

Министерство здравоохранения Российской Федерации  
Федеральное государственное бюджетное  
образовательное учреждение высшего образования  
«Северный государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

## **ГРАМОТНОСТЬ В ВОПРОСАХ ЗДОРОВЬЯ**

Учебное пособие

Архангельск  
2023

УДК 614.2  
ББК 51.1  
Г 76

**Авторы:**

*В.А. Постоев* – кандидат медицинских наук, кафедра общественного здоровья, здравоохранения и социальной работы СГМУ;

*Э.А. Мордовский* – доцент, доктор медицинских наук, кафедра общественного здоровья, здравоохранения и социальной работы СГМУ;

*А.Л. Санников* – профессор, доктор медицинских наук, кафедра общественного здоровья, здравоохранения и социальной работы СГМУ;

*А.В. Постоева* – кандидат медицинских наук, кафедра госпитальной терапии и эндокринологии СГМУ

**Рецензенты:**

*А.Б. Гудков* – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой гигиены и медицинской экологии ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет»;

*С.А. Суслин* – доктор медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет»

Печатается по решению редакционно-издательского совета  
Северного государственного медицинского университета

**Грамотность в вопросах здоровья:** учебное пособие /  
Г 76 В.А. Постоев и др. – Архангельск: Изд-во Северного государственного медицинского университета, 2023. – 101 с.  
ISBN 978-5-91702-515-5

В учебном пособии рассматривается понятие «грамотность в вопросах здоровья», представлены методы оценки, механизмы формирования грамотности в вопросах здоровья у различных групп населения. Представлены вопросы для самоконтроля и тестовые задания.

Предназначено в качестве дополнительного учебного пособия для обучающихся по направлению подготовки 32.04.01 «Общественное здравоохранение» и ординаторов по специальности 31.08.71 «Организация здравоохранения и общественное здоровье».

**УДК 614.2**

**ББК 51.1**

ISBN 978-5-91702-515-5

© Коллектив авторов, 2023  
© Северный государственный  
медицинский университет, 2023

# ОГЛАВЛЕНИЕ

## **Раздел 1. Понятие о грамотности в вопросах здоровья**

1.1. Концепция грамотности в вопросах здоровья: определение, история, современные подходы .....	4
1.2. Индивидуальная грамотность в вопросах здоровья и среда для ее формирования.....	10
1.3. Методы измерения уровня грамотности в вопросах здоровья.....	13
Вопросы для самоконтроля и тестовые задания.....	22
Список литературы.....	24

## **Раздел 2. Методы формирования грамотности в вопросах здоровья**

2.1. Концептуальная модель формирования грамотности в вопросах здоровья.....	28
2.2. Роль медицинских специалистов в формировании грамотности в вопросах здоровья .....	39
2.3. Корпоративные программы повышения грамотности в вопросах здоровья для работающего населения.....	42
2.4. Формирование и повышение грамотности в вопросах здоровья у женщин в ситуации репродуктивного выбора .....	44
2.5. Формирование и повышение грамотности в вопросах здоровья беременных женщин, родильниц .....	45
2.6. Технология и методология формирования грамотности в вопросах здоровья детей школьного возраста .....	49
2.7. Проблемы и значимость грамотности в вопросах здоровья лиц пожилого возраста .....	56
2.8. Роль средств массовой коммуникации в формировании грамотности в вопросах здоровья .....	62
2.9. Грамотность в вопросах здоровья и неинфекционные заболевания.....	75
2.10. Программы по повышению приверженности пациентов медикаментозному лечению .....	78
2.11. Меры по повышению грамотности в вопросах здоровья, которые могут предприниматься на национальном уровне.....	88
Вопросы для самоконтроля и тестовые задания.....	90
Список литературы.....	94
Эталоны ответов к тестовым заданиям .....	100

## **РАЗДЕЛ 1. ПОНЯТИЕ О ГРАМОТНОСТИ В ВОПРОСАХ ЗДОРОВЬЯ**

### **1.1. Концепция грамотности в вопросах здоровья: определение, история, современные подходы**

Качество жизни человека зависит от состояния здоровья организма и масштабов использования его психофизиологического потенциала. Все стороны жизни человека в широком диапазоне социального бытия зависят, прежде всего, от здоровья. Здоровье – бесценное достояние не только каждого отдельного человека, но и всего общества. Здоровье является основным условием и залогом полноценной жизни. Хорошее здоровье помогает человеку успешно выполнять жизненные задачи, преодолевать трудности (Сырцова Л.Е. и соавт., 2019). Разумно сохраняемое и укрепляемое человеком здоровье обеспечивает ему долгую и активную жизнь.

Здоровье и грамотность являются динамичными категориями, определяющими нашу способность приспосабливаться к быстрым изменениям, происходящим в обществе. Для поддержания здоровья безусловно необходим значительный объем знаний и умений, позволяющих максимально эффективно выявлять и купировать болезнь и факторы, приводящие к ее развитию.

Потребность сохранить свое здоровье имеется как у отдельного человека, так и у общества. Здоровье индивида и общества всегда рассматривалось как индикатор уровня развития цивилизации. Следовательно, формирование потребностей к ведению здорового образа жизни (ЗОЖ) – важная социальная задача медицины, психологии, педагогики и других отраслей человеческого знания каждого индивидуально взятого человека и всего общества (Бердешева Г.А. и соавт., 2020). Люди каждый день принимают решения в вопросах, касающихся личного здоровья.

Основными источниками информации для принятия таких решений являются близкие родственники, коллеги по работе или друзья, особенно когда это касается грамотности в вопросах здоровья, связанной с приобретением товаров и услуг. Эти источники не стоит недооценивать, особенно когда речь идет о профилактике болезней и укреплении здоровья, безопасности жизнедеятельности, уходе во время болезни или же за младшими или пожилыми членами семьи,

оказанию первой доврачебной помощи. В то же время, все это невозможно без сформированности у людей грамотности в вопросах здоровья.

Впервые термин «грамотность в вопросах здоровья, ГВЗ» (англ. «health literacy») был упомянут в 1974 г. и использовался исключительно в контексте оценки способности пациента прочитать и понять назначение врача или инструкцию по применению лекарственного препарата. А. Pleasant полагал, что в указанный период термин представлял собой лишь «случайную комбинацию англоязычных слов» (Амалаев К.Р. и соавт., 2013, Бердешева Г.А. и соавт., 2020).

Современная концепция грамотности в области здравоохранения была введена в литературу по здравоохранению только в 1990-х годах, а акцент на ответственном отношении к здоровью как высшей ценности и введение концепции укрепления здоровья привели к тому, что в начале 2000-х годов больше внимания стало уделяться грамотности человека в вопросах здоровья (Cutilli С.С., Bennett I.M., 2009). ГВЗ как концепция прошла путь от описания и определения навыков грамотности взрослого населения к пониманию того, что адекватные навыки грамотности необходимы для обеспечения доступа и понимания современной системы здравоохранения.

В 1998 г. термин «ГВЗ» был включен в глоссарий Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) со следующим определением: *«познавательные-социальные умения, оказывающие непосредственное влияние на способность людей понимать, получать, использовать информацию для сохранения и укрепления собственного здоровья»* (Амалаев К.Р. и соавт., 2012).

Все ранние определения ГВЗ фокусировались на способности человека применять основные навыки чтения и счета к концепции здравоохранения, как, например, степень, в которой человек способен получать, обрабатывать и понимать основную информацию о здоровье, необходимую для принятия соответствующих решений в области здоровья (Институт медицины [ИОМ], 2004). Незначительные изменения были предложены в это определение после консультации с экспертами и обзора других определений, найденных в литературе. В измененном определении словосочетание «способность к» было заменено на «может», чтобы подчеркнуть измерение способностей и отделить грамотность в области здоровья от грамотности в области здравоохранения.

ранения. Таким образом, определение стало выглядеть так: «степень, в которой люди обладают способностью получать, обрабатывать и понимать основную медицинскую информацию и услуги, необходимые для принятия соответствующих решений о здоровье» (Институт медицины [ИОМ], 2004; Ratzan R., Parker S., 2004). Позже было добавлено слово “общаться”, чтобы подчеркнуть важность навыков устного общения. Термин “базовый” было предложено исключить, так как для каждого направления в области медицинской грамотности требуются различные типы навыков, термин “медицинские услуги” также был исключен. Слово “информированный” было предложено заменить на “соответствующий”, поскольку культурные предпочтения могут влиять на взаимодействие с системой здравоохранения и профессионалами. Исходя из указанных предложений, данное пересмотренное определение грамотности в области здравоохранения звучало следующим образом: «степень, в которой люди могут получать, обрабатывать, понимать и общаться о связанной со здоровьем информации, необходимой для принятия информированных решений о здоровье”.

*Таблица 1.1*

**Изменения подходов к определению грамотности  
в вопросах здоровья в исторической перспективе**

Всемирная организация здравоохранения	1998	«Когнитивные и социальные навыки, которые определяют мотивацию и способность людей получать доступ, понимать и использовать информацию таким образом, чтобы способствовать и поддерживать хорошее здоровье».
Американская медицинская ассоциация	1999	«Совокупность навыков, включая способность выполнять основные задачи чтения и счета, необходимые для функционирования в сфере здравоохранения».
Nutbeam D.	2000	«Личные, когнитивные и социальные навыки, которые определяют способность людей получать доступ и понимать, и использовать информацию для продвижения и поддержания здоровья».
Институт медицины	2004	«Степень, в которой люди обладают способностью получать, обрабатывать и понимать основную медицинскую информацию, необходимую для принятия соответствующих решений о здоровье».

Zarcadoolas C., Pleasant A., Greer D.S.	2005	Широкий спектр навыков, которые люди развивают, чтобы искать, понимать, оценивать и использовать информацию о здоровье, и концепций, чтобы сделать осознанный выбор, снизить риски и повышения качества жизни».
Margolis H., McCabe P. P.	2006	«Набор навыков, сочетающий базовую грамотность, математические навыки, и веру в основные принципы метода лечения».
Mancuso J.M.	2008	«Развивающийся в течение жизни процесс, который включает в себя атрибуты способности, понимания и общения».
Freedman D.A.	2009	«Степень, в которой отдельные лица и группы могут получать, обрабатывать, понимать, оценивать и действовать на основе информации, необходимой для принятия решений в области общественного здравоохранения, которые приносят пользу сообществу».
Berkman N.D., Davis T.C., McCormack L.	2010	«Зависит от индивидуальных и общественных факторов, которые также включают коммуникативные навыки, знания как профессионалов, так и непрофессионалов, контекст, а также требования здравоохранения и общественного здоровья».
Акт по защите пациентов и качественной медицинской помощи	2010	«Степень, в которой человек обладает способностью получать, передавать, обрабатывать и понимать основную медицинскую информацию и информацию о медицинских услугах для принятия соответствующих решений о здоровье».
Sørensen K.	2012	«Грамотность в области здравоохранения связана с грамотностью и подразумевает наличие у людей знания, мотивации и компетентности понимать, оценивать и применять информацию о здоровье для того, чтобы выносить суждения и принимать решения в повседневной жизни, касающийся здравоохранения, профилактики заболеваний, и укрепления здоровья для поддержания или улучшения качества жизни в течение всей жизни».

В 2012 году участники Европейского консорциума по грамотности в вопросах здоровья (European Health Literacy Consortium), проанализировав 17 определений ГВЗ, представленных в научной литературе,

а также 12 концептуальных моделей, расширили содержание данной научной категории.

**Грамотность в вопросах здоровья** связана с общей грамотностью и определяется как знания, мотивация и компетенции, необходимые для поиска, понимания, оценки и использования информации здравоохранения, необходимой для составления суждений и принятия решений на повседневной основе в таких сферах, как охрана здоровья, профилактика заболеваний и укрепление здоровья в целях сохранения и повышения качества жизни на всех ее этапах.

*Европейский консорциум по грамотности в вопросах здоровья (2012)*

Определение термина ГВЗ Европейского консорциума широко используется в научной литературе и справочных материалах ВОЗ. Вместе с тем, по настоящее время отечественными и зарубежными исследователями используются многочисленные синонимичные категории, каждой из которых дается собственная трактовка, в т.ч.:

- «гигиеническое просвещение»,
- «грамотность в вопросах здоровья»,
- «компетентность в вопросах здоровья»,
- «приверженность рекомендациям в вопросах здоровья»,
- «медико-санитарная грамотность»,
- «медицинская грамотность»,
- «санитарная грамотность»,
- «санитарное просвещение».

Дальнейшее развитие концептуальной модели ГВЗ связано со стратификацией понятия. В модели ГВЗ выделяют три области ГВЗ (HL):

- ГВЗ в области охраны здоровья (Health Care, HC-HL),
- ГВЗ в области профилактики заболеваний (Disease Prevention, DP-HL) и

- ГВЗ в области укрепления здоровья (Health Promotion, HP-HL) и четыре способа работы с информацией, относящейся к здоровью:

- доступ / получение информации,
- понимание информации,



- оценка и суждение о информации и
- применение / использование информации.

Два указанных способа «стратификации» понятия ГВЗ позволяют сформировать двенадцать теоретических измерений ГВЗ (табл. 1.2):

*Таблица 1.2*

**Матрица измерений ГВЗ, основанная на концептуальной модели ГВЗ (HLS-EU) (HLS-EU Consortium, 2012, Pelikan J. M. и соавт., 2014)**

ГВЗ	Доступ / Получение информации	Понимание информации	Оценка и суждение о информации	Применение / использование информации
Охрана здоровья (HC-HL)	Возможность доступа к информации медицинского содержания	Способность понимать медицинскую информацию	Способность интерпретиро- вать содержа- ние медицин- ской информации	Способность принимать обоснованные решения по медицинским вопросам
Профилактика заболеваний (DP-HL)	Возможность доступа к ин- формации о факторах ри- ска здоровью	Способность понимать информацию о факторах ри- ска здоровью	Способность интерпре- тировать и оценивать информацию о факторах ри- ска здоровью	Способность оценивать актуальность информации о факторах ри- ска здоровью
Укрепление здоровья (HP-HL)	Способность получить информацию о состоянии своего здоро- вья	Способность понимать информацию, связанную с состоянием здоровья и извлекать ее смысл	Способность интерпре- тировать и оценивать информацию по вопросам, связанным со здоровьем	Способность формировать собственное мнение по вопросам ох- раны здоровья

Nutbeam D. приводит собственную классификацию измерений ГВЗ, выделяет т.н. интерактивную ГВЗ, функциональную ГВЗ и критическую ГВЗ. Указанная классификация совпадает с вариантами способов работы с информацией, относящейся к здоровью (табл. 1.2, 1.3).

**Характеристика измерений ГВЗ по D. Nutbeam (2000)**

№ п/п	Вид ГВЗ	Характеристика	Примечание
1	Функциональная	Уровень сформированности умений читать медицинские тексты, понимать и обсуждать их содержание, а также выполнять простые расчеты	Считается «базовым» уровнем ГВЗ. Пациенты с низким уровнем функциональной ГВЗ наиболее часто обращаются в медицинские организации, нуждаются в неотложной помощи
2	Интерактивная	Уровень сформированности умений обсуждать с медицинским персоналом (врачи, медицинские сестры) особенности своего заболевания, варианты его лечения, а также обсуждать причину, по которой выбранная тактика лечения будет в данном случае наиболее удачной	Высокий уровень сформированности интерактивной ГВЗ предполагает возможность обсуждения тактики лечения с лечащим врачом и выработки оптимальной тактики лечения пациента
3	Критическая	Уровень сформированности умения держать под контролем состояние собственного здоровья, оперативно реагировать в случае возникновения препятствий для его сохранения (т.е. добиваться создания безопасных условий труда, бороться с гиподинамией, придерживаться принципов здорового питания и проч.)	Высокий уровень сформированности критической ГВЗ дает возможность человеку критически подходить к анализу информации, наилучшим образом использовать ее в своей жизни для контроля состояния собственного здоровья

## **1.2. Индивидуальная грамотность в вопросах здоровья и среда для ее формирования**

Индивидуальная грамотность в вопросах здоровья охватывает целый ряд навыков поведения индивида и его видов деятельности, например, понимание того, какие продукты необходимы для здорового питания, мотивацию для участия в школах пациентов и группах поддержки

или способность записаться на прием к врачу. Кроме того, она включает в себя способность читать, понимать и анализировать информацию, связанную с собственным здоровьем. Индивидуальная медицинская грамотность включает в себя также способность расшифровывать символы, графики и диаграммы; взвешивать риски и преимущества; и преобразовывать эту информацию в принятия решений и действия.

На каждого из нас влияет целый ряд факторов окружающей среды, его воспитания, которые могут способствовать или препятствовать развитию индивидуальной грамотности в вопросах здоровья. В некоторых случаях вероятность снижения индивидуальной грамотности в вопросах здоровья может быть выше, если имеются неблагоприятные и/или уязвимые условия, связанные с внешней средой.

Индивидуальная грамотность в вопросах здоровья динамична: она может меняться в зависимости от таких факторов, как болезнь, стресс и то, на каком этапе жизненного пути находится человек. В этой связи необходимы различные виды стратегий для поддержки индивидуальной грамотности в вопросах здоровья в зависимости от факторов, которые повлияли на то, как человек может понимать и использовать информацию. Стратегии для повышения осведомленности о проблемах здоровья могут быть разными для мужчин и женщин; могут потребоваться различные требования к каналам предоставления такой информации для людей из разных культурных и лингвистических групп, отличные подходы могут потребоваться и для людей с инвалидностью.

Инфраструктура, политика, процессы, люди и отношения в системе здравоохранения должны быть настроены и работать таким образом, чтобы получателям медицинских услуг было легче ориентироваться, понимать и использовать информацию и услуги о здоровье и здравоохранении. То, как работает среда грамотности в вопросах здоровья, и насколько сложной она является, влияет на то, как и какие решения потребители медицинских услуг принимают. Среда распространения медицинской грамотности включает систему формирования медицинских знаний и взаимодействия граждан с системой здравоохранения на различных ее уровнях. Она охватывает такие вопросы, как дизайн и планировка медицинских организаций, упаковка и дизайн медицинских изделий и лекарственных средств, пути направления к медицинским специалистам и доступность медицинской помощи, социальный маркетинг, разработка программ общественного здравоохранения, про-

цессы координации социального ухода. Она также включает в себя то, как организации и граждане взаимодействуют в рамках системы здравоохранения, включая коммуникационные процессы и отношения, существующие между потребителями и поставщиками медицинских услуг, например, процессы совместного принятия решений.

Механизм формирования ГВЗ, взаимообусловленности уровня ГВЗ с одной стороны и общественного мнения о здравоохранении как социальном институте с другой является достаточно сложным, и все еще недостаточно изученным.

В перечне известных факторов, определяющих уровень ГВЗ, - возраст человека, некоторые характеристики его социального статуса. Чаще всего низкий уровень ГВЗ имеет место у граждан пожилого возраста, лиц, имеющих хронические заболевания, инвалидов, представителей этнических меньшинств, мигрантов, а также живущих за счет различных социальных пособий (Pelikan J. M., 2014). Согласно данным европейских и американских исследователей, можно проследить прямую зависимость между уровнем образования и ГВЗ - граждане с более высоким образовательным уровнем чаще более грамотны и в вопросах здоровья (Ishikawa H., 2008, Martensson L., 2012), вместе с тем степень выраженности указанной зависимости в различных странах имеет свои уникальные особенности.

Низкий уровень ГВЗ, в свою очередь, может иметь следующие негативные последствия (King A, 2010, WHO, 2013, Shahid R. и соавт., 2022):

- Недоступность медицинской помощи, особенно для социально незащищённых граждан. Весьма вероятно, они не смогут получить адекватную помощь при отказе от курения, при желании обследоваться на инфекции, передаваемые половым путем. Одновременно увеличивается риск формирования алкогольной зависимости, ранней беременности, подверженности насильственным действиям (Speros C., 2005; Mancuso, J.M. 2008)

- Выбор рискованных форм поведения (отсутствие приверженности здоровому образу жизни, например, отсутствие регулярной физической нагрузки, вредные привычки, нерациональное питание, недостаток полноценного сна и т.д.);

- Неумение распознать симптомы заболевания на ранней стадии, позднее обращение за медицинской помощью, что снижает эффективность лечения;

- Непонимание важности своевременного обращения к врачу и проведения диагностики заболевания на ранней стадии, что приводит к невозможности использовать многие скрининговые исследования и существенно снижает шансы на полное выздоровление;

- Отсутствие интереса к имеющимся медицинским программам и услугам, что сказывается на удорожании лечения;

- Неумение вступить в диалог с лечащим врачом в отношении тактики лечения, что негативно отражается на удовлетворенности от процесса лечения, а также ухудшает исходы лечения;

- Неумение контролировать собственное состояние здоровья или течение болезни и состояние здоровья своих близких, что сказывается на повышении распространённости хронических неинфекционных заболеваний (болезней системы кровообращения, сахарного диабета, астмы и проч.).

- Более высокий риск преждевременной смерти в сравнении с ровесниками, имеющими более высокий уровень ГВЗ.

Отсутствие доступа граждан с низким уровнем ГВЗ к ряду медицинских услуг (ограничение доступности медицинской помощи чаще всего является следствием незнания гражданами объема своих прав в сфере охраны здоровья), более высокий риск преждевременной смерти (и, как следствие, относительно низкая продолжительность их жизни) обуславливают их критическое отношение к здравоохранению как социальному институту, системе здравоохранения и медицинским работникам. Установлена также связь низкого уровня ГВЗ у населения с относительно более высокими расходами национальных систем здравоохранения (Martensson L., Hensing G., 2012).

### **1.3. Методы измерения уровня грамотности в вопросах здоровья**

В качестве показателей количественной оценки уровня ГВЗ выступают:

- уровень понимания респондентом текста (медицинского содержания);

- уровень понимания респондентом информации, представленной в табличном виде, а также в виде специальных форм;

- умение заполнять таблицы и формы;

- умение производить вычисления данных (WHO, 2012).

С середины 1990-х гг. разработан ряд инструментов для количественной оценки уровня ГВЗ. Одними из наиболее востребованных являются вопросник TOFHLA и его короткая версия S-TOFHLA (U.S. Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion, 2010). В качестве диагностического материала теста TOFHLA используются три текстовых блока: (1) инструкция процедуры подготовки к рентгенологическому обследованию верхних отделов пищеварительного тракта; (2) права и обязанности пациентов; (3) стандартная форма договора с медицинской организацией. Каждый текст имеет пропущенные слова, например, каждое четвертое слово. Задача испытуемого – дополнить текст подходящими словами. В сокращенной версии вопросника - S-TOFHLA используются первые 2 варианта текста.

