вразливі категорії населення.

Purpose. Information and communication (IC) support is recognized by the World Health Organization as one of the ten Essential Public Health Operations, yet in Ukraine it remains methodologically underdeveloped, organizationally fragmented and resource-constrained. These weaknesses were starkly exposed during the COVID-19 pandemic, when contradictory official messaging, the absence of crisis communication protocols and extremely low vaccine acceptance (5.1–10.8% among certain categories of health workers in Odesa Oblast in early 2021) demonstrated the human and institutional cost of communication gaps. The adoption of the Law of Ukraine "On the Public Health System" (2022), which legally enshrined the communication function, together with the information challenges of wartime, further intensified the need for a coherent, evidence-based methodology. This study aimed to substantiate the conceptual and operational principles and to develop a unified basic methodology for organizing IC support of public health programs in Ukraine, with particular attention to vulnerable populations.

Materials and Methods. A complex of complementary methods was applied: bibliosemantic analysis for source selection; structural-logical analysis and generalization for constructing the methodological framework; comparative analysis of business and medico-social communication models; and a two-stage expert assessment (n = 20) in which eleven principles were rated against six criteria (significance, communication effectiveness, practical feasibility, durability of effect, resource availability, scalability) on a ten-point scale. The empirical foundation was a 2020 cross-sectional mixed-methods study conducted at the Odesa Regional Public Health Center across four districts and the city of Odesa, combining situational analysis, direct observation, focus group discussions and in-depth interviews. Statistical processing included descriptive statistics and the intraclass correlation coefficient (ICC); the significance level was $p < 0.05$.

Results. A two-level architecture of the methodology was substantiated. At the strategic level, seven foundational principles were developed – systemic approach, evidence-based decision-making, audience orientation, standardization, integration of communication channels, strategic orientation, and continuity of monitoring and improvement – each covering a distinct, non-reducible methodological dimension and forming an invariant conceptual core. At the operational level, eleven principles were systematized and classified by priority into three groups: critically important (ethics, feedback and adaptation, participatory engagement, coherent communication), necessary (cultural sensitivity, inclusiveness, technological adoption), and additional (personalization, flexibility, rationality and expediency). The empirical study confirmed pronounced age-related differentiation of health information sources: among persons aged 18–35 the Internet and social media dominate (52.6%), whereas among those aged 60 and older television prevails (43.6%), with radio second (21.6%), and medical institutions remaining a relatively stable source across all age groups (11.5–17.7%). These findings directly justify the principles of channel integration and audience orientation. The approach was practically tested within a COVID-19 vaccination promotion campaign in Odesa Oblast, which used a differentiated, multi-channel architecture. Experts also identified key implementation barriers – resource-related, institutional-managerial and sociocultural.

Conclusions. The developed unified basic methodology constitutes a holistic conceptual framework that integrates conceptual principles, functional implementation blocks, a four-stage operational cycle and a system of professional competencies into a single coherent structure, grounded in both international experience and national empirical evidence. It is recommended for implementation by the Public Health Center of the Ministry of Health of Ukraine, regional centers for disease control and prevention, non-governmental organizations and higher education institutions.

Key words: public health, information and communication support, methodology, conceptual principles, integration of communication channels, vulnerable populations, Ukraine.

Відомості про авторів

Лінніков Святослав Валерійович – аспірант кафедри наук про здоров'я Державного вищого навчального закладу «Ужгородський національний університет»; пл. Народна, 3, м. Ужгород, Україна, 88000.
linnikovsvyatoslav@gmail.com, ORCID ID: 0000-0001-6877-2777 [B, D, C, E]

Миронюк Іван Святославович – доктор медичних наук, професор, проректор з наукової роботи Державного вищого навчального закладу «Ужгородський національний університет»; пл. Народна, 3, м. Ужгород, Україна, 88000.
ivan.myronyuk@uzhnu.edu.ua, ORCID ID: 0000-0003-4203-4447 [A, E, F]

Дата першого надходження статті до видання: 10.04.2026
Дата прийняття статті до друку після рецензування: 04.06.2026
Дата публікації (оприлюднення) статті: 28.10.2026