New Vital Sign (NVS)-тест – инструмент для проверки ГВЗ, который занимает всего 3 мин. Пользователи читают стандартную этикетку на мороженом и отвечают на серию из 6 вопросов. Данная концепция подразумевает, что ГВЗ жизненно важна так же, как частота сердечных сокращений и уровень артериального давления.

Еще одним инструментом оценивания уровня ГВЗ является вопросник AANLS. Он состоит из 14 вопросов, ответы на которые формируют количественную оценку интерактивной (3 вопроса), функциональной (4 вопроса) и критической (7 вопросов) ГВЗ (Лопатина М.В. и соавт., 2021).

Помимо указанных выше вопросников разработаны и апробированы и иные инструменты оценивания уровня ГВЗ. В Европе наибольшей популярностью пользуются версии вопросника HLS-EU-Q, который основан на концептуальной модели ГВЗ (объединяет три области ГВЗ и четыре способа работы с информацией, относящейся к здоровью) (Лопатина М.В. и соавт., 2021). Полная версия вопросника включает 47 вопросов - суждений, ответы на которые представлены в форме шкалы Лайкерта (4 варианта ответов: «очень легко», «легко», «сложно» и «очень сложно»). Инструмент позволяет дать количественную оценку всех 12 теоретических измерений уровня ГВЗ (табл. 1.4).

Набор инструментов оценки уровня ГВЗ, адаптированных для применения в России, достаточно ограниченный. Одним из них является европейский вопросник HLS<sub>19</sub>, разработанный по итогам меж-

дународного исследования Health Literacy Survey. Его адаптация для российской популяции с учетом культурологических и языковых особенностей последней выполнена М.В. Лопатиной и колл. (Лопатина М.В. и соавт., 2021). Инструмент включает в себя два блока вопросов: (1) оценка уровня ГВЗ и (2) оценка детерминант уровня ГВЗ и последствий сформированного уровня ГВЗ. В среднем интервьюирование одного респондента занимает 20 минут.

Таблица 1.4

**Вопросник HLS19-Q22-RU\_Russian на русском языке  
(Лопатина М.В. и соавт., 2021)**

По шкале от «очень легко» до «очень сложно» оцените, насколько Вам легко или сложно... В своих ответах Вы можете отталкиваться от своего опыта, опыта своей семьи или друзей. Как обычно Вы действуете в тех или иных ситуациях?					
<b>Вопросы по изучению грамотности в вопросах здоровья</b>					
<b>Шкала ответов</b>	<b>Очень легко</b>	<b>Легко</b>	<b>Сложно</b>	<b>Очень сложно</b>	<b>Затрудняюсь ответить</b>
CORE-HL2 ... найти информацию о лечении болезней, которые Вас беспокоят?					
CORE-HL3 ... найти информацию о том, что делать в экстренной медицинской ситуации?					
CORE-HL4 ... узнать, где получить помощь специалиста, если Вы заболели? (инструкция: доктора, медсестры, фармацевта или психолога)					
CORE-HL5 ... понять то, что говорит Вам врач?					
CORE-HL7 ... понять информацию о том, что делать в экстренной медицинской ситуации?					
CORE-HL8 ... понять инструкцию Вашего врача или фармацевта о том, как принимать выписанное лекарство?					
CORE-HL10 ... оценить преимущества и недостатки разных вариантов лечения?					
CORE-HL11 ... оценить, может ли Вам потребоваться мнение еще одного врача?					
CORE-HL13 ... использовать информацию, полученную от врача, для принятия решения по своему заболеванию?					
CORE-HL16 ... выполнять рекомендации врача или фармацевта?					
CORE-HL17 ... найти информацию о том, как справиться с вредными привычками, такими как курение, низкая физическая активность, чрезмерное потребление алкоголя?					
CORE-HL18 ... найти информацию о том, как справиться с проблемами психического здоровья? (инструкция: стресс, депрессия или тревожность)					

CORE-HL19 ... найти информацию о рекомендованных прививках для Вас или Вашей семьи?
CORE-HL21 ... понять информацию о таких вредных привычках, как курение, низкая физическая активность, избыточное потребление алкоголя?
CORE-HL22 ... понять для чего Вам или Вашей семье нужны прививки?
CORE-HL23 ... понять информацию по рекомендованным профилактическим обследованиям? (инструкция: например, измерение уровня сахара в крови, кровяного давления, уровня холестерина, исследование на онкологические заболевания)
CORE-HL24 ... оценить, надежна ли информация о таких вредных привычках, как курение, низкая физическая активность, избыточное потребление алкоголя?
CORE-HL28 ... оценить, надежна ли информация о рисках для здоровья, получаемая из средств массовой информации? (инструкция: например, газеты, телевидение или интернет)
CORE-HL31 ... решить, как Вы можете защитить себя от болезней, используя информацию из средств массовой информации? (инструкция: например, газеты, телевидение или интернет)
CORE-HL32 ... найти информацию об изменениях в законах, которые могли бы повлиять на здоровье Вас или Вашей семьи? (инструкция: новые профилактические программы, изменения в системе медицинской помощи, цены на табачную продукцию или запрет курения)
CORE-HL36 ... найти информацию о том, как укрепить здоровье на рабочем месте, в школе или в месте проживания?
CORE-HL37 ... понять советы членов семьи и друзей в отношении Вашего здоровья?
CORE-HL38 ... понять информацию на упаковках с пищевыми продуктами?
CORE-HL39 ... понять информацию из средств массовой информации о том, как улучшить свое здоровье? (инструкция: газеты, телевидение или интернет)
CORE-HL42 ... оценить, насколько Ваши жилищные условия могут влиять на Ваше здоровье и благополучие?
CORE-HL43 ... оценить, какие из Ваших повседневных привычек влияют на здоровье? (питание, потребление напитков, физическая активность и другие)
CORE-HL44 ... принимать решения по улучшению Вашего здоровья и благополучия?
<b>Социально-демографические и социально-экономические детерминанты</b>
C-DET1 Пол
C-DET2 Сколько Вам полных лет?
O-DET1 Ваше семейное положение?
O-DET2 Есть ли у Вас дети?



C-DET3 Назовите страну, в которой Вы родились.
C-DET4 Назовите страну, в которой родился Ваш отец.
C-DET5 Назовите страну, в которой родилась Ваша мать.
C-DET6 Каков наивысший уровень полученного Вами образования? [при этом имеется аттестат или диплом]
C-DET7 Ваша работа/занятость
C-DET8 Вы когда-нибудь получали образование в области медицины?
<b>Финансовое и социальное положение: насколько вам легко или сложно...?</b>
C-DET9 ...позволить себе при необходимости покупку лекарства [например, доплата за выписанные лекарства или оплата за лекарства, отпускаемые без рецепта врача]
C-DET10 ...позволить себе при необходимости оплатить медицинское обследование или лечение? [дополнительное обследование, не входящее в основной пакет обязательного медицинского страхования]
C-DET11 ...оплачивать счета в конце месяца?
C-DET12 На данной шкале уровень 1 соответствует «самому низкому положению в обществе»; уровень 10 соответствует «самому высокому положению в обществе». Скажите, пожалуйста, к какому уровню Вы относите себя?
<b>Социальная поддержка</b>
C-SSUP1 Сколько у Вас близких людей, на которых Вы можете рассчитывать, если у Вас возникли серьезные личные проблемы?
C-SSUP2 Сколько внимания/интереса люди проявляют по поводу того, чем Вы занимаетесь (например, работа/увлечения)?
C-SSUP3 Насколько Вам легко получить помощь от соседей, если она вам понадобится?
<b>Вопросы о росте и весе, а также о поведении относительно здоровья</b>
HLFST1 Какой Ваш рост (в сантиметрах)?
C-HLFST2 Какой Ваш вес (в килограммах)? [у беременных женщин вес до беременности]
C-HLFST3.1 Сколько дней в неделю Вы обычно курите любые табачные изделия [сигареты, в том числе скрученные вручную, сигары, трубки, кальяны, электронные сигареты]
C-HLFST3.2 Сколько дней в неделю Вы обычно употребляете какой-либо спиртной напиток? [пиво, вино, водка, коньяк, сидр, коктейль, ликер, алкоголь домашнего производства]
O-HLFST3.2 В день, когда Вы пьете алкогольные напитки, сколько порций Вы обычно выпиваете?

С-HLFST3.3 Сколько дней в неделю Вы обычно физически активны в течение 30 минут или дольше, что вызывает потоотделение или учащенное дыхание? [занятия спортом или другими видами физической активности, активность на работе, дела по дому или в саду, поездки из одного места в другое]
С-HLFST3.4 Сколько дней в неделю Вы обычно едите фрукты, овощи или салат, кроме картофеля? [исключая сок, выжатый из свежих фруктов или свежих овощей, или сок из концентрата. Учитываются все фрукты и овощи – сырые, приготовленные, сушеные, консервированные]
<b>Самооценка здоровья</b>
С-HSTAT1 Оцените свое здоровье в целом
С-HSTAT2 Имеется ли у Вас длительное заболевание или проблема со здоровьем, которое длится или вероятно продлится 6 месяцев и более?
С-HSTAT3 Насколько проблемы со здоровьем ограничивали Вашу обычную жизнь, по крайней мере, в течение последних 6 месяцев?
Опыт использования медицинских услуг: за последние 12 месяцев сколько раз Вы...
С-NCUT1 ...обращались за неотложной помощью? [вызов скорой медицинской помощи для себя, а не для кого-либо, обращение в отделение неотложной помощи, круглосуточную медицинскую помощь]
С-NCUT2 ...обращались к участковому врачу? [терапевту, врачу общей практики, семейному врачу в отношении своего здоровья]
С-NCUT3 ...обращались к другому медицинскому специалисту (например, хирургу)?
С-NCUT4 ...лежали в больнице (стационаре)? [то есть оставались на ночь или дольше]
С-NCUT5 ...находились в дневном стационаре (для диагностики, лечения или других видов медицинской помощи)? [то есть не оставались на ночь]
С-NCUT6 За последние 12 месяцев сколько дней в общей сложности Вы отсутствовали на работе по причинам, связанным со здоровьем? [имеются в виду все виды заболеваний, травм и других проблем со здоровьем, которые привели к отсутствию на работе. Вопрос неприменим для неработающих лиц, например, студентов, пенсионеров]
<b>Опыт поиска информации в отношении здоровья</b>
С-Н11 Вы когда-нибудь искали информацию о здоровье или на медицинские темы в любых источниках информации?
О-Н11 В последний раз, когда Вы искали информацию о здоровье или на медицинские темы, где Вы искали в первую очередь?

Другим вариантом адаптированного для русскоязычной аудитории инструмента для оценки ГВЗ является русскоязычная версия теста Newest Vital Sign, подробно описанного выше и адаптированного для русскоязычной аудитории Лопатиной М.В. и соавт.

<b>ПЛОМБИР ВАНИЛЬНЫЙ, 450 г</b>	
<b>Пищевая ценность</b>	
Размер порции	<b>100 г</b>
Количество порций в контейнере	<b>4,5</b>
Вес мороженого в контейнере	<b>450 г</b>
<b>Количество в 1 порции / 100 г</b>	
Энергетическая ценность (калорийность)	<b>200 ккал</b>
<b>Жиры</b>	<b>12 г</b>
<b>Углеводы</b>	<b>20 г</b>
<b>Белки</b>	<b>4 г</b>
Состав: молоко коровье цельное, сливки натуральные, молоко стуженное цельное с сахаром, сахар, глюкозный сироп, цитрусовые волокна, яичный желток, молочный белок, натуральный ароматизатор "Ваниль"	

Рис. 1.1 Этикетка мороженого для проведения теста Newest Vital Sign (Лопатина М.В. и соавт, 2020)

При проведении теста Newest Vital Sign интервьюеру выдаются следующие пошаговые инструкции:

1. Выдайте этикетку от мороженого респонденту и дайте ему/ей минуту или больше, чтобы ее изучить, — время не засекается, дайте столько времени, сколько необходимо. зачитайте: «Данная часть исследования изучает информацию в отношении здоровья по упаковке продукта питания. Представьте, что Вы только что купили упаковку (контейнер) мороженого и на обратной стороне упаковки размещена данная информация. Я прошу Вас посмотреть на эту этикетку, а затем ответить на несколько вопросов. Пожалуйста, внимательно прочитайте информацию. Дайте мне знать, когда Вы закончите, и мы перейдем к вопросам».

2. Не отвечайте на какие-либо вопросы об информации на этикетке. Когда респондент готов, зачитайте: «Я прошу Вас ответить на несколько вопросов в отношении информации, которая находится на этой этикетке. Не беспокойтесь, если Вы не можете ответить на все вопросы. Не-

которые из них предназначены для того, чтобы быть трудными. Пожалуйста, уделите столько времени, сколько считаете нужным, чтобы ответить на каждый вопрос. Я могу повторить любой вопрос, который Вы не поняли.»

3. Если респондент выглядит сомневающимся, скажите: «хотите, чтобы я повторил/а вопрос?» Если респондент действительно затрудняется ответить, скажите: «Хорошо, не волнуйтесь, если Вы не можете ответить на этот вопрос. Некоторые из них сложнее, чем другие. Давайте попробуем следующий вопрос.

4. Респонденты могут изменить ответ, если они решили исправить ошибку, в любой момент до окончания данной части опроса, но не говорите им этого, пока они не попросят изменить ответ. При желании респондента можно посчитать количество правильных ответов и озвучить.

Результаты теста интерпретируются по сумме набранных баллов и оцениваются следующим образом:

0–1 – низкий уровень грамотности в вопросах здоровья

2–3 – недостаточный уровень грамотности в вопросах здоровья

4–6 – достаточный уровень грамотности в вопросах здоровья

Таблица 1.5

**Вопросник к тесту Newest Vital Sign (Лопатина М.В. и соавт, 2020)**

Вопрос	Ответ/ баллы
Сколько килокалорий Вы употребите, если съедите весь контейнер мороженого?	900 ккал (килокалорий) - 1 900 калорий - 2 Другой ответ - 3 Затрудняюсь ответить - 999
Если Вам рекомендовано есть не более 60 граммов углеводов на десерт, какое максимальное количество мороженого Вы могли бы съесть?	Три порции (или до трех порций) - 1 2/3 контейнера - 2 300 г (или любое количество до 300 г) - 3 Другой ответ - 4 Затрудняюсь ответить - 999
Представьте, что Ваш врач порекомендовал Вам уменьшить количество жиров в Вашем рационе. Обычно Вы употребляете 65 г жиров каждый день, некоторые из которых поступают из одной порции мороженого. Если Вы перестанете есть мороженое, сколько граммов вы будете употреблять каждый день?	53 г. - 1 Другой ответ - 2 Затрудняюсь ответить - 999

Если Вы обычно употребляете 2000 килокалорий в день, какой процент от ежедневной суточной нормы Вы употребите, если съедите одну порцию этого мороженого?	1/10 (одна десятая) - 1 10% - 2 Другой ответ -3 Затрудняюсь ответить - 999
Представьте, что у Вас аллергия на пенициллин, яйца/яичный желток, арахис, латексные перчатки, пчелиные укусы. Будет ли безопасно для Вас съесть данное мороженое?	Да - 1 Нет - 2 Затрудняюсь ответить - 999  если ответ: «Да», то завершить опрос
Задать вопрос, если на предыдущий вопрос ответили: «Нет» Ответьте почему.	Потому что в мороженом содержится яйца/яичный желток - 1 Потому что может произойти аллергическая реакция - 2 Другой ответ -3 Затрудняюсь ответить 999
Задать вопрос, если на предыдущий вопрос ответили: «Потому что может произойти аллергическая реакция»: Почему у Вас может произойти аллергическая реакция?	Потому что в мороженом содержится яйца/яичный желток - 1 Другой ответ - 2 Затрудняюсь ответить -999

Применение инструмента NVS, по мнению авторов адаптированной методики оценки ГВЗ на его основе, позволяет оценивать то, насколько потребители обращают внимание на маркировку продуктов питания, умеют понимать, воспринимать энергетическую и пищевую ценность, а также проводить простые расчеты на основе информации с упаковки, что особенно важно в контексте проекта добровольной цветовой маркировки пищевых продуктов и напитков «Светофор», который стартовал 1 июня 2018 г. в Российской Федерации в соответствии с методическими рекомендациями Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.

### **Вопросы для самоконтроля и тестовые задания**

#### **Вопросы для самоконтроля:**

- 1) Дайте определение термина «Грамотность в вопросах здоровья».
- 2) Охарактеризуйте области и способы работы с информацией ГВЗ.
- 3) Опишите матрицу измерений ГВЗ, основанную на концептуальной модели ГВЗ.
- 4) Дайте характеристику измерений ГВЗ по D.Nutbeam (2000).
- 5) Охарактеризуйте индивидуальную медицинскую грамотность

- 6) Опишите показатели количественной оценки уровня ГВЗ.
- 7) Какие вопросники используются для количественной оценки уровня ГВЗ?
- 8) Из каких частей состоит русскоязычная версия опросника HLS19-Q22-RU\_Russian?
- 9) В чем особенности использования опросника Newest Vital Sign, возможно ли с его помощью изучать понимание, восприятие информации о энергетической и пищевой ценности пищевых продуктов?
- 10) Охарактеризуйте последствия низкого уровня ГВЗ.

### **Вопросы для самоконтроля и тестовые задания**

#### **Тестовые задания:**

1. Первое официальное упоминание термина ГВЗ относится к:
  - А. 1945 году
  - Б. 1974 году
  - В. 2000 году
  - Г. 1900 году
2. Современное определение ГВЗ предложено:
  - А. Всемирной организацией здравоохранения
  - Б. Европейским консорциумом
  - В. Институтом медицины
  - Г. Американской медицинской ассоциацией
3. Областями ГВЗ являются все, кроме:
  - А. Охрана здоровья
  - Б. Профилактика заболеваний
  - В. Укрепление здоровья
  - Г. Лечение инфекционных заболеваний
4. К способам работы с информацией, относящейся к здоровью, не относится:
  - А. Получение информации
  - Б. Оценка информации
  - В. Применение информации
  - Г. Статистическая обработка информации
5. К какой области ГВЗ относится способность понимать информацию о факторах риска здоровью:
  - А. Охрана здоровья
  - Б. Профилактика заболеваний

В. Укрепление здоровья

Г. Лечение заболеваний

6. К способу использования информации в области охраны здоровья относится:

А. Способность интерпретировать содержание медицинской информации

Б. Способность понимать информацию о факторах риска здоровью

В. Способность принимать обоснованные решения по медицинским вопросам

Г. Способность получить информацию о состоянии своего здоровья.

7. Классификация ГВЗ по D. Nutbeam (2000):

А. Интерактивная, функциональная, критическая

Б. Первая, вторая, третья

В. Начальная, продвинутая

Г. Медицинская, профилактическая, научная

8. К какому виду ГВЗ по D.Nutbeam (2000) относится умение пациента обсуждать с медицинским персоналом особенности своего заболевания и варианты его лечения:

А. Интерактивная

Б. Функциональная

В. Критическая

Г. Классическая

9. К какому уровню ГВЗ относится выбор человеком рискованных форм поведения (в том числе вредные привычки) и неумение распознать симптомы заболевания на ранней стадии:

А. Продвинутому

Б. Среднему

В. Низкому

Г. Базовому

10. Что такое «среда распространения медицинской грамотности»?

А. Курсы медицинской грамотности для населения

Б. Компьютерная программа

В. Система формирования медицинских знаний на различных уровнях

Г. Доступная запись на прием к врачам-специалистам

11. Низкий уровень ГВЗ будет наиболее характерен для:

А. Лиц с медицинским образованием

- Б. Представителей этнических меньшинств
  - В. Студентов
  - Г. Профессорско-преподавательского состава ВУЗа
12. К показателям количественной оценки уровня ГВЗ относятся все, кроме:
- А. Уровень понимания респондентом текста
  - Б. Умение заполнять таблицы и формы
  - В. Умение производить вычисления данных
  - Г. Умение интерпретировать результаты исследования
13. К текстовым блокам вопросника TOFHLA относятся все, кроме:
- А. Инструкция процедуры подготовки к рентгенологическому обследованию
  - Б. Права и обязанности пациентов
  - В. Стандартная форма договора с медицинской организацией
  - Г. Номер страхового полиса
14. Какой блок вопросов включает в себя вопросник HLS<sub>19</sub>:
- А. Оценка детерминант уровня ГВЗ и последствий сформированного уровня ГВЗ
  - Б. Оценка уровня образования
  - В. Оценка качества жизни
  - Г. Оценка семейного статуса
15. Как выглядит тест Newest Vital Sign?
- А. Лист формата А4 с вопросами
  - Б. Этикетка от мороженого
  - В. Планшет с вопросами
  - Г. Графический рисунок

### **Список литературы**

1. Амлаев К.Р., Койчуева С.М., Махов З.Д., Койчуев А.А. Формирование грамотности в вопросах здоровья у некоторых категорий пациентов // Профилактическая медицина. – 2013. – № 2. – С. 18-22.
2. Амлаев К.Р., Муравьева В.Н., Койчуев А.А., Уткина Г.Ю. Медицинская грамотность (компетентность): состояние проблемы, способы оценки, методики повышения грамотности пациентов в вопросах здоровья // Медицинский вестник Северного Кавказа. – 2012. – № 4. – С.75-79.
3. Бердешева Г.А., Нурбай Г.А., Ургушбаева Г.М. Медицинская грамотность как основа сохранения здоровья населения // Гигиена,



экология и риски здоровью в современных условиях: материалы X юбил. межрегион. науч.-практ. online конф. молодых ученых и специалистов с междунар. участием, 27-29 мая 2020 г. – Саратов, 2020. – С. 39-46.

4. Бердешева Г.А., Нурбай Г.А., Ургушбаева Г.М. Медицинская грамотность как основа сохранения здоровья населения [Текст] / Г.А. Бердешева, Г.А. Нурбай, Г.М. Ургушбаева//Гигиена, экология и риски здоровью в современных условиях. – 2020. – С. 39-46.

5. Лопатина М.В., Попович М.В., Концевая А.В., Драпкина О.М. Адаптация европейского вопросника HLS19 по измерению грамотности в вопросах здоровья для России // Экология человека. – 2021. – № 1. – С. 57-64.

6. Лопатина М.В., Попович М.В., Карамнова Н.С., Концевая А.В., Драпкина О.М. Измерение функциональной грамотности в вопросах здоровья во взрослой популяции: обзор методов и оценка применимости теста Newest Vital Sign для российского населения. Профилактическая медицина. 2020;23(6): Вып. 2:126–134.

7. Сырцова Л.Е., Абросимова Ю.Е., Лопатина М.В. Грамотность в вопросах здоровья: содержание понятия // Профилактическая медицина. – 2016. – №19 (2). – С.58–63.

8. Berkman ND, Davis TC, McCormack L. Health literacy: what is it? J Health Commun. 2010;15 Suppl 2:9-19.

9. Comparative report on health literacy in eight EU member states // The European Health Literacy Project 2009-2012. Maastricht, HLS-EU Consortium. – 2012. – URL: <http://www.health-literacy.eu>

10. Coulter A., Parsons S., Askham J. Краткий аналитический обзор – Анализ систем и политики здравоохранения / ВОЗ, 2008. – URL: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/76436/E93419R.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/76436/E93419R.pdf)

11. Cutilli CC, Bennett IM. Understanding the health literacy of America: results of the National Assessment of Adult Literacy. Orthop Nurs. 2009 Jan-Feb;28(1):27-32; quiz 33-4.

12. Freedman DA, Bess KD, Tucker HA, Boyd DL, Tuchman AM, Wallston KA. Public health literacy defined. Am J Prev Med. 2009

13. Gunta Bēta. Patient Education – Relevance in Nursing Education and Practice. *American Journal of Educational Research*. 2014; 2(7):441-446. doi: 10.12691/education-2-7-2.

14. Health literacy. The solid facts / eds: I. Kickbusch [et al.]. – Copenhagen: WHO, 2013. – 86 p. – URL <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/128703/e96854.pdf> (дата обращения: 18.09.2022).
15. Ishikawa H., Nomura K., Sato M., Yano E. Developing a measure of communicative and critical health literacy: a pilot study of Japanese office workers // *Health Promot. Int.* – 2008. – Vol. 23 (3). – P. 269-274.
16. Ishikawa H, Takeuchi T, Yano E. Measuring functional, communicative, and critical health literacy among diabetic patients // *Diabetes Care.* – 2008. – Vol. 31 (5). – P. 874-879.
17. Margolis, H., & McCabe, P. P. (2006). Improving Self-Efficacy and Motivation: What to Do, What to Say. *Intervention in School and Clinic*, 41, 218-227.
18. King, A. Poor health literacy: a ‘hidden’ risk factor. *Nat Rev Cardiol* 7, 473–474 (2010).
19. Lopatina, M.; Berens, E.-M.; Klinger, J.; Levin-Zamir, D.; Kostareva, U.; Aringazina, A.; Drapkina, O.; Pelikan, J.M. Adaptation of the Health Literacy Survey Questionnaire (HLS19-Q) for Russian-Speaking Populations—International Collaboration across Germany, Israel, Kazakhstan, Russia, and the USA. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2022, 19, 3572. <https://doi.org/10.3390/>
20. Mancuso JM. Health literacy: a concept/dimensional analysis. *Nurs Health Sci.* 2008 Sep;10(3):248-55.
21. Martensson L., Hensing G. Health literacy – a heterogeneous phenomenon: a literature review // *Scand. J. Caring Sci.* – 2012. – Vol. 26 (1). – P. 151-160. – URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21627673>.
22. Nutbeam D. The challenge to provide ‘evidence’ in health promotion // *Health Prom. Int.* – 1999. – Vol. 14 (2). – P. 99-101.
23. Nutbeam D. Health Literacy as a Public Health Goal: A Challenge for Contemporary Health Education and Communication Strategies into the 21<sup>st</sup> Century // *Health Prom. Int.* – 2000. – Vol. 15. – P. 259-267. – URL: <http://dx.doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>
24. Pelikan J. M., Röthlin F., Ganahl K., Boltzmann L. Measuring comprehensive health literacy in general populations // 6<sup>th</sup> Annual Health Literacy Research Conference November 3-4, 2014, Bethesda, Maryland. – Bethesda, 2014. – URL: <https://www.bumc.bu.edu/healthliteracyconference/files/2014/06/Pelikan-et-al-HARC-2014-fin.pdf> (дата обращения: 18.09.2022).

25. Pleasant A. Advancing Health Literacy Measurement: A Pathway to Better Health and Health System Performance // *J. Health Commun.* – 2014. – Vol. 19 (12). – P.1481-1496. – URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2549158317>.

26. Selden, C.R., Zorn, M., Ratzan, S. and Parker, R.M., Eds., *Health Literacy, Current Bibliographies in Medicine 2000-1*, U.S. Dept. of Health and Human Services, Public Health Service, National Institutes of Health, National Library of Medicine, Reference Section, Bethesda, 5-7.

27. Shahid, R., Shoker, M., Chu, L.M. *et al.* Impact of low health literacy on patients' health outcomes: a multicenter cohort study. *BMC Health Serv Res* 22, 1148 (2022)

28. Speros C. Health literacy: concept analysis. *J Adv Nurs.* 2005 Jun;50(6):633-40

29. Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J. *et al.* Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health* 12, 80 (2012). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>

30. U.S. Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion. *National Action Plan to Improve Health Literacy*. Washington, DC. (2010). – URL: [http://health.gov/communication/hlactionplan/pdf/Health\\_Literacy\\_Action\\_Plan.pdf](http://health.gov/communication/hlactionplan/pdf/Health_Literacy_Action_Plan.pdf)

31. Zarcadoolas C, Pleasant A, Greer DS. Understanding health literacy: an expanded model. *Health Promot Int.* 2005 Jun;20(2):195-203. doi: 10.1093/heapro/dah609. Epub 2005 Mar 23. PMID: 15788526.

## **РАЗДЕЛ 2. МЕТОДЫ ФОРМИРОВАНИЯ ГРАМОТНОСТИ В ВОПРОСАХ ЗДОРОВЬЯ**

### **2.1. Концептуальная модель формирования грамотности в вопросах здоровья**

Грамотность в вопросах здоровья – концепция реляционная, учитывающая всю систему отношений между различными факторами. Важно отметить, что ГВЗ означает не просто формирование индивидуальных навыков, но и взаимодействие между людьми и окружающими их социальными средами и расширение возможностей и права голоса как на индивидуальном уровне, так и в отношениях с другими. Например, программы в области санитарной грамотности способствуют совместному формированию здоровья путем улучшения коммуникации и установления разумного соотношения между правами пользователей и поставщиков услуг или правами непрофессионалов и специалистов.

За грамотность в вопросах здоровья населения ответственны не только организаторы здравоохранения, медицинские специалисты, но и представители многих других отраслей и профессий, а также сами граждане. Поэтому решение проблемы повышения ГВЗ – комплексная задача, требующая усилий многих специалистов и принятия мер, которые будут выполняться в различных секторах.

Повышению уровня ГВЗ населения будет способствовать предоставление людям информации, которая будет достоверной и полной. Для лучшего понимания предоставляемой информации следует учитывать возраст, пол, культурные особенности человека (ВОЗ, 2015). В то же время повышение грамотности в вопросах здоровья невозможно без исследования его сформированного уровня у людей и условий, которые бы способствовали его повышению. Примером такого исследования может служить Европейское обследование санитарной грамотности населения (ВОЗ, 2014). В Российской Федерации подобное исследование было проведено с использованием адаптированной версии опросника HLS19-Q-RU-Russian Лопатиной М.В. и соавт в 2019 г в трех субъектах РФ с разными демографическими и социально-экономическими характеристиками: Новосибирская область, Республика Карелия и Республика Татарстан. Результаты проведенного

исследования с применением стандартизованного валидированного вопросника показали, что «несмотря на преобладание достаточного и отличного уровня ГВЗ в общей изученной популяции (61,1%), наблюдается высокий процент населения с низким или проблематичным уровнем ГВЗ (38,9%). Было выявлено, что к ним относятся лица от 65 лет и старше, с низким социальным статусом, финансовыми ограничениями и низким уровнем образования» (Лопатина М.В и соавт, 2021).

К основным принципам концепции грамотности в вопросах здоровья, предложенным ВОЗ, можно отнести следующие:

1. Необходимо подходить к ГВЗ как к общегосударственной проблеме и проблеме всего общества. Ответственность за ГВЗ несут не только граждане или лица, формирующие политику в области здравоохранения, и медицинские специалисты. Ответственность за формирование ГВЗ лежит на всех и выходит за рамки отдельных профессий и секторов. В решение этой проблемы должны быть вовлечены многие заинтересованные стороны. При этом инициативы по формированию ГВЗ должны быть понятными и доступными, исходить из реальных условий повседневной жизни.

2. В процесс формирования ГВЗ необходимо вовлекать всех возможных стейкхолдеров, заинтересованных в повышении уровня санитарной грамотности. Хотя на рис. 2.1 связи между заинтересованными сторонами показаны линейные и идущие от центра кнаружи, на самом деле было бы точнее сказать, что они перекрещиваются и пересекаются «... словно горка спутанных спагетти, которые вплетаются в клубок и выходят из него, но никогда не выпадают из тарелки» (Fowler J., Christakis N., 2009). Этим иллюстрируется сложная взаимосвязанность между заинтересованными сторонами на каждом возможном уровне формирования ГВЗ.

3. Предпринимать инициативы по формированию ГВЗ необходимо с использованием понятного обывателям языка. Понятный язык означает информацию, которую слушатель или читатель сможет понять с первого раза. Для того, чтобы сформировать ГВЗ, нужно давать содержательную и достоверную информацию, при этом содержание и формат материалов с медицинской информацией должны учитывать различия и особенности культур, пола, возрастов и личностей.

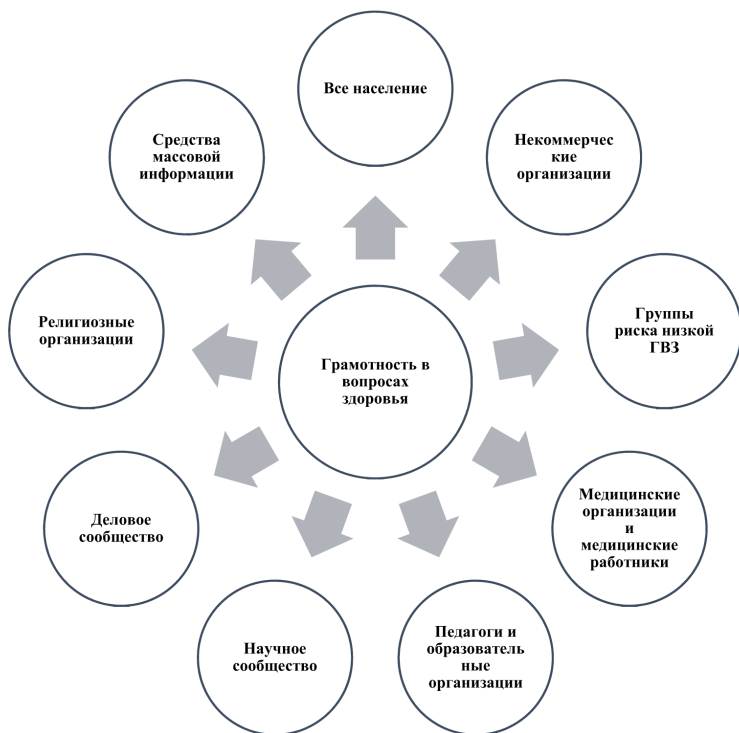


Рис. 2.1. Основные заинтересованные стороны, которые должны быть вовлечены в процесс формирования ГВЗ (Mitic W, Rootman I., 2012 с изменениями)

4. Государствам и межнациональным организациям необходимо выделять средства на проведение оценок и научных исследований для проведения обследования ГВЗ и условий, способствующих ее формированию, в различных системах.

В нескольких ключевых исследованиях в области ГВЗ населения единодушно рекомендуется, чтобы система здравоохранения активно стремилась понять потребности обслуживаемого населения и выстраивала модель предоставления помощи так, чтобы никто не остался неохваченным (Акимова, А.Б., 2020). В целом ограниченная санитарная грамотность должна рассматриваться не как проблема пациентов

и граждан, а как проблема для медицинских организаций и системы здравоохранения в целом, требующая установления более полноценных контактов между всеми участниками (ВОЗ, 2011).

При планировании мероприятий по повышению ГВЗ следует учитывать, что в качестве первого шага в решении проблемы санитарной грамотности необходимо принять политику, направленную на то, чтобы письменные, мультимедийные, а также основанные на Интернет-технологии информационные материалы и сообщения, адресованные населению, способствовали повышению уровня ГВЗ. Такая политика должна предусматривать обязательное использование в сфере здравоохранения понятного языка (Кравченко А.М. и соавт, 2020). Необходимо изменить форму подачи медицинской информации в печати, в Интернете и в дискуссиях. В соответствии с рекомендациями ВОЗ для обеспечения коммуникации на понятном языке и апробирования материалов и методик в области здравоохранения на реальных пользователях имеются стандарты, разработанные с использованием научных данных (рис 2.2, ВОЗ, 2014).



Рис.2.2 Стандарты построения коммуникации в здравоохранении (ВОЗ, 2014)

В последние годы в политике здравоохранения ряда стран преобладает пациенто-центрический подход, что предполагает непосредственное участие пациента в принятии решений относительно его обследования и лечения. Для поддержания хорошего здоровья необходимо наличие ряда навыков и компетенций. Это значит, что помимо базовых навыков, необходимых каждому человеку, вроде умения читать, писать и считать, и являющихся, по сути, функциональной грамотностью, важна также способность искать, находить и получать медицинскую информацию, ее анализировать и осмысливать, проводить ее оценку и применять в ходе общения с медицинским персоналом в ситуациях, когда необходимо принять решения для сохранения и улучшения здоровья.



Правовую основу мероприятий, направленных на совершенствование оказания гражданам медицинской помощи в медицинских организациях, в т. ч. удовлетворенности населения качеством решения проблем в сфере здравоохранения, составляет Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 N 323-ФЗ. Во 2 статье дано следующее определение понятию «охрана здоровья граждан» – это *«система мер политического, экономического, правового, социального, научного, медицинского, в том числе санитарно-противоэпидемического (профилактического), характера, осуществляемых органами государственной власти Российской Федерации, органами государственной власти субъектов Российской Федерации, органами местного самоуправления, организациями, их должностными лицами и иными лицами, гражданами в целях профилактики заболеваний, сохранения и укрепления физического и психического здоровья каждого человека, поддержания его долголетней активной жизни, предоставления ему медицинской помощи»*. В первой части определения раскрыт комплекс направлений решения вопросов здоровья, во второй – междисциплинарный характер субъектов воздействия, а в третьей – профилактическая направленность работы. В последующих статьях закона эти категории детализируются.

Результаты социологических исследований доказывают наличие прямой взаимосвязи между степенью удовлетворенности граждан между качеством решения проблем в сфере здравоохранения и уровнем ГВЗ, под которой понимают *«наличие знаний, мотивации и умений, необходимых для получения, понимания, оценки и применения информации, касающейся здоровья, для того чтобы в повседневной жизни формировать собственное мнение и принимать решения в рамках медицинской помощи, профилактики заболеваний и укрепления здоровья, а также для поддержания или улучшения качества жизни на всех ее этапах»*.

В соответствии с рекомендациями ВОЗ Формирование и повышение ГВЗ граждан должно быть основано на следующих принципах (ВОЗ, 2014):

1. Научной достоверности – по отношению как к информационной части ГВЗ, так и научно-обоснованным формируемым поведенческим умениям и навыкам;

2. Системного подхода – учета всех факторов внешней и внутренней среды, определяющих функционирование и сложившийся стереотип здоровье-сохраняющего стереотипа поведения индивида;

3. Межведомственного подхода – взаимодействие государственных и негосударственных структур различных уровней, общественных организаций, сочетание наиболее эффективно – целесообразных мультидисциплинарных методик, технологий, направленных на конечный результат;

4. Непрерывности – формирование ГВЗ представляет собой динамический процесс, а не сумму разовых акций – «формирование и повышение ГВЗ через всю жизнь», формирование может быть хронологическим, динамическим, эволюционным (на протяжении всех этапов жизненного цикла человека), ситуационным (при наступлении какого-либо события – демографического, клинического, социального и проч.);

5. Дифференцированности – формирование ГВЗ должно проводиться с учетом особенностей возрастных, гендерных, средовых, поведенческих, профессиональных факторов и уровня здоровья.

6. Конструктивной стимуляции – смещение приоритетов – от патерналистического «просвещения и обучения» к личной активности в ГВЗ, использованию собственных ресурсов и ответственности за полученный результат.

Медицинская грамотность – это комплексное понятие, и потребителям или людям, работающим в системе здравоохранения, не всегда очевидно, что оно означает на практике или почему его важно решать. В таблице 2.1 приведены некоторые из положительных эффектов, которые могут быть получены в результате решения проблемы грамотности в вопросах здоровья для различных людей в системе здравоохранения.

**Примеры потенциальных эффектов от повышения грамотности  
в вопросах здоровья для людей с разными ролями  
в системе здравоохранения**

Роль в системе здравоохранения	Эффекты
Пациент, потребитель медицинских услуг	<ul style="list-style-type: none"> <li>• облегчает понимание того, куда идти, что делать и как найти то, что необходимо для того, чтобы улучшить здоровье, благополучие и здоровье меня и моей семьи;</li> <li>• помогает принимать более взвешенные решения относительно моего здоровья, благополучия и медицинского обслуживания меня и моей семьи;</li> <li>• облегчает управление собственным здоровьем и здоровьем семьи, включая приверженность рекомендациям медицинских работников, соблюдение режима лечения и приема лекарств;</li> <li>• помогает более эффективно участвовать в принятии решений и действий, касающихся медицинской информации, ее предоставления, планирования или оценки здравоохранения</li> </ul>
Медицинские работники	<ul style="list-style-type: none"> <li>• помогает оказывать медицинскую помощь, которая отражает потребности и предпочтения моих пациентов в понятной и доступной для них форме;</li> <li>• помогает работать в партнерстве с моими пациентами и их семьями, чтобы они могли предпринимать соответствующие действия и принимать эффективные решения в отношении своего здоровья и медицинского обслуживания;</li> <li>• помогает адаптировать способ оказания медицинской помощи, чтобы пациентам было легче получать, понимать и использовать информацию, которую я предоставляю;</li> <li>• помогает снизить риск причинения вреда моим пациентам путем улучшения межличностного общения и обмена информацией</li> </ul>
Руководители медицинских организаций	<ul style="list-style-type: none"> <li>• помогает организовать процесс предоставления медицинских услуг таким образом, чтобы потребителям было легче предпринимать соответствующие действия и принимать эффективные решения в отношении своего здоровья и медицинского обслуживания;</li> <li>• помогает повысить доступность услуг медицинской организации для потребителей;</li> <li>• помогает облегчить потребителям доступ к четкой, целенаправленной и понятной информации о здоровье и медицинском обслуживании;</li> <li>• помогает повысить безопасность и качество медицинской помощи;</li> <li>• помогает снизить риск нежелательных исходов лечения путем улучшения коммуникации и обмена информацией</li> </ul>

<p>Органы власти субъектов РФ в сфере охраны здоровья</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• помогает убедиться в том, что региональная система здравоохранения понимает и учитывает потребности и предпочтения потребителей медицинских услуг</li> <li>• помогает решать вопросы безопасности и качества медицинской помощи, которые волнуют потребителей медицинских услуг;</li> <li>• помогает вовлекать потребителей медицинских услуг в процесс принятия решений;</li> <li>• помогает убедиться в том, что информация, предоставляемая системой здравоохранения, является эффективной;</li> <li>• помогает обеспечивать поддержку и благоприятные условия для партнерства в рамках системы здравоохранения;</li> <li>• позволяет быть уверенным в том, что потребители дают информированное согласие на оказание медицинской помощи;</li> </ul>
<p>Федеральные органы исполнительной власти в сфере здравоохранения</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• помогает обеспечить, чтобы система здравоохранения была организована таким образом, чтобы потребителям было легче предпринимать соответствующие действия и принимать эффективные решения в отношении своего здоровья и медицинского обслуживания</li> <li>• помогает облегчить потребителям доступ к четкой, целенаправленной и пригодной для использования медицинской информации</li> <li>• помогает обеспечить поддержку и благоприятные условия для партнерства между медицинскими организациями, другими организациями системы здравоохранения и потребителями медицинских услуг</li> <li>• повышает безопасность и качество медицинской помощи, эффективность и результативность системы здравоохранения путем расширения прав и возможностей потребителей медицинских услуг для их активного участия в принятии решений.</li> </ul>

По результатам реализованных на кафедре общественного здоровья, здравоохранения и социальной работы СГМУ проектов предпринята попытка разработки концептуальной модели повышения удовлетворенности населения качеством решения проблем в сфере здравоохранения региона посредством формирования ГВЗ (табл. 2.2.).

**Концептуальная модель формирования грамотности  
в вопросах здоровья**

Цель модели	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Разработка системы мероприятий и рекомендаций по формированию ГВЗ (на примере Архангельской области)</li> </ul>
Системообразующие факторы	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Внешняя среда</li> <li>• Проблемы здравоохранения региона (Архангельской области): объективный и субъективный подходы</li> <li>• Грамотность в вопросах здоровья в различных популяционных группах</li> </ul>
Задачи модели	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Социально – гигиенический мониторинг грамотности в вопросах здоровья</li> <li>• Оптимизация современных практик и технологий формирования грамотности в вопросах здоровья</li> <li>• Разработка предложений для внедрения по организации совместной работы СМИ с различными социальными институтами региона для решения проблем в сфере здравоохранения</li> </ul>
Принципы модели	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Научная достоверность</li> <li>• Системный подход</li> <li>• Межведомственный подход</li> <li>• Лонгитудинальность</li> <li>• Дифференцированность</li> <li>• Конструктивная стимуляция</li> </ul>
Уровни модели	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Региональный</li> <li>• Муниципальный</li> <li>• Организации</li> </ul>
Группы риска (объекты воздействия)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Беременные женщины</li> <li>• Женщины в ситуации репродуктивного выбора</li> <li>• Дети</li> <li>• Пожилые</li> <li>• Больные социально-значимыми заболеваниями</li> <li>• Работающие в организованных коллективах</li> </ul>
Структурное обеспечение (субъекты воздействия)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Региональные органы исполнительной власти социального блока</li> <li>• Муниципалитеты</li> <li>• Ведущие образовательные организации, медицинские организации региона</li> <li>• Учреждения образования, культуры</li> </ul>
Основные формы и методы работы	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Межведомственные программы формирования и укрепления ГВЗ</li> <li>• Корпоративные программы укрепления здоровья</li> <li>• Терапевтические Школы здоровья</li> <li>• Средства массовой информации</li> </ul>

Занимаясь многие годы изучением проблемы искусственно-го аборта в Архангельской области, нами была выявлена проблема разрыва между высоким уровнем знаний о последствиях абортов, контрацепции и низкой контрацептивной практикой женщин. В этой связи нами была введена в научный оборот категория «контрацептивная амбивалентность» («ambi» – двойственность, «valentia» – сила), определяющая противоречивость, дуализм, способность в поведении человека сочетать здоровье-центричность, основанную на императиве сохранения вида, и некие внутренние, противоположные начала, барьеры к гармоничному поведению (Темкина А. А. 2013).

Проводя системный анализ проблемы, мы обратились к т. н. «теории информационных каскадов», предложенной зарубежными социологами. Информационный каскад — ситуация, когда индивид, принимая решение, копирует поведение других участников процесса, уже сделавших выбор, не беря в расчет имеющуюся у него информацию. Причем, чем больше участников уже сделали выбор, тем охотнее он следует за ними (Vikhchandani S., 1992). Причинами появления информационных каскадов являются необходимость решения однотипных задач, желание упростить процесс принятия решения и имитационное поведение. «Контрацептивная амбивалентность» - хоть и чрезвычайно важный, но частный случай. Данный концепт можно с уверенностью распространить на большинство других элементов образа жизни человека. Вряд ли в современном социуме можно найти популяционно значимое число «диссидентов» здорового образа жизни, отрицающих целесообразность рационального нутриентного поведения, вреда гиподинамии, курения и т. д. Граждане вполне информированы о важнейших факторах риска, но качество их самосохранительного поведения остается достаточно низким. Более того, результаты ряда отечественных и зарубежных научных работ убедительно свидетельствуют о том, что среди медицинских работников, которые должны быть социономами, идеологами, проводниками сохранения здоровья, более часто встречаются деструктивные формы поведения (курение, злоупотребление алкоголем), степень выраженности которых даже выше, чем в среднем в популяции. Конечно, речь идет о сложных многокомпонентных обстоятельствах, когда на каждое воздействие может быть найдено множество околонучных контраргументов. Например, при проведении дискуссий со студентами лечебного фа-

культета Северного государственного медицинского университета (г. Архангельск) по данным проблемам обучающимися довольно часто приводятся следующие «аргументы» - «экзогенный этанол идентичен эндогенному, поэтому он физиологичен», «алкоголь – анти-стрессорный фактор, в умеренных дозах от него больше пользы, чем вреда», «курение – элемент профилактики болезни Альцгеймера» и т. д. Вот это негативное «коллективное бессознательное», как и все в общественном здоровье, имеет много причин, а его разрушение требует междисциплинарных усилий. На наш взгляд, гомогенизация интерактивной, функциональной и критической ГВЗ является наиболее сложной и принципиально важной государственной задачей, в решении которой необходимо участие всех социальных институтов.

## **2.2. Роль медицинских специалистов в формировании грамотности в вопросах здоровья**

Наряду с социальными ресурсами ГВЗ сама по себе может сделать людей более устойчивыми к неблагоприятным факторам и активными в улучшении собственного здоровья.

Какие меры могут и должны предприниматься для совершенствования ГВЗ? В общих чертах они включают повышение качества информационных материалов и облегчение их понимания всеми группами населения, максимальную адаптацию системы здравоохранения к потребностям пациента и облегчение навигации для потребителя, повышение общей грамотности населения, обучение и методическое обеспечение медицинских специалистов в вопросах повышения ГВЗ.

Все это невыполнимо без создания эффективных коммуникаций, повышения доступа к качественной медицинской помощи, внедрения электронного здравоохранения с обучением пользоваться им, обучения пациентов управлению хроническими заболеваниями, в том числе с участием «пациентов-экспертов».

Таким образом, медицинские мероприятия по повышению ГВЗ включают 3 основные задачи:

- 1) предоставить информацию и возможность обучения;
- 2) способствовать более правильному и эффективному использованию ресурсов медико-санитарной помощи;
- 3) ликвидировать неравенство в доступе к медицинской помощи.

Формы этих мероприятий различны, но каждая из них имеет определенные достоинства (Kickbush I, 2001, Амалаев К.Р., 2018).

Стратегия формирования ГВЗ касается всего населения, но максимального внимания требуют люди с минимальным уровнем знаний, к которым могут относиться пожилые граждане, граждане с низким уровнем общего образования и доходов. При принятии решений, определяющих деятельность в такой отрасли, как здравоохранение, необходимо:

- планировать и внедрять медицинские услуги, доступные всем, а не только лицам с высоким уровнем ГВЗ;
- организовать процесс постоянного совершенствования знаний в области ГВЗ как для медицинских работников, так и для населения;
- при принятии решений на надотраслевом уровне (муниципальные и региональные власти) отладить механизмы межсекторального сотрудничества в сфере повышения ГВЗ населения, в том числе изучать мнение населения о доступности медицинских услуг и информации в вопросах здоровья.

В первую очередь усилия по формированию ГВЗ должны предпринимать медицинские работники. Что для этого может сделать медицинский специалист? Чтобы проверить, понял ли пациент назначения и указания врача, следует попросить его повторить своими словами то, что сказал медицинский работник.

Свою просьбу врач должен прокомментировать как нужный и для врача и для пациента тест на уровень общения. С проведением такого теста постепенно становится очевидным, какие лексические конструкции наиболее понятны пациентам, а какие вызывают затруднения. Кроме того, повторение информации позволяет лучше запоминать ее. При объяснении следует использовать наглядные материалы: схемы строения тела, рисунки, альбомы, видеоролики. Одновременно нужно стремиться не использовать в своей речи сложную медицинскую терминологию (причем это касается разных категорий пациентов – не исключено, что и у пациентов с высшим образованием могут быть затруднения в понимании медицинской информации, но они стараются скрыть это).

В то же время материалы о здоровье должны учитывать особенности гендерных, возрастных, социальных и этнических групп. Устра-



нение барьеров к оказанию медицинской помощи, стигматизации отдельных групп населения также является важным шагом к повышению ГВЗ. Любая стигма является серьезным барьером в профилактике заболеваний, делая людей «невидимыми» и недоступными для служб здравоохранения. Это касается ожирения, туберкулеза и, конечно, ВИЧ. До момента, когда все стигмы в здоровье исчезнут, еще очень далеко, но уже сейчас нужны меры для «доставки» информации уязвимым группам населения при том, что доступность Интернета для них остается невысокой. Может быть полезной информация в письменной форме с указанием телефонов организаций, где можно пройти обследование бесплатно, а также групп поддержки. Особенно это актуально для предотвращения распространения ВИЧ. Коммерческие секс-работники, сексуальные меньшинства, наркоманы в силу негативного отношения к ним общества «выпадают» из поля зрения служб здравоохранения, поэтому очень важно распространять среди членов данной группы буклеты с информацией о том, где можно сдать анализы, как избежать инфицирования ВИЧ, где получить помощь в случае инфицирования, как правильно пользоваться презервативами и где их можно получить бесплатно. Эти буклеты должны быть адаптированы для различных аудиторий.

Одна из наиболее уязвимых групп в отношении ГВЗ – мигранты (ВОЗ, 2014, Амалаев К.Р и соавт., 2018). Часто это связано с отсутствием их интеграции в социум, языковыми проблемами, с дефицитом общих знаний, этническими и религиозными особенностями. Таким образом, существует сразу несколько барьеров для достижения среди мигрантов удовлетворительного уровня ГВЗ; очевидно, необходимы специальные стратегии повышения ГВЗ, для разработки и реализации которых следует привлекать представителей этой целевой группы. Кроме того, мигрантам будут полезны письменные, электронные гиды (путеводители) пациентов, перевод на национальные языки названий вывесок, использование «навигаторов» пациента, обеспечение перевода при визите в медицинские организации. Важно предоставление мигрантам возможности бесплатно выучить государственный язык, что не только повышает их уровень ГВЗ, но и способствует лучшей адаптации в социуме, облегчая взаимодействие с государственными некоммерческими организациями (The European Health Literacy Project, 2012).

Таким образом, ГВЗ – важная государственная проблема, решение которой требует комплексного подхода и включает рост общего уровня образованности населения, обучение медицинских работников навыкам общения с пациентами, а также улучшение охраны здоровья работающего населения.

### **2.3. Корпоративные программы повышения грамотности в вопросах здоровья для работающего населения**

К наиболее эффективным мерам, способствующим повышению уровня грамотности в вопросах здоровья, относятся программы и меры, установленные в отдельных организациях и на предприятиях, реализованные через корпоративные программы профилактики и укрепления здоровья. Наиболее оптимально, если будет достигнута интеграция данных программ и мер в основную стратегию работы организации. Подобные действия будут наиболее эффективны для лиц мужского пола, с учетом того, что они более подвержены различным формам рискованного поведения и чаще имеют вредные привычки. К тому же им сложнее доказать важность повышения ГВЗ, чем женщинам (Акимова А.Б., 2020). Были проведены исследования, доказывающие, что реализация подобных мер на предприятиях положительно сказывалась на снижении уровня неинфекционных заболеваний, вероятности производственного травматизма, производственных заболеваний, увеличения количества работников, предпочитающих более здоровые варианты времяпровождения. Подобные меры по повышению уровня ГВЗ на предприятиях и в организациях также влияют на сокращение заболеваемости среди работников, повышение производительности труда, сохранению рабочих мест, снижение затрат предприятия на медицинские расходы. По имеющимся оценкам, эффективность от внедрения данных мер довольно ощутима и составляет 4:1 (Бердешева Г.А. и соавт., 2020).

В современном мире, когда некоторые предприятия и организации в сфере обслуживания стали виртуальными, их работники превратились в «кочевников», переезжающих с места на место или работающих в разных местах, зачастую удаленно, у работодателей стало меньше возможности контролировать программы поддержания здо-

ровья и благополучия, и возникает необходимость в новых способах повышения уровня ГВЗ работников.

К числу известных действенных мер относятся следующие:

- выполнение высшим звеном управления руководящей роли в принятии и реализации инициатив, таких как «здоровое предприятие», «здоровая организация»;

- привлечение к участию в программах людей на всех уровнях – от высших руководителей до рабочих в производственных цехах;

- привлечение сотрудников и заинтересованных сторон к разработке и непрерывному осуществлению программ посредством создания привлекательного брэнда программы и непрерывного общения с людьми;

- создание в организации благоприятной среды, в которой обеспечены согласованность с другими приоритетами и интеграция инициатив с уже действующими в организации программами укрепления здоровья и оказания работникам других видов помощи;

- своевременное решение проблем, касающихся таких программ;

- вовлечение семей сотрудников;

- сохранение простоты программы и её основной идеи и обеспечение её соответствия коммерческим потребностям;

- отражение разнообразия кадрового состава и учёт всех особенностей культуры сотрудников;

- прогнозирование и оценка результатов программы по строгим критериям до и после осуществления мер вмешательства.

К числу действенных инициатив относятся организация здорового общественного питания и продажи здоровых продуктов по месту работы; открытые лестничные колодцы; устройство пешеходных дорожек и установка указателей, не только показывающих расстояние, но и поощряющих физическую активность; выделение комнат для разминки с оборудованием для растягивания позвоночника и снабжение бесплатной фильтрованной водой.

Кроме того, имеющиеся данные подтверждают, что положительный эффект дают усилия по охвату членов семей в рамках мероприятий по просвещению и целенаправленному информированию работников, предложение здоровых ужинов с доставкой на дом из кафе для сотрудников предприятия/организации, открытый доступ для членов

семьи и/или местного сообщества к физкультурно-оздоровительным объектам компании и корпоративная поддержка занятий физкультурой в школах, на детских игровых площадках и в парках (Бердешева Г.А. и соавт., 2020). Предприятия и организации могут создавать материальную заинтересованность своих работников в переходе к здоровому образу жизни. Выплата дотаций работникам, которые решают не ездить на работу в автомобиле, например, увеличивает долю работников, которые ходят на работу пешком или приезжают на велосипеде (ВОЗ, 2011). К другим стимулам относятся снижение размеров страховых взносов для сотрудников, имеющих повышенный риск развития хронического заболевания, которые проходят оценку рисков для здоровья и участвуют в рекомендуемых мероприятиях по инструктированию по вопросам здоровья. Также улучшают показатели здоровья и снижают затраты на здравоохранение программы поддержки со стороны лиц равного статуса.

#### **2.4. Формирование и повышение грамотности в вопросах здоровья у женщин в ситуации репродуктивного выбора**

Искусственные аборты являются одним из значимых факторов, которые оказывают отрицательное влияние на репродуктивное здоровье женщин, приводят к репродуктивной дисфункции, бесплодию и возникновению гинекологических заболеваний. Обоснование необходимости сокращения числа абортов, не связанных с медицинскими показаниями, сформулировано в Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года. Сокращение числа абортов путем устранения их причин (главные из которых это низкий уровень ГВЗ с позиций планирования семьи и сохранения репродуктивного здоровья, а также сознательный отказ от деторождения) представляет собой эффективный способ повышения рождаемости в масштабах страны и отдельных регионов. В методическом письме первого заместителя министра здравоохранения Российской Федерации «Психологическое консультирование женщин, планирующих искусственное прерывание беременности» приоритетным направлением указанной работы определяется *«реализация комплекса мер, направленных на повышение рождаемости, социальную поддержку материнства и детства, охрану репродуктивного здоровья населения, осуществление мероприятий по предупреждению*

*абортов, проведение консультаций по вопросам социальной защиты женщин при обращении по поводу прерывания нежелательной беременности, формирование у женщин сознания необходимости вынашивания беременности и дальнейшая поддержка в период беременности» (Минздрав РФ, 2017). Доабортное консультирование женщин в ситуации репродуктивного выбора является типичным примером комплексного подхода в формировании и повышении ГВЗ.*

Медицинское консультирование по прерыванию беременности до 12 недель включает в себя несколько уровней организации медико-социальной психологической помощи беременным и матерям. Первый уровень представлен кабинетом медико-социальной помощи беременным женщинам, оказавшимся в трудной жизненной ситуации; его работа должна быть организована во всех женских консультациях. На втором уровне - в Центре медико-социальной поддержки беременных женщин - разрабатываются методические рекомендации для специалистов по социальной работе и психологов женских консультаций, реализуются тренинги со специалистами кабинетов медико-социальной помощи, организуется служба «телефонов доверия», проводится анализ деятельности женских консультаций на основе предоставленных отчетов, выявляются факторы риска отказа от ребенка после родов, предпринимаются меры по формированию ответственности у матери за вынашивание беременности и дальнейшее воспитание ребенка (Минздрав РФ). Третьим уровнем оказания медико-социальной помощи являются учреждения социальной защиты субъектов Российской Федерации (центры социальной помощи, кризисные центры и проч.), а также социально-ориентированные некоммерческие (например, центры защиты материнства) и религиозные организации традиционных конфессий, имеющие возможность предоставления различных видов материальной, психологической и духовной поддержки нуждающимся женщинам.

## **2.5. Формирование и повышение грамотности в вопросах здоровья беременных женщин, родильниц**

*ГВЗ подразумевает «наличие у людей знаний, мотивации и умений, необходимых для получения, понимания, оценки и применения информации в отношении здоровья, чтобы в повседневной жизни формировать собственное мнение и принимать решения в рамках медицинской помощи, профилактики заболеваний и укрепления здоровья,*

*а также для поддержания или улучшения качества жизни на всех ее этапах»* (Амалаев К.Р., 2018). Активное участие беременной женщины, медицинских и социальных работников в решении вопросов беременности позволит получить более значимый результат, а недостаточные знания могут неблагоприятно повлиять на здоровье будущей матери и ребенка. Соответственно, повышение ГВЗ беременных женщин представляет собой актуальную задачу.

Ряд исследователей ранее установили, что в нашей стране уровень осведомленности будущих матерей о негативном влиянии основных поведенческих факторов риска на здоровье ребенка достаточно низкий; значительная доля женщин не соблюдают режим дня, рекомендованный для беременных, и не придерживаются правил здорового образа жизни (Ненашева И.В. 2011; Якушина И.И., 2018).

Нормативную правовую базу формирования ГВЗ данной категории граждан составляют Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 N 323-ФЗ (Статья 7 «Приоритет охраны здоровья детей», статья 12 «Приоритет профилактики в сфере охраны здоровья», Статья 52 «Права беременных женщин и матерей в сфере охраны здоровья») и Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 октября 2020 г. N 1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология», который обязывает проводить физическую и психопрофилактическую подготовку беременных женщин к родам. Для повышения уровня ГВЗ женщинам с I триместра беременности предлагаются курсы в «Школе беременных», проводимые на базе женской консультации, а также советы врачей-специалистов. Индивидуальная работа с беременными женщинами должна строиться с учетом акушерского анамнеза, соматических факторов риска и социализации женщины. Деятельность «Школы беременных» должна быть направлена на повышение интерактивной, функциональной и критической ГВЗ. Для решения первой задачи предлагается информировать будущих матерей об основных рисках вынашивания ребенка, преимуществах грудного вскармливания и правилах прикладывания к груди, об особенностях питания ребёнка первого года жизни и особенностях ухода за ним, о необходимости профилактики инфекционных заболеваний и важности вакцинопрофилактики. Для повышения уровня функциональной и критической ГВЗ меди-

цинским работникам, ведущим занятия в «Школе беременных», необходимо предложить женщинам самостоятельно спланировать режим дня, составить меню питания, комплекс физических упражнений, соответствующих сроку беременности. Занятия в такой школе должны проводить психолог, инструктор по гигиеническому воспитанию и медицинский работник (врач, медицинская сестра). Методы организации данных занятий могут быть устные (лекция, беседа, семинар, дискуссия) и наглядные (плакаты, брошюры, презентации, фильмы). Специалистам, ведущим занятия в «Школе беременных», следует отказаться от использования сложных медицинских терминов, которые могут негативно сказаться на качестве восприятия учебного материала. Занятия в «Школе беременных» целесообразно разделить на теоретические (например, изучение правил и техники грудного вскармливания) и практические (например, отработка полученных практических навыков с помощью муляжа молочной железы и куклы). Для оценки уровня сформированной критической ГВЗ в группе беременных женщин можно организовать проверку полученных знаний и навыков.

Повышение ГВЗ родильниц – она из задач врача-педиатра участкового и медицинской сестры участковой, которая решается во время патронажей и профилактических осмотров. Нормативную правовую базу этого процесса составляют Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 7 марта 2018 г. N 92н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи детям» и Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 августа 2017 г. N 514н «О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних». Первичный патронаж проводится в первые трое суток после выписки родильницы и новорожденного из родильного отделения. Женщине даются рекомендации по оснащению детской комнаты, кормлению ребенка, сообщается информация о состоянии здоровья новорожденного и результаты биологического и генетического анамнеза. Во время этих патронажей оцениваются лактационные возможности матери, постнатальные факторы риска, состояние здоровья ребенка и уровень его адаптации. Медицинские работники следят за соблюдением ранее данных рекомендаций, организацией режима дня ребенка. При осуществлении патронажей молодой матери рекомендуется ознакомиться со специ-

альной литературой по уходу за ребенком, его питанию и воспитанию, а также помощи ребенку при ухудшении состояния его здоровья.

При достижении ребенком возраста 1 месяца мать с ребенком приглашается в детскую поликлинику в дни приёма здоровых детей для проведения диспансеризации, где её дополнительно консультируют по вопросам питания, охранительном режиме дня ребенка, профилактике гипогалактии. Таким образом, сама процедура диспансеризации новорожденного направлена на повышение уровня интерактивной ГВЗ его матери. Важной составляющей этого процесса является пропаганда грудного вскармливания, которая ведется в нашей стране на государственном уровне. Так, 18 января 2022 года депутаты Государственной Думы предложили внести правки в Федеральный закон «О рекламе» от 13.03.2006 N 38 - запретить рекламу молочных смесей для детей первого года жизни (Парламентская газета, 2018). Такая мера должна способствовать сознательному выбору женщины практики грудного вскармливания и увеличению продолжительности кормления.

На протяжении первого года жизни ребенка медицинские работники детской поликлиники ежемесячно оценивают его физическое и нервно-психическое развитие. При несоответствии реальных показателей со стандартом врач дает матери рекомендации по коррекции состояния ребенка, что также способствует повышению уровня ее ГВЗ. За выполнением рекомендуемых мероприятий следят врач-педиатр и медицинская сестра во время последующих патронажей и активных посещений.

Согласно Приказу Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 января 2007 г. N 56 на базе детской поликлиники формируется кабинет здорового ребенка, где женщина может получить информацию об охране здоровья своего ребенка, технике ухода за ним, организации режима дня, комплексах массажа и гимнастики, соответствующих возрасту, проведении процедур для закаливания, способах приготовления детского питания, правилах введения прикорма и докорма, профилактике рахита. В кабинете здорового ребёнка работает фельдшер или медицинская сестра, прошедшие подготовку по профилактической работе с детьми. Также в этом кабинете следует разместить методические материалы и наглядные пособия по основным вопросам развития ребенка (таблицу



возрастных режимов, таблицу-схему естественного и искусственного вскармливания детей первого года жизни, стенд по подготовке ребенка к поступлению в детские образовательные учреждения, (ДОУ), с которыми может ознакомиться каждый родитель.

При определении ребенка раннего возраста в дошкольное учреждение врач обращает внимание на результаты комплексной оценки состояния его здоровья, оценивает психо-функциональные возможности, а также формирует перечень профилактических мероприятий. Важна грамотная консультация родителей, которая должна включать в себя передачу информации о мероприятиях для смягчения адаптации ребенка к ДОУ. За 6 месяцев до поступления в ДОУ начинается специальная подготовка ребенка, важным элементом которой является санитарно-просветительская работа с его родителями. Она реализуется в специальных «Школах матерей», родительских конференциях по медицинской и педагогической тематике (Жданова Л.А. и соавт, 2019). За 1–2 месяца до поступления ребенка в ДОУ в процесс подготовки включается персонал дошкольного учреждения. Родителям объясняются правила приема, возможные изменения в поведении ребенка в период адаптации к новым условиям, а также содержание мероприятий, которые целесообразно предпринять с целью предупреждения нежелательных последствий адаптации.

## **2.6. Технология и методология формирования грамотности в вопросах здоровья детей школьного возраста**

Здоровье и ГВЗ - динамические категории, определяющие способность адаптироваться к меняющимся социальным условиям жизни. Для поддержания здоровья необходим значительный объем знаний и умений. Культуру здоровья можно отнести к области общечеловеческой культуры, в которой формирование ценностей и приоритетов начинается с рождения ребенка и продолжается на всех этапах его развития и обучения. Поэтому формирование здорового человека и обеспечение безопасности начинается с семейного воспитания. Здоровый образ жизни семьи складывается из нескольких факторов: доброжелательного отношения между родителями и родственниками, здорового питания, положительных эмоций. Успешность формирования навыков самосохранительного поведения зависит от сознательно-

го отказа всеми членами семьи от поведенческих факторов риска, в т. ч. табакокурения, потребления алкоголя.

Стандартизированные стратегии того, как должно осуществляться формирование ГВЗ в школах — это актуальная проблема современного здравоохранения в мировом масштабе. Концепция включения санитарного просвещения в систему формального образования возникла еще в эпоху Возрождения. В начале 19 века Горааций Манн выступал за преподавание основ здоровья в школе, а Уильям Олкотт также подчеркивал вклад медицинских услуг и школьной среды в здоровье и благополучие детей (Cottrell R. R., 2018). Пионер общественного здравоохранения Лемюэль Шаттак писал в 1850 году, что «каждый ребенок должен быть научен в раннем возрасте, что сохранение собственной жизни, собственного здоровья и жизни других является одной из самых важных и постоянных обязанностей» (Shattuck L. 1850). В это же время Гарвардский университет и другие высшие учебные заведения с программами подготовки учителей начали включать в свои учебные планы обучение гигиене (здоровью).

Отечественные исследователи также неоднократно подчеркивали значение санитарного просвещения в школах. Еще в 1906 г преподавание личной гигиены было включено в качестве необязательного предмета в мужских и женских средних учебных заведениях. В 1930-1940 гг. в программы советских школ по естествознанию были включены «материалы для чтения по вопросам охраны здоровья», содержащие информацию по личной и общественной гигиене. Отдельные вопросы медицинских знаний (правила питания, понятие о гигиене воздуха, туберкулезе, вреде курения) были включены в программы IV-VII классов. В то же время И.И.Мильман в 1939 году считал это недостаточным и предлагал возродить преподавание гигиены в средней школе в качестве отдельной дисциплины (Мильман И.И., 1939).

Несмотря на такое раннее историческое признание, в середине 1960-х годов исследование школьного санитарного просвещения зафиксировало серьезный беспорядок в организации и методическом сопровождении подобных школьных программ (Slipceovich E.M., 1968). Повторный призыв к действию, прозвучавший несколько десятилетий спустя, ввел понятия комплексных программ школьного здравоохранения и школьного санитарного просвещения (Институт медицины, 1997).

С 1998 по 2014 год Центр по контролю за распространением заболеваний (CDC) и другие организации начали использовать термин “скоординированные программы школьного здравоохранения”, чтобы охватить восемь компонентов, влияющих на здоровье детей в школах, включая питание, медицинские услуги и обучение навыкам здоровьесбережения. Этот термин не получил широкого распространения в образовательном секторе, и в 2014 году CDC Ассоциация по надзору и развитию учебных программ представили концепцию «Целая школа, целое сообщество, целый ребенок» (Morse L. L., Allensworth D. D., 2015.). Эта система состоит из десяти компонентов, включая санитарное просвещение, цель которого - обеспечить каждому ученику здоровье, безопасность, вовлеченность, поддержку и вызов. Среди основополагающих принципов этой системы - обеспечение того, чтобы каждый ученик пришел в школу здоровым и, находясь в ней, узнал о здоровом образе жизни и придерживался его.

В своей основе образование в области здоровья определяется как «любая комбинация запланированных учебных мероприятий с использованием научно обоснованной практики и/или обоснованных теорий, которые дают возможность приобрести знания, установки и навыки, необходимые для принятия и поддержания здорового поведения» (Ассоциация образования в области здоровья, 2012). В программу включены различные физические, социальные, эмоциональные и другие компоненты, направленные на снижение риска для здоровья и поощрение принятия здоровых решений. В учебных программах по санитарному просвещению особое внимание уделяется подходу, основанному на навыках, чтобы помочь учащимся практиковать и отстаивать свои потребности в здоровье, а также потребности своих семей и общества. Эти навыки помогают детям и подросткам находить и оценивать информацию о здоровье, необходимую для принятия обоснованных решений о здоровье, и в конечном итоге закладывают основу того, как отстаивать свое собственное благополучие на протяжении всей жизни.

За последние 40 лет многие исследования зафиксировали взаимосвязь между здоровьем учащихся и результатами обучения (Kolbe L., 2019, Rasberry C. N. и соавт., 2017). Проблемы, связанные со здоровьем, могут снизить мотивацию и способность школьника к обучению, равно как и проблемы со зрением, слухом, астма, случаи подростковой беременности, агрессия и насилие, недостаток физической

активности, низкие когнитивные и эмоциональные способности могут снизить академические успехи (Basch С. Е., 2011).

Обучение социальным и эмоциональным навыкам улучшает академическое поведение учащихся, повышает мотивацию к успеваемости в школе, улучшает результаты тестов на успеваемость и оценки, а также повышает показатели окончания средней школы.

Формирование культуры отношения подростков к своему здоровью и здоровью окружающих является важнейшей сферой ответственности не только медицинских организаций, но и школы. Указанным навыкам следует не только обучать, но и решать воспитательную задачу формирования отношения к здоровью как к ценности, мотивации заботы о нем и потребности в здоровом образе жизни (Рылова Т.Н., 2007, Баукина Л.В., 2011).

В РФ в начальном образовании уделяется немало внимания обучению младших школьников основам безопасного поведения в различных ситуациях. Такие знания даются детям в курсе предмета «Окружающий мир», в учебных пособиях, дополняющих данный предмет и посвященных непосредственно формированию основ безопасности жизнедеятельности (Виноградова Н.Ф., 2015). На уроках дети получают знания, также проводятся дидактические и ролевые игры, моделирование объектов и явлений окружающего мира, во внеурочное время – экскурсии и учебные прогулки, встречи с людьми различных профессий, организация посильной практической деятельности по охране среды и другие формы работы, обеспечивающие непосредственное взаимодействие ребёнка с окружающим миром. Большое значение для достижения планируемых результатов имеет организация проектной деятельности учащихся. Главное – организовать тренировку навыков безопасного поведения. Гораздо больше возможностей для получения знаний, а также, что важно, для активной тренировки навыков поведения предоставляет внеурочная деятельность.

В старших классах появляется дисциплина «Основы безопасности жизнедеятельности». В силу специфики своего содержания и индивидуальной направленности этот предмет нацелен на приобретение учащимися знаний, умений и навыков, ряда физических и психологических качеств, необходимых для ускорения адаптации к условиям окружающей среды обитания (по сути – функциональной ГВЗ). Проблема формирования навыков безопасной жизнедеятельности рассма-

тривается с позиций здорового образа жизни, уменьшения травматизма, подготовки к военной службе (Григорян Р.В., 2008).

Физическая культура сопровождает ребенка в течение всех лет обучения в школе. В процессе занятий ученики осваивают простейшие тесты для самоконтроля здоровья, учатся измерению, расчету и оценке индивидуальных достижений, отслеживают в мониторинге уровень физической подготовленности и корректируют (вначале с помощью педагога, затем самостоятельно) индивидуальные планы физического самосовершенствования. Дети повышают уровень своей интерактивной ГВЗ: приобретают знания о здоровом образе жизни и его связи с укреплением здоровья, роли и месте физической культуры в организации здорового образа жизни, о своих индивидуальных особенностях физического развития и физической подготовленности, формируют знания по составлению содержания занятий в соответствии с собственными задачами и индивидуальными особенностями развития (функциональная ГВЗ). Для того, чтобы формирование ГВЗ происходило более эффективно и ребенок сам был в этом заинтересован, используются игровой метод и метод моделирования ситуаций.

Ни что так не мотивирует подростков, как конкуренция. Соревновательный дух между сверстниками подталкивает их к освоению новой информации. Формирование ГВЗ в школе может проводиться в различных формах реализации учебного проекта: мозговом штурме, деловой игре, ток-шоу, пресс-конференции, диспуте. Приведём примеры проектов, охотно выполняемых учениками начальных классов как в малых группах, так и самостоятельно: «Уход за кожей», «Роль воды в жизни человека», «Витамины», «Культура пользования химическими средствами, их рациональный выбор», «Острота слуха», «Гигиена зрения», «Гигиена одежды», «Правильное питание», «Продукты и их состав». Данные проекты являются интегрированными - решение поставленных задач проекта охватывает различные области знаний. Каждый проект предполагает поиск ответов на поставленные вопросы, поиск информации, а также обсуждение в группах. Задания должны быть подобраны таким образом, чтобы дети научились в привычном и обыденном находить интересное и полезное и таким образом формировать свою ГВЗ. Проведение этих проектов подразумевает совместную работу и участие медицинских работников, социальных педагогов, а также психологов.

В старших классах могут затрагиваться более серьезные темы, такие как «Алкоголизм и курение, их пагубное влияние на организм», «Наркотическая зависимость, ее последствия». Важно донести до подростков информацию об основных поведенческих факторах риска, объяснить им, к чему могут привести вредные привычки и зависимости.

Северный государственный медицинский университет в течение нескольких лет реализует проект «Школьное здоровье» (доц. Е.Г. Бондаренко), который предлагает целый комплекс мероприятий, направленный на формирование ГВЗ школьников (табл. 2.3)

Таблица 2.3

**Мероприятия проекта «Школьное здоровье» (доц. Е. Г. Бондаренко)**

Тематический план лектория для родителей
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Личностно ориентированный метод формирования навыков здорового образа жизни</li> <li>2. Готовность ребенка к систематическому обучению для первоклассников</li> <li>3. Как подготовить рабочее место школьника в домашних условиях</li> <li>4. Гигиенические основы построения режима дня детей и подростков. Сон – его значение</li> <li>5. Гигиенические требования к детской одежде, школьной форме и обуви</li> <li>6. Гигиенические требования к ранцам, рюкзакам и учебным принадлежностям</li> <li>7. Режим использования электронных устройств</li> <li>8. Особенности привлечения подростков к трудовому процессу</li> <li>9. Основы летней оздоровительной работы с детьми и подростками</li> </ol>
Тематический план лектория для педагогов
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Личностно ориентированный метод формирования навыков здорового образа жизни</li> <li>2. Определение готовности ребенка к систематическому обучению</li> <li>3. Дифференцированный подход к медико-педагогическому сопровождению учащихся на первом году обучения в школе</li> <li>4. Гигиенические принципы организации учебного процесса в общеобразовательных школах</li> <li>5. Гигиенические требования к учебной мебели. Рассаживание учащихся в учебных кабинетах в соответствии с морфофункциональными особенностями обучающихся</li> <li>6. Гигиенические аспекты использования цифровых технологий в обучении</li> <li>7. Особенности привлечения подростков к трудовому процессу</li> <li>8. Основы летней оздоровительной работы с детьми и подростками</li> <li>9. Гигиенические приоритеты школ полного дня</li> </ol>

Во втором десятилетии XXI века Интернет стал основным источником информации и технологией обучения групп молодежи. С помощью простейших программных средств подростки могут самостоятельно разрабатывать программные продукты (например, конкурсы, игры, викторины, опросы, блоги и видеоклипы), способствующие повышению уровня общей ГВЗ или, к сожалению, его снижению (Neter E., Brainin E, 2019, Huhta A. и соавт, 2018). Повышению или снижению ГВЗ может способствовать знакомство молодых людей с блогами медицинских работников, медийных личностей. Важно в этой связи проследить качество полученных подростками знаний, вовремя объяснить им вред от некорректной или деструктивной информации.

Формированием ГВЗ детей занимается и детская поликлиника. В их структуре могут быть т. н. центры здоровья, в перечне задач которых реализация комплекса мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни у детей, мотивирование их к личной ответственности за своё здоровье. Центры здоровья также призваны развивать навыки «ответственного родительства»; его сотрудники участвуют в санитарном просвещении, обучении родителей гигиеническим навыкам, выявлении ведущих факторов риска развития заболеваний у детей и их профилактике немедикаментозными методами. Отдельно следует отметить участие сотрудников детской поликлиники, центров здоровья для детей в санитарном обучении детей, больных хроническими заболеваниями. Например, основными задачами Школы диабета является обучение и детей, и их родителей навыкам инсулинотерапии, правилам поведения в экстренных ситуациях (купировании гипогликемического состояния и кетоацидоза), а также повышение ГВЗ всех членов семьи в вопросах профилактики осложненной сахарного диабета, успешной социализации больных детей.

В формировании и повышении ГВЗ среди детей и подростков нельзя не обойти такую деликатную тему, как половое воспитание и сексуальное образование. К сожалению, нормативная правовая база на федеральном и региональном уровнях по данному направлению отсутствует. Последствия низкой ГВЗ в указанном вопросе общеизвестны — это внебрачная рождаемость, «отказные» дети, искусственные аборты, ИППП, ВИЧ / СПИД и т. д. Не детализируя решение проблемы, укажем, что учебные программы по сексуальному здоро-

вью, базирующиеся на основных принципах автономности, благополучия и соблюдения, продвижения и защиты прав человека, должны быть направлены на (1) предупреждение возможных нарушений прав человека, связанных с сексуальностью и репродуктивной функцией; (2) удовлетворение потребностей людей или снятие их опасений в отношении сексуальной ориентации или гендерной идентичности; (3) профилактику и лечение последствий расстройств сексуального здоровья. Главной составляющей таких программ должны быть систематические консультации в рамках оказания первичной медико-санитарной помощи с целью решения эмоциональных, психологических и социальных проблем, которые влияют на здоровье и благополучие человека (ЮНИСЕФ, 2017).

Медицинская грамотность является важным элементом образования и общественного здравоохранения. Включение грамотности в вопросы здоровья в школьную программу является большим вкладом в будущее, обеспечивающее получение всеми детьми знаний и навыков, необходимых для поддержания их здоровья на протяжении всей жизни. Для достижения этой цели здравоохранение и образование должны работать согласованно.

## **2.7. Проблемы и значимость грамотности в вопросах здоровья лиц пожилого возраста**

Система здравоохранения, как и любая другая сфера общества, находится под влиянием информационных технологий. ГВЗ населения может повышаться благодаря быстрому распространению информации в разных доступных формах. Но существует категория граждан, которая, в целом, не готова к участию в процессе передачи и распространения информации с помощью современных информационных технологий – это лица пожилого и предпозилкого возраста (согласно определению Всемирной организации здравоохранения, ВОЗ, к пожилым относятся граждане старше 60 лет). Численность пожилых в Российской Федерации растет, темп постарения увеличивается каждый год, и к 2030 году по прогнозам специалистов Федерального аналитического центра доля пожилых в возрастной структуре населения превысит 30% (Росстат, 2021).

Уровень ГВЗ граждан пожилого возраста имеет уникальные вну-



трипоколенные особенности. Родившиеся в 1940–1960 гг. (т. н. поколение «беби-бумеров»), как правило, имеют широкий кругозор, профессиональное образование, интересуются процессами, происходящими в жизни общества, в т. ч. здравоохранении. Результаты исследований демонстрируют прямую корреляцию между уровнем ГВЗ и состоянием их здоровья - чем ниже уровень ГВЗ пожилых, тем реже они прибегают к поиску информации о здоровье, а также реже консультируются с медицинскими работниками, занимаются профилактикой осложнений заболеваний. Низкий уровень ГВЗ связан с высоким риском госпитализации, инвалидности и смертности (Bostock S., Steptoe A., 2012).

Ввиду сформировавшихся взглядов на жизнь граждане пожилого возраста не готовы существенно менять образ своей жизни с целью профилактики осложнений хронических заболеваний. Напротив, они чаще прибегают к использованию народной медицины или лекарственных средств, не имеющих доказанного клинического эффекта. Возраст, жизненный опыт представителей старшего поколения, к сожалению, часто мешает в их обучении навыкам самосохранительного поведения. Ментальные особенности (упрямство, нежелание подчиняться, забывчивость) влияют на комплаентность приема лекарственных препаратов (особенно, если он ежедневный или постоянный в течение жизни), а более медленная обработка информации не позволяет пожилому пациенту полностью понять содержание рекомендаций медицинских работников и следовать им (Chen X и соавт., 2018).

Представители старшего поколения, как было указано выше, не готовы использовать современные информационные технологии для передачи и распространения информации. Соответственно, повышение уровня их ГВЗ должно быть основано на традиционных способах информационного обмена: телевизионных передачах, личном примере авторитетных людей (политиков, звезд, специалистов), советах экспертов, популярных лекциях (в библиотеках или в медицинских организациях), распространении печатной продукции. Например, в странах Латинской Америки, известных любовью населения к сериалам («мыльным операм»), довольно часто в сценарии включают дискуссии по важным вопросам общественного здоровья (здоровом питании, отношении к табакокурению, алкоголю и т. д.). Кроме методов научно-популярного просвещения пожилым гражданам могут

быть предложены различные информационные продукты (мобильные приложения), позволяющие самостоятельно фиксировать результаты измерений частоты дыхания, частоты сердечных сокращений (ЧСС), артериального давления, температуры тела, концентрации глюкозы в крови и проч., а также «носимые» гаджеты для постоянного измерения указанных параметров (смарт-часы, браслеты для измерения ЧСС). На гериатрических приемах внедряются информационные технологии, позволяющие заменить медицинский персонал в выполнении ряда действий: планшеты с возможностями проведения опросов (госпитальная шкала депрессии, шкала Лоутона, Бартела) и позволяющие транслировать в режиме реального времени результаты измерений с применением методов визуализации (использование цветовой шкалы и цифровых значений).

Методикой, объединяющей все указанные выше технологии повышения ГВЗ, являются **Школы здоровья для пожилых**. Нормативной правовой базой решения указанной задачи в системе здравоохранения является Порядок оказания медицинской помощи по профилю «гериатрия» (утв. Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29 января 2016 г. N 38н). В качестве цели оказания медицинской помощи гражданам пожилого (60 лет и старше) возраста Порядок определяет *«сохранение или восстановление их способности к самообслуживанию, физической и функциональной активности, автономности (независимости от посторонней помощи в повседневной жизни)»*. Одним из направлений данной работы является организация Школ для пожилых людей и для лиц, осуществляющих постоянный уход за ними. Такие Школы обеспечивают системный подход к повышению уровня общей ГВЗ, позволяя повысить мотивацию к решению указанной задачи самих граждан.

Ведущими гериатрическими синдромами, которые могут приводить к инвалидности человека, нуждаемости в постоянном уходе, являются саркопения, синдром падений, дефицит органа слуха и зрения, депрессия, снижение когнитивных функций. На скорость развития этих синдромов влияет образ жизни пожилых. Поэтому правильно организованная деятельность Школ здоровья (табл. 2.4), участники которых могут получать рекомендации относительно стиля физической активности, питания, ментальных установок, может способствовать снижению степени их выраженности, замедлению прогрессирования.

В программу работы Школы следует включить лекции или семинары врачей-специалистов: офтальмологов, оториноларингологов, неврологов, травматологов. Функционирование Школ здоровья при городских и районных поликлиниках, гериатрических отделениях будет, таким образом, существенно экономить время медицинских работников (врачей, медицинских сестер) на консультирование пациентов. Рационально включить в план работы консультации с юристами и представителями социальных служб, занятия по социальной адаптации (Фролова Т.И., Стрига Е.А., 2020).

Примерная программа занятий Школы здоровья для пожилых представлена в таблице 2.4.

Таблица 2.4

**Примерная программа занятий Школы здоровья для пожилых**

	Тема занятия	Общая продолжительность занятия, преподаватель	Содержание учебного материала	Время
1	Введение.  Профилактика болезней, характерных для пожилых	45 минут + 45 минут  Врач-терапевт или врач-гериатр	Ознакомление со структурой курса	5 минут
			Знакомство с участниками Школы	15 минут
			Факторы, благоприятствующие долгожительству	10 минут
			Профилактика болезней пожилых	15 минут
			Первичная доврачебная помощь: аптечка, режим приема лекарств	45 минут
2	Визит в поликлинику	45 минут + 45 минут  Врач-терапевт или врач-гериатр и фармацевт	Как часто нужно посещать врача? Какие анализы нужно сдавать? О чем могут говорить исследования?	30 минут
			Возможности записи на прием. Права и обязанности пациента. Льготные лекарственные препараты и возможности их получения.	

3	Болезни системы кровообращения (БСК): ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь, аритмия, атеросклероз. Повышение иммунитета	45 минут + 45 минут  Врач-кардиолог	Самодиагностика и этапы диспансеризации при БСК. Куда можно обратиться в случае изменений в состоянии сердца?	15 минут
			Изменения образа жизни при наличии заболеваний сердечно-сосудистой системы	15 минут
			Диагностика и возможные пути выхода из хронического стресса.	15 минут
			Иммунитет: народные методы повышения иммунитета и повышения жизнестойкости	45 минут
4	Болезни органов дыхания: острый бронхит, бронхиальная астма. Грипп и ОРВИ.  Вопросы питания и профилактики остеопороза	45 минут + 45 минут  Врач-эндокринолог и врач-гериатр	Профилактика болезней органов дыхания. Реабилитация после бронхитов и пневмоний.	30 минут
			Дыхательные гимнастики. Вакцинация от гриппа.	15 минут
			Что такое остеопороз? Методы профилактики остеопороза	15 минут
			Саркопения. Контроль веса. Овощи, белки, молочные продукты и фрукты: их роль в рационе питания.	30 минут
5	Заболевания позвоночника и профилактика болей в спине. Остеохондроз. Физическая активность. Эргономика движения.	45 минут + 45 минут  Врач-невролог и инструктор ЛФК	Синдром хронической боли и хронической усталости. Возможности применения кинезиотерапии для облегчения симптомов болей в спине. Интенсивность и варианты физической нагрузки.	45 минут

			Обучение методам подъема тяжестей, выполнения ЛФК при болях в суставах. Помогающие приборы. Изменение инфраструктуры дома для поддержания самообслуживания в случае травм.	15 минут  30 минут
6	Болезни органов пищеварения. Симптомы большого желудка и кишечника. Гастрит. Гастродуоденит. Язвенная болезнь.  Головная боль напряжения. Мигрень. Бессоница. Тревога и депрессия.	45 минут + 45 минут  Врач-гастроэнтеролог и врач-невролог или врач-психиатр	Полезные привычки для профилактики болезней органов пищеварения. Пищевое поведение. Правило тарелки. Методы лечения изжоги, снижения ферментной активности и симптомов гастрита и гастродуоденита.  Лечение головной боли. Мигреновые боли. Режим сна. Гигиена сна. Немедикаментозное лечение бессонницы.  Тревожность и тревожные состояния. Депрессия, немедикаментозные методы лечения. Варианты аутотренингов,	45 минут  30 минут  15 минут

К ожидаемым кратко- и среднесрочным результатам работы Школ здоровья пожилых (индикаторы эффективности) можно отнести сознательный отказ обучающихся от вредных привычек, положительные изменения в их поведении, улучшение значений показателей, характеризующих деятельность органов и систем (частоты дыхания, ЧСС, артериального давления, температуры тела, концентрации глюкозы в крови). Их мониторинг целесообразно проводить с помощью дневника активности, данные которого будут полезны в последующем врачу-гериатру для корректировки назначений. В долгосрочной перспективе работа Школ здоровья позволит повысить уровень соци-

ального благополучия и качества жизни пожилых граждан и членов их семей, а, значит, удовлетворенности деятельностью медицинской организации, качеством решения проблем в здравоохранении.

Стигматизация старости, дискриминация пожилых («эйджизм») является серьезной проблемой при оказании помощи пожилым пациентам, так как медицинский персонал зачастую пренебрегает обязанностями разъяснять в подробностях стратегию лечения и пути изменения образа жизни. Поэтому работа с медицинским персоналом как средним, так и врачами, будет также эффективна. Стоит обратить внимание на тенденцию к упрощению языка общения с пациентом без использования профессиональной терминологии. Обязательно развитие коммуникационных навыков медицинского персонала - более долгое и детальное объяснение причин, возможное развитие и принципы лечения заболевания повышают грамотность пожилого населения в вопросах здоровья.

## **2.8. Роль средств массовой коммуникации в формировании грамотности в вопросах здоровья**

Массовая коммуникация (МК) представляет собой *«процесс производства и передачи сообщений, рассчитанных на массовое сознание, с применением средств массовой коммуникации (СМК): периодической печати, радио, телевидения и средств электронной коммуникации»*. К последним относится сеть Интернет. Если традиционные СМК подвергаются определенному контролю, то в глобальной сети цензурирование (особенно в т. н. блогосфере) практически отсутствует. По этой причине ей отводится особая роль в МК.

Участие СМК в формировании ГВЗ у представителей практически всех возрастных и социальных групп не вызывает сомнений. В период пандемии новой коронавирусной инфекции (COVID-19) СМК оказали как положительное, так и, к сожалению, отрицательное влияние на поведение граждан, в значительной мере обуславливая масштаб сопутствующих медико-санитарных последствий. С одной стороны, они позволили оперативно акцентировать внимание социума на проблеме; с другой стороны, именно СМК стали источником недостоверной информации о якобы низкой эффективности или даже вреда мер популяционной профилактики COVID-19 (в т. ч. вакцинопрофи-

лактики). Более того, ряд исследователей полагают, что избыточность информации, а зачастую и ее противоречивость, легкость получения породила проблему, называемую инфодемией. Инфодемия представляет собой переизбыток как онлайн, так и офлайн информации. Она включает в себя намеренные попытки распространения ложных сведений в целях срыва ответных мер общественного здравоохранения и продвижения альтернативных групповых или индивидуальных целей. Недостоверная и заведомо ложная информация может наносить вред физическому и психическому здоровью людей; усиливать стигматизацию; ставить под угрозу важнейшие завоевания здравоохранения; порождать пренебрежительное отношение к мерам по защите здоровья населения, тем самым снижая их эффективность и ограничивая способность стран положить конец пандемии. В отсутствие необходимого уровня доверия и точной информации диагностические тест-системы оказываются невостребованными, кампании иммунизации (или мероприятия по пропаганде действенных вакцин) не достигают своих целей, а заболевания могут бесконтрольно распространяться. Кроме того, ложные слухи приводят к поляризации общественного мнения по вопросам, касающимся COVID-19; провоцируют риторику ненависти; повышают риск конфликтов, насилия и нарушений прав человека и ставят под угрозу долгосрочные перспективы укрепления демократии, прав человека и социальной сплоченности. В этом контексте в апреле 2020 г. Генеральный секретарь ООН объявил о начале работы инициативы Организации Объединенных Наций по работе в области коммуникаций, направленной на противодействие распространению ложных сведений и дезинформации. ООН также выпустила руководящие указания по выявлению и пресечению ненавистнической риторики, связанной с COVID-19 (11 мая 2020 г.). В мае 2020 г. на сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения государства-члены ВОЗ приняли резолюцию WHA73.1 о борьбе с COVID-19. В резолюции отмечается, «что решение проблемы инфодемии является важной составляющей борьбы с пандемией COVID-19: она содержит призыв к государствам-членам распространять достоверную информацию о COVID-19, принимать меры по противодействию ложным слухам и дезинформации и использовать цифровые технологии в рамках всех ответных мер. Резолюция также

содержит призыв к международным организациям принимать меры против распространения ложной и неверной информации в цифровой сфере, содействовать предупреждению деструктивной деятельности в киберпространстве, подрывающей меры реагирования на уровне общественного здравоохранения, и содействовать предоставлению научно обоснованных данных в распоряжение общественности».

ВОЗ призвало «государства-члены разработать и осуществлять планы действий по борьбе с инфодемией за счет содействия своевременному распространению среди всех членов общества и особенно групп, подвергающихся повышенному риску, достоверной, научно и фактически обоснованной информации; и предупреждения и пресечения циркуляции ложных слухов и дезинформации при одновременном уважении свободы выражения мнений» и призвало «все другие заинтересованные стороны, включая платформы средств массовой информации и социальных сетей, посредством которых тиражируются ложные слухи и дезинформация, исследователей и технических специалистов, способных вырабатывать и внедрять эффективные стратегии и инструменты борьбы с инфодемией, лидеров и авторитетных деятелей гражданского общества, осуществлять сотрудничество с системой ООН, государствами-членами и друг другом и продолжать наращивать усилия по распространению достоверной информации и предупреждению циркуляции ложных сведений и дезинформации».

Проведенное в 2019 году исследование «Профессиональные установки российских журналистов на продвижение ценностей здорового образа жизни» показало, что основными мотивационными направлениями публикаций региональных СМК являются: (1) информационные – т.е. описание фактов без комментариев и мнений участников событий (49,7%); (2) мотивационные - побуждение читателя к участию в оздоровительных мероприятиях, выполнению рекомендаций медицинских работников (31,0%); (3) просветительские – т.е. опыт и советы по формированию самосохранительного поведения, разъяснение опасности вредных для здоровья привычек (19,1%). Почти половина всех публикаций (48,3%) была представлена в виде новостей, и, хотя формально посвящена данной проблематике, но, по сути, ее можно считать «латентно воздействующей на продвижение идеологии здорового образа жизни» (Фролова Т.И., Стрига Е.А., 2020).



Глобальные инициативы в сфере общественного здоровья немислимы без эффективных коммуникаций. Именно благодаря им удается влиять на жизненный стиль людей и тем самым снижать риск опасного сексуального поведения, помочь осознать ценность превентивных медицинских процедур и необходимость своевременного лечения (например, онкологических заболеваний), повышать приверженность пациентов рекомендациям медицинских специалистов.

Очень важно при проведении коммуникационных кампаний привлекать людей, чье мнение считается авторитетным – так называемые лидеры мнений. Публичный отказ таких лидеров от табакокурения, активное их участие в спортивных мероприятиях, вакцинации, диспансеризации является информационным поводом для средств массовой информации, становясь важным ресурсом коммуникации с жителями.

С другой стороны, безусловное доверие к средствам массовой информации (СМИ) при большом разнообразии печатных и электронных ресурсов чревато возможностью получить частично или полностью неверную информацию о здоровье и потенциальных угрозах для него. Решить задачу популяризации здорового образа жизни как нельзя лучше позволяет социальный маркетинг. В значительной мере изменить ситуацию может принципиально иное нормативно-правовое регулирование рекламы и коммуникационных кампаний, но для этого нужна долговременная работа с людьми, принимающими решения, политиками.

При формировании ГВЗ через социальные сети следует обратить внимание на методы, используемые активно в коммерческом секторе:

- повышение потенциала, необходимого для распространения информации в конкретной аудитории;
- использование средств data mining для оценки ГВЗ на популяционном уровне при помощи оценки открытой деперсонализированной информации в социальных сетях для последующего таргетирования популяционных вмешательств;
- создание социальных сред и стратегий, способствующих формированию ГВЗ;
- ориентация информации на конкретные целевые группы (таргетирование);

- сегментирование аудиторий;
- использование методов развлечения в сочетании с просвещением.

Например, в странах Латинской Америки, известных любовью населения к сериалам («мыльным операм»), иногда в контекст фильма включают дискуссии по важным вопросам общественного здоровья (о здоровом питании, отношении к табакокурению, алкоголю, предупреждении нежелательной беременности и т.д.).

Примеров эффективного влияния на ГВЗ через социальные сети уже немало. Например, общение и взаимоподдержка пациентов с одним и тем же заболеванием могут уменьшить нагрузку на медицинские организации. Недостаточность компетенций у участников таких сетевых сообществ могут минимизировать квалифицированные и компетентные модераторы. Так, известность получил веб-сайт, с помощью которого пациенты поддерживают друг друга в режиме онлайн, – Patients Like Me («Такие же пациенты, как я»).

Примером в области формирования ГВЗ подростков является также веб-сайт (Teen2Xtreme), который курируют Калифорнийский университет и компания Health Net, Inc (Teen2Xtreme, 2013). Пользователям сайта, в основном подросткам, зарегистрированным в социальных сетях, доступны материалы, созданные не только профессионалами, но и сверстниками молодых людей, включая конкурсы, игры, викторины, результаты опросов, блоги и видеоклипы. Среди важных тем – питание, фитнес, употребление психоактивных веществ, сексуальные отношения и многое другое. Причем в отличие от обычной практики, этот ресурс не создавался заново, а использовалась существующая платформа, привычная для общения молодых людей. Другим преимуществом стал вполне удобный и понятный подросткам интерфейс, «завернутый» в адаптированную для них и в значительной степени созданную самими подростками программу, мотивирующую к общению и вызывающую интерес у молодежи.

В РФ один из наиболее известных интернет ресурсов, который позволяет получить информацию о здоровом образе жизни, является портал <https://www.takzdorovo.ru/> – официальный Интернет-портал Министерства здравоохранения Российской Федерации.

С появлением смартфонов, планшетов и новейших компьютерных операционных систем стали популярными мобильные социальные

сети. Технологические инновации успешно использовали службы охраны здоровья Великобритании, разработав приложение, содержащее доказательные медицинские рекомендации. За несколько месяцев приложение скачали более 1 млн жителей. Очевидно, что в ближайшее время смартфоны и носимые гаджеты перевернут представления медицинской помощи и ее доступности, особенно если речь идет о больных, которым требуется постоянный контроль (например, при сахарном диабете, гипертонической болезни и других хронических состояний). Мобильные информационные устройства (телефоны, планшеты и т.д.) не только снижают расходы на здравоохранение, но могут стать незаменимым ресурсом повышению ГВЗ (Койчуева С.М., 2016). К методикам повышения уровня ГВЗ с использованием электронных устройств относится перевод медицинских терминов на язык понятный большинству граждан с минимальным (функциональным) уровнем ГВЗ. Так, в Мичиганском университете создан «Медицинский словарь на понятном языке», который находится в открытом доступе в сети Интернет и функционирует как приложение для смартфонов. В словаре представлено 1100 терминов с простыми синонимами или объясненных повседневным языком (ВОЗ, 2014; Амалаев К.Р. и соавт., 2018).

Социальные сети, помимо очевидной пользы в виде облегчения поиска необходимой информации, возможности поддержать других или получить поддержку самому, отличаются от традиционных СМИ более рискованным профилем. К таким рискам (а одновременно – и преимуществами) рассматриваемых средств связи относятся: наличие огромной аудитории, возможность практически немедленно «доставить» информацию, отсутствие контроля (право размещать информацию имеет любой человек), практически полное отсутствие механизмов управления, а также вероятность размещения дезинформации, взлома конкретных профилей в социальных медиа и на сайтах. Особенно это опасно в период эпидемий, когда фейковая (ложная) информация, часто пугающего характера, посредством социальных сетей распространяется с огромной скоростью, сея панику среди людей. А поскольку формат социальных сетей предполагает, что источник информации может не указываться, передаваемое сообщение часто подвергается вольной интерпретации. Что позволит сократить такие риски?

Развивать каналы информации можно с помощью уже имеющихся социальных медиа, которые пользуются доверием целевых групп жителей. Помимо прямого обучения ГВЗ, эти каналы могли бы ссылаться на веб-ресурсы, предоставляющие доказательную медицинскую информацию. Как пример можно привести российский ресурс <https://www.smokefreegussia.ru/>, предоставляющий достоверную информацию о проблемах, связанных с табакокурением.

Хотя особенностью социальных сетей является возможность задавать вопросы и комментировать размещенные материалы, однако модераторы должны следить за содержанием информации, исключать случаи оскорблений, размещения спама, нарушения авторских прав, разглашения врачебной тайны. Для этого требуется много времени и навыков, но эти функции могут после обучения взять на себя пациенты, в сомнительных ситуациях консультируясь со специалистами. Очень важно, чтобы носителями информации о здоровье были представители целевых групп.

Продемонстрируем особенности применения СМК на примере формирования и повышения уровня ГВЗ населения и, соответственно, удовлетворенности качеством решения проблем в сфере здравоохранения. Во-первых, отметим важность соблюдения принципа научной достоверности по отношению к транслируемой информации. Это особенно актуально на фоне отсутствия обратной связи с ее получателями. Типичным примером нарушения указанного принципа является ситуация с пандемией новой коронавирусной инфекции. В самом ее начале из-за противоречивости информации в обществе преобладали панические настроения. СМК пропагандировали введение полного локдауна, – «он поможет спасти систему здравоохранения от перегрузок». В результате, как мы знаем, к медицинским работникам, напротив, стали чаще обращаться граждане, не имеющие каких бы то ни было симптомов. Во-вторых, СМК необходимо придерживаться принципа системного подхода – учитывать при разработке информационных материалов влияние всех факторов внешней и внутренней среды, определяющих сложившийся стереотип самосохранительного поведения индивидов. Принцип межведомственного подхода предполагает в решении указанной выше задачи взаимодействие государственных и общественных организаций, использование наиболее

эффективных междисциплинарных методик, технологий формирования ГВЗ и общественного мнения о здравоохранении как социальном институте. Особая роль в этом процессе должна быть отведена волонтерским сообществам. Принцип лонгитудинальности предполагает, что участие СМК в повышении уровня ГВЗ и удовлетворенности населения качеством решения проблем в сфере здравоохранения должно носить всеобъемлющий характер. Разовые акции, отдельные информационные материалы имеют весьма ограниченное влияние на общественное мнение. Необходима многолетняя информационная кампания, направленная на изменение в целом негативного отношения граждан к медицинским работникам, деятельности медицинских организаций, системы здравоохранения и здравоохранению как социальному институту. С учетом принципа дифференцированности указанную информационную кампанию следует проводить с учетом особенностей возрастного состава населения, степени выраженности средовых, поведенческих, профессиональных факторов риска, сложившегося уровня популяционного здоровья. Влиянию СМК подвержены все без исключения группы граждан. Но необходимо помнить, что каждая категория получателей информации предпочитает свое СМК. Например, дети, молодежь, люди среднего возраста – глобальную сеть, граждане старшего возраста – радио и телевидение. Жители сельских поселений читают и доверяют районным газетам. Это «деление», конечно же, условное, но ориентироваться на него для выбора оптимального метода воздействия вполне рационально. Важна и форма подачи информации. Для молодежной аудитории это ток-шоу, дискуссионные клубы; для пожилых граждан - своеобразные «рецепты здоровья под запись». Принцип конструктивной стимуляции предполагает, что СМК должны заниматься не просто патерналистическим «просвещением и обучением», а мотивированием граждан ответственно относиться к состоянию своего здоровья на всех этапах жизни, формированием навыков ведения здорового образа жизни. Основным ресурсом в этом процессе должны стать внутренние мотивы граждан к укреплению и сохранению своего здоровья, активной долголетней жизни (Губачев Н.Н, 2020).

В анализе роли СМК в повышении уровня ГВЗ и удовлетворенности населения качеством решения проблем в сфере здравоохране-

ния важно мнение профессионального журналистского сообщества. В качестве эксперта при подготовке данного раздела методических рекомендаций авторами был приглашен архангельский журналист С. Незговоров, имеющий большой опыт работы с системой здравоохранения. По его мнению, для того, чтобы граждане доверяли информации, которую СМК транслируют с целью пропаганды здорового образа жизни, необходимо, чтобы эта информация была подана спикером «доступным языком». Больше доверия у пациентов вызовет информация, переданная знакомым медицинским работником. Важно, чтобы это был практикующий врач. Даже если его имя неизвестно всем пациентам, они должны увидеть его, например, на стенде с графиком приема специалистами в поликлинике. Этот прием использовался издателями районных газет «Земский доктор» и «Плесецкий медик» (Архангельская область). Информация, передаваемая СМК, может быть навязчивой, но никогда не раздражающей (примером служит пропаганда вакцинации от COVID-19 в ряде медицинских организаций). Спикеру (часто это наиболее «популярный» в медицинской организации врач) следует использовать все каналы передачи информации. Если, например, пациент убежден в пользе биодобавок, а не лекарственных препаратов, ему не стоит в жесткой форме указывать на его неправоту. Любое выступление в СМК должно быть заранее подготовлено, содержать четкое обоснование основной идеи (например, метода лечения и т.д.). Принцип «ДОКАЖЕТЕ – ПОБЕДИТЕ» работает всегда. Практика показала, что наибольшей силой внушения на человека имеет конкретный пример или ссылка на то, что «Так делает большинство» (вспомните «хиты продаж» в любом магазине). Следует более часто использовать т.н. корпоративные способы передачи информации (экраны в коридорах, листовки, газеты и т.д.), а также социальные сети.

По мнению С. Незговорова, медицинским учреждениям с целью улучшения общественного мнения о здравоохранении важно соблюдать следующие правила работы с СМК:

1. Необходимо разработать и строго придерживаться плана взаимодействия с СМК; указанный план должен быть конкретным и, в то же время, гибким, поддаваться корректировке. Лучше всего (кроме экстренных случаев) обращаться к ограниченному числу подходящих

по тематике печатных и Интернет-изданий, учитывать местную специфику, а также помнить о сроках предоставления информации, поскольку все СМИ имеют издательский план.

2. Не следует отказывать журналистам в предоставлении информации. Статья 39-я Федерального закона Российской Федерации от 27.12.1991 N 2124-1 «О средствах массовой информации» дает право редакциям «...запрашивать информацию о деятельности государственных органов, органов местного самоуправления, организаций, общественных объединений, их должностных лиц...» «...как в устной, так и в письменной форме...». Статья 40-я того же закона определяет условия, при которых могут быть даны отказ и отсрочка в предоставлении информации. Передаваемые в СМИ сведения должны быть достоверными. От этого зависит качество взаимоотношений организации с СМИ, уровень доверия между ними и, в итоге, сформированное под влиянием СМИ общественное мнение о здравоохранении как социальном институте.

3. Если произошло негативное событие, должностным лицам организации следует сообщить о нем СМИ первыми, чтобы у журналистов не было возможности исказить информацию в дальнейшем. Опыт также подсказывает, что аудитория, знакомая только с положительными сторонами тех или иных событий, легко убеждается в обратном с помощью простейших контраргументов. Переубедить общественность, знакомую с разными аспектами явления, очень трудно.

4. Передавать информацию СМИ должен один представитель организации – специалист по связям с общественностью или пресс-секретарь. Этот человек должен быть доступен для СМИ в любое время суток.

5. Любая предоставляемая СМИ информация должна восприниматься должностными лицами организации как важная; ее следует сопровождать объяснениями и комментариями. Узкопрофессиональных терминов лучше избегать.

6. К встрече с журналистами представитель организации должен подготовиться заранее. Следует продумать ответы на все возможные вопросы. Отвечать журналистам лучше всего на те вопросы, ответы к которым уже подготовлены; ответ «без комментариев» совершенно неприемлем. Если представитель организации не может ответить на

той или иной вопрос, необходимо объяснить журналистам причину. Например, указать, что в настоящий момент нет необходимой информации. Если ранее журналистам были обещаны дополнительные сведения, их обязательно следует представить в обозначенный срок.

7. Не стоит возмущаться на вопросы журналистов, спорить с ними. Лучше привести ряд объективных аргументов, конкретных примеров или использовать подходящие аналогии.

8. Наиболее важные факты следует сообщить в первую очередь. Материалы для телевизионного эфира и печати, скорее всего, будут редактироваться и сокращаться.

9. Исправлять ошибки журналиста нужно аккуратно. На незначительные ошибки лучше вообще не обращать внимания. Однако, если допущены серьезные ошибки, их следует обсудить с редактором или самим журналистом, готовившим материал. В ряде случаев можно написать письмо в редакцию, которое обязательно должно содержать дату и страницу исходной статьи, указать на неправильную информацию, которая была напечатана, дать правильную информацию, привести имя и должность автора письма.

10. Следует помнить, что важное значение имеет не только то, что говорит респондент, но и окружающая его обстановка. Зрители наблюдают за респондентом, оценивают его слова, а также позу, одежду, мимику и проч.

Резюмируем вышесказанное: влияние СМК на общественное мнение заключается в том, что одно и то же событие в информационном мире может легко приобрести любое содержание.

В настоящее время Интернет играет большую роль в получении людьми медицинской информации, связанной со здоровьем. Еще в 2011 году Car J. и соавт. провели систематический обзор с целью оценки влияния на медицинскую грамотность онлайн-обучения людей поиску и использованию медицинской информации в Интернете. Были обнаружены статистически значимые положительные эффекты в группе вмешательства для таких исходов как самоэффективность в поиске информации, навыки оценки информации, количество обсуждений полученной информации с лечащим врачом. Принятие решения, связанного с выбором наиболее оптимального варианта лечения или диагностики, может быть затруднительным для пациентов (Car J., 2011).



Одним из механизмов повышения медицинской грамотности является разработка и использование информационных вспомогательных материалов. В систематическом обзоре, проведенном Stacey D, Legare F и соавт., изучалась эффективность информационных вспомогательных материалов для пациентов, которым предстояло принятие решения по поводу выбора метода лечения или диагностической процедуры (Stacey D., 2014). Авторы обзора пришли к следующим выводам: использование вспомогательных информационных средств для пациентов улучшает их знания относительно вариантов лечения/диагностики, пациенты чувствуют себя информированными, имеют более точные ожидания относительно возможной пользы/вреда предстоящих вмешательств, в большей степени принимают участие в принятии решений. Все это улучшает взаимодействие между врачом и пациентом.

Медицинская грамотность является ключевым фактором коммуникации между медицинскими работниками и пациентами. Одним из недостаточно изученных является обучение медицинских работников навыкам коммуникации с пациентами с ограниченной медицинской грамотностью. Тем не менее, такое обучение приносит положительные результаты. В исследовании Coleman SA и соавт. в результате 3,5 часового обучения, направленного на улучшение коммуникации с такими пациентами, средние оценки улучшились по всем 12 областям знаний, навыков и поведения. Положительные результаты были получены при обучении медицинских сестер навыкам оценки письменной медицинской информации, коммуникации, простого языка (Coleman C.A., 2018).

Превентивные программы на рабочем месте являются эффективным инструментом повышения медицинской грамотности и изменения поведения в отношении здоровья работающего контингента населения. Такие программы могут охватывать основные аспекты управления здоровьем: питание, физическая активность, профилактика болей в спине. Применение компьютерных программ позволяет разрабатывать персонализированные и гибкие вмешательства. Пропаганда здорового образа жизни, особенно среди молодежи, с помощью инновационных технологий является актуальным направлением научных исследований в современном мире. В частности,

разработка и применение мобильных приложений для смартфонов позволяет повысить уровень медицинской грамотности молодого поколения.

В систематическом обзоре de Jongh T и соавт. оценивали эффективность использования СМС в целях управления хроническими заболеваниями, такими как артериальная гипертензия, бронхиальная астма, сахарный диабет. У пациентов с сахарным диабетом улучшались показатели самоконтроля гликемии. При изучении роли СМС для профилактической медицины наибольшую эффективность данный метод показал для борьбы с курением. Также примером может быть использование СМС, содержащих информацию о потреблении соли и натрия, пищи с высоким содержанием жиров и углеводов, употреблении фруктов и овощей, физической активности для профилактики артериальной гипертензии.

Самообразование пациентов является ключевым фактором ведения лиц с сахарным диабетом. Эффективной формой медицинской коммуникации для вовлечения молодого поколения в процесс укрепления здоровья стали социальные маркетинговые кампании. Цели кампании включали продвижение роли здоровья и гражданскую вовлеченность. Были получены, в том числе, доказательства эффективности вмешательств по изменению поведения для умеренного снижения уровня гликированного гемоглобина у пациентов с сахарным диабетом 2 типа. В систематическом обзоре по диабетическому самообразованию сделано заключение, что в развивающихся странах образовательные программы были эффективны в краткосрочном (менее 9 месяцев) периоде, но нуждались в доработке, чтобы соответствовать культурным аспектам целевой группы.

В настоящее время в мире применяется инновационный метод обучения и социальной адаптации взрослых по системе REFLECT, популяризованный Пауло Фрейре. Данный подход предусматривает разработку обучающего материала и видом деятельности самими обучаемыми в контексте социально-экономической и политической ситуации, что делает отработку навыков тесно связанной с повседневной жизнью.

## 2.9. Грамотность в вопросах здоровья и неинфекционные заболевания

Основные четыре типа хронических неинфекционных заболеваний (сердечно-сосудистые, онкологические, хронические респираторные заболевания и сахарный диабет) (ХНИЗ) занимают лидирующие позиции в структуре заболеваемости и смертности населения и представляют угрозу для социально-экономического развития в мире (ВОЗ, 2021).

В РФ смертность населения от основных ХНИЗ остается на высоком уровне и составляет 67,6% от общей смертности (Стратегия формирования здорового образа жизни населения, профилактики и контроля неинфекционных заболеваний на период до 2025 года). Результаты популяционного исследования «Эпидемиология сердечно-сосудистых заболеваний и их факторов риска в регионах Российской Федерации» (ЭССЕ-РФ) (Шальнова С.А. и др., 2018) показывают значимую распространенность факторов риска НИЗ у населения РФ. Так, распространенность курения составила 23,5%, употребление алкоголя – 73,2% умеренно и 3,8% – избыточно, недостаточное употребление свежих овощей и фруктов – 41,9%, а распространенность недостаточной физической активности – 38,8% (Баланова Ю.А. и др., 2014).

Многочисленные исследования продемонстрировали роль ГВЗ в отношении основных неинфекционных заболеваний. В частности, ГВЗ играет важную роль в управлении хроническими заболеваниями (Sørensen K. и соавт., 2015; Pelikan J.M., Ganahl K., 2017; Pelikan J.M. и соавт., 2018). Взгляд на профилактику и лечение хронических заболеваний через «призму» грамотности в вопросах здоровья несет понимание сложностей и препятствий, с которыми люди сталкиваются при возникновении НИЗ и с пониманием того, как управлять ими, чтобы улучшить свое состояние и расширить свои возможности. Управление хроническим заболеванием требует навыков навигации (ориентирования) в системе здравоохранения, заполнения форм, поиска и обмена информацией, поиска и выбора медицинских организаций, специалистов и услуг, формирование приверженности к терапии и приему лекарств. Зачастую в применении этих навыков посредническую роль играет наличие социальной поддержки, а именно друзей,

семьи, соседей, членов сообщества, к которым человек может обратиться в сложной ситуации за психологической, физической и финансовой помощью (Kickbusch I. и соавт., 2013). Исследования показывают взаимосвязь ГВЗ с наличием социальной поддержки и ее влияние на наличие и прогрессирование ХНИЗ. Так, люди с лучшей социальной поддержкой с меньшей вероятностью имеют ХНИЗ и лучше оценивают свое здоровье, ведут более здоровый образ жизни, лучше соблюдают режим лечения, физической активности, режим питания и легче отказываются от курения. Стоит отметить, что эффект от социальной поддержки различается в зависимости от возраста, пола, социально-экономического статуса человека и социальных отношений (Uchino V.N., 2006).

Исследования продемонстрировали связь между низким уровнем ГВЗ и плохими показателями здоровья, более низкой самооценкой здоровья (Sørensen K. и соавт., 2012;), менее эффективным использованием услуг системы здравоохранения (Vandenbosch J. и соавт., 2016) и с основными факторами риска возникновения ХНИЗ, в частности, в основном с нерациональным питанием и недостаточной физической активностью, то есть образом жизни людей.

Таким образом, повышение ГВЗ представляет собой развитие у людей способности не только понимать, но и действовать в соответствии с информацией об образе жизни и улучшать навыки управления здоровьем для снижения риска возникновения хронических заболеваний и лучшего управления ими, если они возникнут. Выявлена ассоциация между культурой и грамотностью в вопросах здоровья при хронических заболеваниях на всех этапах жизни. В профилактике хронических заболеваний культура человека является решающим фактором образа жизни, в частности питания, физической активности и употребления табака (Levin-Zamir D. и соавт., 2017). Такие задачи могут быть особенно сложными для иммигрантов при переезде в другую страну с новой системой здравоохранения, а зачастую и с новой культурой. Языковые барьеры и социальные трудности, с которыми они сталкиваются, часто усугубляются культурными особенностями, экономическими проблемами и ограниченным доступом к услугам здравоохранения. Для того, чтобы выявлять эти проблемы, необходимо регулярно измерять ГВЗ на популяционном уровне в разных

группах населения с целью выявления и сокращения социального неравенства.

Программы по улучшению ГВЗ среди пациентов с ХНИЗ реализуются и в европейских странах, и Российской Федерации. В Великобритании, например, существует программа «Пациент-эксперт». Ее особенность заключается в том, что пациенты сами руководят группами поддержки и взаимопомощи, а значит хорошо разбираются в нуждах хронических пациентов. Данные программы предусматривают групповые курсы по управлению болезнью. Длительность курса составляет примерно 2-3 месяца. Ведут занятия пациенты, живущие с данным заболеванием и имеющие соответствующую подготовку. Посещать курсы могут как пациенты, так и члены их семей. В качестве методического материала модераторы используют специально подготовленные пособия. Контроль эффективности таких программ показывает их положительное влияние на течение заболевания, снижение частоты осложнений и рецидивов, а также на качество жизни пациентов-хроников (Devine С.М. и соавт., 2006).

В литературе имеются примеры реализации комплексных проектов по повышению ГВЗ. Так, в британском проекте, посвященном теме здорового питания, участвовали взрослые жители Соединенного Королевства с низким социально-экономическим статусом. В ходе индивидуального консультирования жителям предлагалось следовать трем правилам: 1) уменьшить количество жиров в рационе, 2) увеличить потребление фруктов, овощей и 3) повысить уровень физической активности. Консультировались участники проекта дважды. Первичная консультация длилась 30-45 минут, повторная 15-30 минут. Контроль эффективности проекта проводился через полгода и год после консультирования. Выяснилось, что предложенный проект не был результативным.

В то же время другая программа по формированию здорового образа жизни у социально незащищенных категорий людей старше 50 лет в Голландии предусматривала проведение акций, направленных на улучшение физической подготовки и здоровья пожилых людей. Она включала профилактику несчастных случаев и бытового травматизма, вакцинацию, борьбу с табачной зависимостью, модификацию питания, повышение уровня физической активности и т.д.

В качестве кураторов программы были приглашены авторитетные для участников сверстники. Продолжительность проекта составила 20 недель по 2 часа в неделю. Во время занятий под руководством подготовленных лидеров участников проекта учили готовить здоровую пищу, при этом особое внимание уделялось обеспечению доступности полезных продуктов для людей с низким материальным уровнем. В результате объективной независимой оценки результатов проекта была доказана польза от изменения пищевого поведения участников, повышения уровня их физической активности и вакцинации против гриппа. Выяснилось, что пожилые люди более мотивированы к ведению здорового образа жизни и к волонтерской деятельности.

## **2.10. Программы по повышению приверженности пациентов медикаментозному лечению**

Лекарственная терапия — это наиболее распространенное вмешательство для профилактики и лечения заболеваний, однако применение фармакотерапии сопряжено с рисками, и непреднамеренное неправильное использование может привести к утяжелению заболевания, его прогрессированию и другим неблагоприятным последствиям. Пациенты часто испытывают трудности с правильной интерпретацией медицинской информации и инструкции на этикетке рецептурного препарата; пожилые пациенты, пациенты, принимающие несколько препаратов и пациенты с ограниченной ГВЗ подвержены относительно большому риску испытывать эти трудности и впоследствии совершать ошибки при приеме лекарств.

Множество факторов, таких как излишне сложные и разнообразные инструкции, могут способствовать неправильному пониманию пациентами этикеток. Ряд исследований демонстрируют вариативность интерпретации назначений врача фармацевтами и пациентами (Институт медицины, 2004).

Приверженность лечению может быть определена как «степень соответствия действий пациента врачебным рекомендациям» (NICE, 2009), или «степень, в которой пациенты принимают лекарства в соответствии с предписаниями медицинских работников» (Osterberg и Blaschke, 2005). Высокая приверженность приему лекарств ассоциируется с более высокой вероятностью благоприятных исходов

(Simpson и соавт., 2006; Cramer и соавт., 2008), при этом риск летального исхода для пациентов, которые придерживаются терапии, примерно в два раза ниже, чем для тех, кто не придерживается (Cramer и соавт., 2008).

Низкая приверженность лечению — это упущенная возможность для улучшения здоровья, повышения качества жизни. Она оказывает влияние не только на самого пациента, но и другие заинтересованные стороны (медицинскую организацию, работодателя, страховые медицинские организации и т.п.). Экономические последствия низкой приверженности лечению включают увеличение нагрузки на службу здравоохранения, снижение производительности труда, увеличение сроков временной нетрудоспособности, негативное влияние на валовой внутренний продукт. Низкая приверженность к приему лекарств является существенным препятствием для успешного лечения и представляет собой проблему для медицинских работников (Miller и соавт., 1997).

Междисциплинарная команда медицинских работников, формирующих приверженности приему медицинских препаратов, состоит из врача, который ставит диагноз, рекомендует и назначает терапию, если она показана; фармацевта, который оценивает инструкции, предоставленные врачом в виде рецепта, для подготовки и выдачи лекарства и администратора, который выдает лекарство пациенту, в роли последнего обычно выступает либо сам пациент, либо его родственники. Было бы неверно предполагать, что как только пациент получит лекарство, он/она будет слепо следовать инструкциям. Существует множество факторов, которые могут повлиять на готовность и способность следовать данным рекомендациям. К ним можно отнести характер заболевания, его продолжительность, сложность режима приема препаратов и человеческие факторы (Sabaté, 2003).

Для повышения вероятности положительных результатов для пациента посредством соблюдения режима приема лекарств, медицинские работники должны понимать и контролировать индивидуальные убеждения и отношение пациентов к приему лекарств (Kripalani и соавт., 2007). Эти убеждения и установки формируются в раннем возрасте, независимо от пола, и могут оказывать положительное или отрицательное влияние на приверженность приему лекарств. Не-

гативное влияние побочных эффектов, сложности схемы лечения и полипрогмазии (пять и более лекарств) на приверженность приему лекарств неоднократно подтверждались в различных исследованиях на группах пациентов различного возраста с различными заболеваниями. Упрощение схем приема лекарств, визуальные подсказки, напоминания и наглядные пособия могут быть использованы для смягчения последствий усложнения режима приема лекарств и, как следствие, повышения приверженности лечению. Обязанностью медицинского работника является оценка того, что пациент обладает всеми необходимыми материалами, информацией и знаниями для соблюдения плана лечения, а также необходимость пересмотра, контроля и изменения этого плана по мере необходимости и в соответствии с конкретными потребностями пациента.

Основными подходами к повышению приверженности пациентов являются следующие:

1. Понять поведение каждого пациента при приеме лекарств. Спросите пациентов, испытывают ли они трудности с наполнением, приемом или оплатой своих лекарств. Например, спросите: «Какие из назначенных Вам лекарств Вы принимаете?» или «Я знаю, что Вам должно быть трудно регулярно принимать все лекарства. Как часто Вы пропускаете их прием?». Необходимо создать атмосферу, свободную от обвинений, чтобы пациенты чувствовали себя комфортно и могли говорить открыто и честно.

2. Говорите о побочных эффектах. Пациенты, столкнувшиеся с побочными эффектами, с меньшей вероятностью прекратят прием лекарства, если они заранее знают о возможных побочных эффектах. Врачам необходимо рассказать о возможных побочных эффектах и объяснить, как предотвратить неблагоприятную реакцию на лекарство. Какова вероятность возникновения этих побочных эффектов, проходят ли они обычно без вмешательства, и как изменится план лечения, если они не пройдут? Попросите пациентов повторить наиболее важные моменты и дайте им возможность задавать вопросы.

3. Запишите информацию для пациента. Многие пациенты не запоминают устные инструкции, поэтому важно записывать информацию. Например, предоставляйте календари приема лекарств, карточки с таблетками, расписания или схемы, в которых указано, когда и



как принимать лекарства. Можно разрешить пациенту записать Ваши рекомендации на диктофон.

4. Сотрудничайте с пациентами. При назначении препаратов необходимо обсудить с пациентами их «типичный день». Это необходимо, чтобы пациенты понимали, как терапия изменит их распорядок дня. Обсудите, в какое время дня пациенту лучше всего принимать лекарства. Если к лекарству не прилагаются конкретные инструкции (например, принимать одну таблетку утром), проведите с пациентом мозговой штурм. В идеале, это должно быть время, когда пациент знает, что он не будет занят другими делами и отвлекаться. Например, если утро загружено домашними хлопотами, лучшим вариантом будет вечернее время, чтобы пациент не забыл.

5. Учитывайте финансовое бремя для пациента. Если пациенты не могут позволить себе лекарства, они могут просто перестать их принимать или ограничить их количество. В этой связи возможной тактикой будет переход на аналоги из числа недорогих непатентованных лекарственных препаратов.

6. Оцените ГВЗ. Степень, в которой люди способны получать, обрабатывать и понимать основную медицинскую информацию и услуги - является социальным фактором здоровья, который может значительно повлиять на соблюдение пациентом режима приема лекарств. Используйте описанные выше инструменты для оценки медицинской грамотности и определения соответствующих вмешательств, чтобы пациенты понимали, когда, как и зачем принимать лекарства. Медицинские работники не должны считать, что пациенты все понимают.

7. Уменьшение сложности схемы приема лекарств повышает вероятность того, что пациенты будут принимать лекарства правильно. Например, одним из способов сделать это является прием комбинированных препаратов. Другой способ - назначение лекарств с однократным ежедневным приемом вместо нескольких доз в день.

8. Контроль действий пациента. Приверженность лечению может повышаться путем отправки напоминания о приеме лекарств по СМС, электронной почте, прямой рассылке. Важным является проведение повторных приемов для обсуждения соблюдения режима приема лекарств. Необходимо убедиться в том, что пациенты понимают, почему им необходимо принимать лекарства по назначению врача даже при отсутствии симптомов.

10. Использование современных технологии. Например, электронные устройства для приема лекарств (например, автоматические дозаторы таблеток, коробки для таблеток, таймеры и часы с будильником) могут помочь улучшить соблюдение пациентами режима приема лекарств. Коробка для таблеток с Bluetooth может даже отправлять врачам сообщение об удаленном мониторинге каждый раз, когда пациент открывает коробку для таблеток. Это дает врачам информацию, которую они могут использовать для выявления проблем с соблюдением режима приема лекарств.

Далее мы рассмотрим особенности формирования и поддержания приверженности к лечению у различных групп пациентов с ХНИЗ.

#### *Болезни системы кровообращения*

Приверженность рекомендациям врача и медикаментозному лечению является ключевым фактором в предотвращении прогрессирования ИБС, которая остается одной из основных причин смерти и инвалидности среди взрослых во всем мире, несмотря на улучшение прогноза для кардиологических пациентов за последние несколько десятилетий. Несмотря на убедительные доказательства, подтверждающие важность приверженности, несоблюдение режима лечения представляет собой распространенную и значительную проблему общественного здравоохранения среди пациентов. Так, примерно 25% пациентов после чрескожных вмешательств имеют как минимум два модифицируемых сердечно-сосудистых фактора риска, но только около 50% пациентов с ИБС изменяют образ жизни. Особенно низкой является приверженность к физической реабилитации, особенно после выписки из больницы.

Возможными стратегиями по повышению приверженности лечению для этой группы пациентов могут быть следующие:

- Установить взаимодействие с пациентом
- Узнать убеждения пациента, определить области, которые пациент считает важными и в которых он чувствует себя уверенно в плане соблюдения. Если у пациента отсутствуют четкие убеждения для соблюдения рекомендаций врача, можно применить стратегию обсуждения «за и против». При низкой уверенности можно применить стратегию мозгового штурма решений или оценку «типичного дня».
- Непрерывность ухода, которая позволяет развивать уверенность.

Поддержка членов семьи, медсестер и врачей, результаты лечения, ответственность, страх осложнений и непрерывность ухода могут также повысить приверженность к долгосрочному лечению.

По результатам ряда исследований только 50% пациентов с гипертонией проходят медикаментозное лечение, и только 50% из них имеют контролируемое артериальное давление; 50% пациентов с гипертонией прекращают прием препарата в течение первого года. Таким образом, показатель приверженности в данной группе составляет менее 50%. Чем сложнее терапевтический режим, тем ниже приверженность. В то же время удовлетворенность пациентов, возникающая в результате установления отношений и сопереживания с врачами, связана с приверженностью к приему лекарств среди пациентов с гипертонией.

Возможными стратегиями в этой группе пациентов могут быть:

- Оценка индивидуального риска в отношении сердечно-сосудистых заболеваний.

- Использование наглядных шкал риска и калькуляторов для широкого круга групп пациентов и клинических условий.

- Оценка «типичного дня» для определения того, как прием препарата вписывается в жизнь пациента (например, прием диуретика может мешать деятельности в течение дня или доставлять дискомфорт ночью).

- Упрощение терапевтической схемы. Например, использование фиксированных комбинаций препаратов в одной таблетке, если пациент поддерживает адекватный контроль, или, в случае плохого контроля артериального давления, можно предпочесть замену одного препарата на новый вместо того, чтобы добавлять новый препарат к предыдущему.

- Автоматический мониторинг артериального давления, который может позволить пациенту лучше осознавать последствия соблюдения или несоблюдения режима и сделать его более ответственным.

- Уточнение программы пациента и тех областей, которые он считает важными и в которых он чувствует себя уверенно в плане соблюдения. В случае низкой важности для соблюдения правил можно использовать технику обсуждения «плюсов и минусов» соблюдения приверженности рекомендациям врача.

- Поддержание непрерывности лечения и доверия к врачу.

### *Дислипидемия*

Каждый шестой пациент с дислипидемией не следует рекомендациям врача. В связи с тем, что состояние протекает бессимптомно, это обычно затрудняет восприятие риска пациентами. С другой стороны, лекарственная терапия в таких случаях является пожизненной, что в некоторых случаях может стать существенной статьёй расходов.

В этой группе пациентов возможны следующие стратегии:

- Нельзя создавать впечатления, что препарат заменяет необходимость диеты, физических упражнений и отказа от курения.
- Постоянный «обмен информацией» между врачом и пациентом, применение стратегии обратной связи с врачом.
- Вовлечение пациента в принятие решения о назначении медикаментозного лечения (которое, как правило, является пожизненным). Это может потребовать использования инструментов для информирования о риске или техники оценки «за и против» соблюдения режима.

### *Сахарный диабет*

У пациентов с сахарным диабетом смертность почти в два раза выше, чем у людей аналогичного возраста без диабета, при этом у большинства пациентов с диабетом плохой гликемический контроль. Кроме того, заболевание может протекать бессимптомно, а терапевтическое вмешательство может потребовать изменения глубоко укоренившихся привычек в определенных условиях, что затрудняет соблюдение режима.

Возможными стратегиями для решения этой проблемы и улучшения приверженности для этой группы пациентов могут быть следующие:

- Установление устойчивого контакта между врачом и пациентом.
- Уточнение восприятия болезни и необходимости медикаментозного лечения пациентом, его установку на лечение. При низкой важности соблюдения пациентом режима можно использовать технику оценки соблюдения режима «за и против».
- Оценка «типичный день», чтобы понять влияние болезни на жизнь пациента (прием пищи, работа, физические упражнения и т.д.)
- Обмен информацией между врачом и пациентом, возможно с использованием инструментов оценки риска
- Самоконтроль как метод управления заболеванием, а также ре-

шение об индивидуальных целях (возраст, индивидуальные ситуации и т.д.)

*Заболевание, вызванное вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ)*

Установлена однозначная связь между соблюдением режима лечения и уровнем РНК ВИЧ, количеством CD4 и смертностью. Для поддержания вирусологической супрессии необходим уровень приверженности более 95%, однако 50-60% пациентов не достигают этого показателя. Кроме того, схема медикаментозного лечения сложна, часто встречаются сопутствующие вирусные инфекции, и болезнь оказывает большое влияние на жизнь пациентов. Во всем мире показатели неприятия лечения варьируются от 33% в Америке, 12% в Европе до 39-79% в Африке. Низкая приверженность лечению снижает иммунологические преимущества антиретровирусных препаратов (АРВ), что предрасполагает пациентов к оппортунистическим инфекциям, повышает риск развития лекарственной устойчивости и передачи ВИЧ.

Факторы на уровне пациента, способствующие отказу от антиретровирусной терапии (АРТ), включают забывчивость, усталость и безнадежность, отсутствие симптомов и тяжесть заболевания. Кроме того, отсутствие поддержки со стороны партнера, негативное отношение к препаратам АРТ и отсутствие времени из-за занятости подрывают приверженность АРТ. Стигматизация и дискриминация в сочетании с давлением семьи, регулярной сменой места жительства и религиозными убеждениями влияют на отказ от АРТ.

Сообщается, что основной причиной отказа от АРВ-препаратов является боязнь раскрытия ВИЧ-статуса для предотвращения возможной стигматизации и дискриминации. Следовательно, необходимо использовать стратегии, обеспечивающие сохранение приватности и конфиденциальности.

Возможные стратегии для повышения приверженности лечению в группе таких пациентов следующие:

- Установление устойчивого контакта между врачом и пациентом.
- Знать повестку дня пациента и знать важность и уверенность пациента в соблюдении требований. Если уверенность в соблюдении требований низкая, возможно, целесообразно использовать технику мозгового штурма.

- Знать «типичный день» пациента, чтобы оценить, как подходит лекарство, а также подготовить пациента к возможным побочным эффектам и тому, как они могут повлиять на повседневную жизнь и как с ними бороться.

- Постоянный обмен информацией между врачом и пациентом, включая предоставление врачом обновленной информации по лечению и возможным побочным эффектам.

#### *Заболевания желудочно-кишечного тракта*

Необходимо учитывать, что около 40% неудач в эрадикации *Helicobacter pylori* связаны с несоблюдением режима лечения. С другой стороны, ингибиторы протонной помпы являются во многих странах самой продаваемой фармакологической группой.

Возможными общими стратегиями для улучшения приверженности в группе пациентов с заболеваниями органов пищеварения являются:

- Обмен информацией между врачом и пациентом и согласование принятия решений.

- Оценка важности, которую пациент придает соблюдению режима лечения, и его уверенности в его достижении. В случае, если пациент придает низкое значение приверженности к лечению, можно использовать технику «за и против»; в случае низкой уверенности в достижении комплаенса можно провести мозговой штурм.

#### *Психиатрические заболевания*

Эта группа заболеваний может снижать способность пациента принимать лекарства из-за нарушений памяти, когнитивных и эмоциональных расстройств, а также изменения распорядка дня. Кроме того, они обычно вызывают стигматизацию, и прием лекарств может напоминать пациенту об этом. С другой стороны, это хронические, рецидивирующие заболевания, а особенностью их терапии является сравнительно высокая частота побочных эффектов.

Возможными стратегиями для улучшения приверженности у этой группы пациентов могут быть:

- Изучение восприятия болезни для оценки возможностей соблюдения режима; например, соблюдение режима маловероятно у пациента с гипоманией, который не считает себя больным, или у пациента с депрессией. Такое изучение восприятия болезни можно провести с помощью приемов «типичного дня» или «за и против».

- Использование практических напоминаний, включая активное вовлечение семьи для содействия достижению приверженности.

- Оценка важности, которую пациент придает соблюдению режима, и его уверенности в его достижении. Если уверенность низкая, можно использовать технику мозгового штурма.

#### *Бронхиальная астма и хроническая обструктивная болезнь легких*

Распространенность астмы среди детей в развитых странах составляет 10%, и она является причиной значительного отрыва от учебы и работы. Использование бронхолитиков несмотря на то, что существуют различные методы их применения, может быть трудным для многих пациентов, что ведет к снижению приверженности по разным оценкам от 20 до 70%. Часть исследователей сообщает о 30-процентном уровне несоблюдения рекомендаций врача.

Количество назначенных классов респираторных препаратов, количество респираторных препаратов по последнему рецепту, количество доз в день, вакцинация (пневмококковая, гриппозная) и использование электронного устройства для запоминания времени приема лекарства значительно связаны с приверженностью лечению.

Они могли бы стать стратегиями для улучшения приверженности в этой группе пациентов:

- Изучение представлений пациента о его заболевании и лекарствах.

- Обмен информацией между врачом и пациентом и согласование принятия решений.

#### *Заболевания почек*

Несоблюдение режима лечения может оказать пагубное влияние на здоровье диализных пациентов, повысить смертность, заболеваемость и увеличить использование медицинских услуг и стоимость госпитализации. Социально-демографические факторы, финансирование здравоохранения, культурные убеждения, нагрузка на лиц, осуществляющих уход, и факторы системы здравоохранения влияют на соблюдение режима лечения у этой группы пациентов.

Понимание этих факторов может помочь терапевту разработать стратегии, способствующие приверженности и улучшению самочувствия диализных пациентов.

### *Пожилые люди*

Пожилые пациенты представляют собой очень важную группу из-за своей численности и наличия мультиморбидности и полифармации, высокой частоты взаимодействия лекарств и развития побочных эффектов терапии, метаболических изменений, характерных для возраста, а также изменений в ощущениях и когнитивных нарушений.

Возможные стратегии для повышения приверженности у этой группы пациентов следующие:

- Изучение представлений пациента о его заболевании и лекарствах.
- Упрощение лечения.
- Практические приспособления/системы/девайсы для подготовки к приему лекарств в отношении дозы, графика уколов и т.д., такие как будильники, дневники и т.д.
- Непрерывность ухода, позволяющая развивать доверие, и, возможно, использование доброжелательного патернализма
- Составление программы действий пациента: изучение его восприятия болезни, оценка значения, которое пациент придает соблюдению режима лечения, и его уверенности в его достижении.
- При низкой уверенности можно использовать технику «мозгового штурма» или «типичного дня», чтобы определить, как прием лекарств вписывается в жизнь пациента.

## **2.11. Меры по повышению грамотности в вопросах здоровья, которые могут предприниматься на национальном уровне**

Имеющиеся данные свидетельствуют о том, что организационные меры по повышению ГВЗ на национальном уровне создают благоприятные условия и способствуют расширению прав и возможностей населения, профилактике, контролю ХНИЗ и укреплению здоровья, а также сокращению социальной несправедливости, особенно в отношении уязвимых групп населения (ВОЗ, 2016; Лопатина М.В., Драпкина О.М., 2018). Проведенный обзор и анализ существующих мер политики, национальных стратегий и программ, направленных на повышение ГВЗ выявил, что из 194 государств-членов ВОЗ в 10 странах



разработана национальная стратегия / программа по ГВЗ: Австралия, Германия, Ирландия, Канада, Китай, Новая Зеландия, Сингапур, Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии, Соединенные Штаты Америки, Таиланд, а в 9 странах ГВЗ включена в национальную стратегию по профилактике и контролю ХНИЗ: Австралия, Австрия, Бутан, Гана, Китай, Мьянма, Непал, Швейцария, Франция (Лопатина М.В., Драпкина О.М., 2018).

В некоторых странах ГВЗ включена в национальные программы или планы действий по отдельным ХНИЗ, например, по сердечно-сосудистым заболеваниям (Нидерланды) или сахарному диабету (Япония, Камерун), для отдельных групп населения (в Германии – для пожилых людей и молодежи, в Швеции и Австрии – для иммигрантов) (Лопатина М.В., Драпкина О.М., 2018). Общими характеристиками существующих национальных программ по повышению ГВЗ населения являются:

1. Меры по повышению ГВЗ являются одним из приоритетных направлений по укреплению здоровья населения, профилактики и борьбы с ХНИЗ.

2. ГВЗ представляет собой результат целенаправленных действий по снижению факторов риска ХНИЗ, укреплению здоровья и непосредственному вовлечению населения в разработку и реализацию этих мер.

3. Национальные программы за редким исключением включают оценку эффективности предпринимаемых мер и проведение регулярного мониторинга уровня ГВЗ населения.

4. Вовлечение всех заинтересованных сторон в повышение ГВЗ и обеспечение межсекторального сотрудничества происходит путем создания национальных сетей или альянсов по ГВЗ.

5. Важное место в большинстве национальных программ по ГВЗ занимает реализация принципа справедливости, который отражается в выявлении и учете интересов и потребностей различных групп населения, в первую очередь – уязвимых.

6. Применение простого и доступного языка является одним из основополагающих подходов к повышению ГВЗ во всех изученных национальных программах и стратегиях.

7. Подходы к повышению ГВЗ применяются на всех этапах жизни и в зависимости от контекста (окружения, обстоятельств места жительства).

## **Вопросы для самоконтроля и тестовые задания**

### **Вопросы для самоконтроля:**

- 1) Опишите основные принципы концепции грамотности в вопросах здоровья.
- 2) Приведите примеры действенных мер для повышения санитарной грамотности работников организаций.
- 3) Объясните, что такое пациенто-центрический подход в здравоохранении.
- 4) Опишите принципы формирования и повышения ГВЗ граждан.
- 5) Приведите примеры потенциальных эффектов от повышения грамотности в вопросах здоровья.
- 6) Охарактеризуйте концептуальную модель повышения удовлетворенности населения качеством решения проблем в сфере здравоохранения региона, предложенную авторами.
- 7) Приведите примеры стратегий повышения ГВЗ для отдельных категорий граждан.
- 8) Охарактеризуйте уровни оказания медико-социальной помощи беременным женщинам по вопросам сохранения беременности.
- 9) Перечислите примеры деятельности «Школы беременных», направленные на повышение интерактивной, функциональной и критической ГВЗ.
- 10) Дайте характеристику работы кабинета здорового ребенка.
- 11) Приведите примеры повышения ГВЗ среди детей школьного возраста.
- 12) Охарактеризуйте работу проекта «Школьное здоровье», реализуемого в СГМУ.
- 13) Дайте характеристику Школе здоровья для пожилых.
- 14) Назовите правила работы медицинского учреждения со средствами массовой коммуникации.
- 15) Назовите основные принципы повышения пациентом приверженности к лечению.

## Тестовые задания

1. Правовую основу оказания медицинской помощи гражданам составляет:
  - А. Конституция РФ
  - Б. Федеральный закон N 323-ФЗ
  - В. Декларация ВОЗ
  - Г. Приказ МЗ Архангельской области
2. К принципам ВОЗ по формированию и повышению ГВЗ граждан не относится:
  - А. Взаимозаменяемости
  - Б. Научной достоверности
  - В. Межведомственного подхода
  - Г. Лонгитудинальности
3. Первый уровень медицинского консультирования по прерыванию беременности до 12 недель представлен:
  - А. Центром медико-социальной поддержки беременных женщин
  - Б. Учреждением социальной защиты субъектов РФ
  - В. Кабинетом медико-социальной помощи беременным женщинам
  - Г. Религиозными организациями традиционных конфессий
4. Мероприятия для повышения интерактивной ГВЗ беременных женщин:
  - А. Самостоятельное планирование режима дня
  - Б. Выполнение комплекса упражнений, соответствующих сроку беременности
  - В. Составление меню питания
  - Г. Информирование будущих матерей о преимуществах грудного вскармливания
5. К формированию какой ГВЗ можно отнести предмет «Основы безопасности жизнедеятельности» в школе?
  - А. Функциональной
  - Б. Интерактивной
  - В. Критической
  - Г. Нет правильного ответа
6. К формам формирования ГВЗ в школе можно отнести все формы реализации учебного процесса, кроме:
  - А. Мозговой штурм
  - Б. Деловая игра

- В. Ток-шоу
  - Г. Урок физкультуры
7. Учебные программы по сексуальному здоровью школьников должны быть направлены на все, кроме:
- А. Предупреждение возможных нарушений прав человека, связанных с сексуальностью и репродуктивной функцией
  - Б. Профилактику и лечение последствий расстройств сексуального здоровья
  - В. Профилактику хронических неинфекционных заболеваний
  - Г. Удовлетворение потребностей людей или снятие их опасений в отношении сексуальной ориентации или гендерной идентичности
8. К индикаторам эффективности Школ здоровья пожилых относятся:
- А. Нормализация артериального давления
  - Б. Активное участие в делах семьи
  - В. Увеличение количества посещаемых сайтов
  - Г. Повышение юридической грамотности
9. Наибольшая эффективность СМС для профилактической медицины была получена для:
- А. Профилактики сахарного диабета
  - Б. Профилактики ожирения
  - В. Профилактики курения
  - Г. Профилактики ИППП
10. Междисциплинарная команда медицинских работников должна состоять из следующих специалистов для формирования высокой приверженности пациента лечению:
- А. Врач, фармацевт, администратор
  - Б. Провизор, медсестра
  - В. Главный врач, лечащий врач, медсестра
  - Г. Фармацевт, администратор, родственники пациента.
11. Что предполагает пациенто-центрический подход в здравоохранении:
- А. Пациент всегда прав
  - Б. Непосредственное участие пациента в принятии решений относительно его обследования и лечения
  - В. Пациент может выбирать себе лечащего врача
  - Г. Пациент может сам назначать себе лечение

12. Что включает в себя принцип «дифференцированности» в формировании ГВЗ?

А. Смещение приоритетов

Б. Формирование ГВЗ представляет собой динамический процесс

В. Формирование ГВЗ с учетом возрастных, гендерных, средовых и прочих факторов

Г. Взаимодействие государственных и негосударственных организаций

13. Что такое «теория информационных каскадов»?

А. Противоречивость поведения человека по отношению к императиву сохранения вида

Б. Ситуация, когда индивид, принимая решение, копирует поведение других участников, не анализируя имеющуюся информацию

В. Предпочтение использовать информационные системы для принятия решений.

Г. Цифровизация здравоохранения

14. Медицинские мероприятия по повышению ГВЗ включают все, кроме:

А. Формирование здорового образа жизни

Б. Предоставление информации и возможности обучения

В. Оптимизация использования ресурсов медико-санитарной помощи

Г. Ликвидация неравенства доступа к медицинской помощи

15. Примерами корпоративных программ повышения ГВЗ являются все, кроме:

А. Привлечение сотрудников к разработке программ по повышению ГВЗ

Б. Создание благоприятной среды на предприятии для реализации программ по укреплению здоровья

В. Вовлечение семей сотрудников в мероприятия по повышению ГВЗ

Г. Установка вендерного аппарата с фастфудом

## Список литературы:

1. Акимова, А.Б. Роль деятельности работников санитарного просвещения в повышении уровня грамотности населения в отношении своего здоровья [Текст] / А. Б. Акимова // Студенческий форум. – 2020. – № 21-1 (114). – С. 29-30.
2. Амлаев К., Дахкильгова Х. Грамотность в вопросах здоровья: понятие, классификации, методы оценки // Врач. – 2018. – № 6. – С. 83-86.
3. Амлаев К., Дахкильгова Х. Меры по повышению грамотности в вопросах здоровья // Врач. – 2018; 29 (12): 84–87.
4. Баланова Ю.А., Шальнова С.А., Деев А.Д., Имаева А.Э., Концевая А.В., Муромцева Г.А., Капустина А.В., Евстифеева С.Е., Драпкина О.В. Ожирение в российской популяции — распространенность и ассоциации с факторами риска хронических неинфекционных заболеваний. *Российский кардиологический журнал*. 2018;(6):123-130.
5. Баукина Л.В. Модель формирования грамотности учащихся в области укрепления здоровья // Проблемы и перспективы развития образования: материалы I Междунар. науч. конф., г. Пермь, апрель 2011 г. – Пермь, 2011. – Т. 1. – С. 102-105.
6. Виноградова Н.Ф. Окружающий мир. 1-4 классы. Программа. ФГОС. – М.: Вентана-Граф, 2015. – 192 с.
7. Григорян Р.В. Педагогические условия и механизмы формирования навыков безопасного поведения младших школьников: автореф. дис. ... канд. пед. наук. – М., 2008. – 26 с.
8. ВОЗ. Здоровье 2020: основы европейской политики и стратегия для XXI века. 2013.
9. Губачев Н.Н., Коршунов А.М., Титов В.Н. Популяризация медицинских знаний для укрепления здоровья и здорового образа жизни средствами массовой информации // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2020. – Т. 28, прил. – С. 711-715.
10. Кравченко А.М. Грамотность в области здоровья в digital-пространстве: систематический обзор контента [Текст] /А.М. Кравченко // Непрерывное образование в контексте идеи Будущего: новая грамотность. – 2020. – С. 340-345
11. Лопатина М.В., Попович М.В., Концевая А.В., Драпкина О.М. Де-

терминанты грамотности в вопросах здоровья: результаты первого популяционного исследования в Российской Федерации. Профилактическая медицина. 2021;24(12):57–64.

12. Мильман И.И. О некоторых актуальных вопросах санитарного просвещения в школе // Гигиена и санитария. 1939. №11. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/o-nekotoryh-aktualnyh-voprosah-sanitarnogo-prosvescheniya-v-shkole> (дата обращения: 09.03.2023).

13. Ненашева И.В., Воробьева Н.А. Школа материнства для беременных // Медицинская сестра. – 2011. – № 5. – С. 16-17.

14. Об утверждении Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года : указ Президента РФ от 9 октября 2007 г. № 1351. – URL: <https://base.garant.ru/191961/> (дата обращения: 18.04.2022).

15. О направлении методического письма «Психологическое консультирование женщин, планирующих искусственное прерывание беременности» : письмо Минздрава России от 17 июля 2017 года № 15-4/10/2-4792. – URL: <https://docs.cntd.ru/document/456088342>

16. Об утверждении примерного порядка организации деятельности и структуры детской поликлиники : приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 января 2007 г. № 56. – URL: <https://base.garant.ru/12152404/> (дата обращения: 18.04.2022).

17. Проведение кратких собеседований по вопросам сексуального здоровья и сексуальности: рекомендации для разработки подхода с позиций общественного здравоохранения. – Женева : ЮНИСЕФ, 2017. – 72 с. – URL: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1093531/retrieve>

18. Профилактическая работа с детьми раннего возраста в поликлинике : учеб. пособие / Л.А. Жданова, Г.Н. Нуждина, Л.К. Молькова, И.Е. Бобошко, А.В. Шишова, С.И. Мандров, Т.В. Русова, Е.Н. Копышева. – Иваново : ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России, 2019. – 189 с.

19. Реклама молочных смесей может оказаться вне закона // Парламентская газета : [сайт]. – URL: <https://www.pnp.ru/social/reklamamolochnykh-smesey-mozhet-okazatsya-vne-zakona.html> (дата обращения: 18.04.2022).

20. Рылова Н.Т. Организационно-педагогические условия создания здоровьесберегающей среды образовательных учреждений : автореф. дис. ... канд. пед. наук. – Кемерово, 2007. – 22 с.
21. Шальнова С.А., Драпкина О.М. Значение исследования ЭССЕ-РФ для развития профилактики в России. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2020;19(3):2602.
22. Федеральная служба государственной статистики : [сайт]. – URL: [http://old.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat\\_main/rosstat/ru/statistics/population/demography/#](http://old.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/demography/#)
23. Фролова Т.И., Стрига Е.А. Медиадискурс здорового образа жизни в региональных СМИ: опыт контент – аналитического исследования // Вопросы теории и практики журналистики. – 2020. – Т. 9, № 3. – С. 485–497.
24. Якушина И.И., Ильченко И.Н. Медицинская грамотность будущих матерей в вопросах здоровья новорожденных и детей раннего возраста // Социология медицины. – 2018. – № 1. – С. 18-21.
25. American Association for Health Education. 2012. Report of the 2011 Joint Committee on Health Education and Promotion Terminology. *American Journal of Health Education* 43:sup2, 1-19.
26. Basch, C. E. 2011. Healthier students are better learners: A missing link in school reforms to close the achievement gap. *Journal of School Health* 81:593-598. Available at: <https://healthyschoolscampaign.org/wp-content/uploads/2017/03/AMissing-Link-in-School-Reforms-to-Closethe-Achievement-Gap.pdf> (accessed May 18, 2020).
27. Berkman N. Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review // *Ann. Internal. Med.* – 2011; 155: 97–107.
28. Bikhchandani S., Hirshleifer D., Welch I. A Theory of Fads, Fashion, Custom, and Cultural Change as Informational Cascades // *J. Political Economy.* – 1992. – Vol. 100 (5). – P. 992-1026.
29. Bostock S., Steptoe A. Association between low functional health literacy and mortality in older adults: longitudinal cohort study // *BMJ.* – 2012. – Vol. 344. – P. e1602. doi: 10.1136/bmj.e1602.
30. Car J, Lang B, Colledge A, Ung C, Majeed A. Interventions for enhancing consumers' online health literacy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011 Jun 15;2011(6):CD007092.
31. Chen X., Hay J.L., Waters E.A. [et al.] Health Literacy and Use and



- Trust in Health Information // J. Health Commun. – 2018. – Vol. 23 (8). – P. 724-734. doi: 10.1080/10810730.2018.1511658.
32. Chu C et al. Health-promoting workplaces – international settings development. *Health Promotion International*, 2000, 15:155–167.
33. Coleman CA, Hudson S, Maine LL. Health literacy practices and educational competencies for health professionals: a consensus study. *J Health Commun.* 2013;18 Suppl 1(Suppl 1):82-102.
34. Comparative report on health literacy in eight EU member states. [Electronic resource] / The European Health Literacy Project 2009–2012. Maastricht, HLS-EU Consortium, 2012 Mode of Access: <http://www.health-literacy.eu>.
35. Cottrell, R. R., J. T. Girvan, J. F. McKenzie, and D. Seabert. 2018. *Principles and Foundations of Health Promotion and Education, 7th ed.* Pearson: New York Huhta A., Hirvonen N., Huotari M. Health Literacy in Web-Based Health Information Environments: Systematic Review of Concepts, Definitions, and Operationalization for Measurement // *J. Med. Internet Res.* – 2018. – Vol. 20 (12). – P. e10273. doi:10.2196/10273
36. Cramer, J.A., Roy, A., Burrell, A., Fairchild, C.J., Fuldeore, M.J., Ollendorf, D.A and Wong, P.K. (2008) ‘Medication compliance and persistence: Terminology and definitions’, *Value in Health*, 11, 44-7.
37. Institute of Medicine (IOM). 1997. *Schools and Health: Our Nation’s Investment*. Washington, DC: The National Academies Press.
38. Institute of Medicine (IOM). 1997. *Schools and Health: Our Nation’s Investment*. Washington, DC: The National Academies Press.
39. Kickbusch I. Health literacy: addressing the health and education divide // *Heath Promot. Int.* – 2001; 16: 289–97.
40. Kickbusch I. Pelikan J. Apfel F. Tsouros A. (2013). Health literacy: The solid facts. Retrieved from World Health Organization website: [www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/190655/e96854.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf)
41. Kolbe, L. 2019. School health as both a strategy to improve both public health and education. *Annual Review of Public Health* 40:443-463.
42. Levin-Zamir D, Leung AYM, Dodson S, Rowlands G. Health Literacy in Selected Populations: Individuals, Families, and Communities from the International and Cultural Perspective. *Stud Health Technol Inform.* 2017;240:392-414.
43. Miller, N.H., Hill, M., Kottke, T. and Ockene, I.S. (1997) ‘The

- multilevel compliance challenge: Recommendations for a call to action: a statement for healthcare professionals', *Circulation*, 95, 1085-90.
44. Mitic W, Rootman I. An intersectoral approach for improving health literacy for Canada; a discussion paper. Vancouver, Public Health Association of British Columbia, 2012.
45. Morse L. L. and D. D. Allensworth. 2015. Placing students at the center: The Whole School, Whole Community, Whole Child model. *Journal of School Health* 85:785-794.
46. Neter E., Brainin E. Association Between Health Literacy, eHealth Literacy, and Health Outcomes Among Patients With Long-Term Conditions // *Eur. Psychol.* – 2019. – Vol. 24 (1). – P. 68-81.
47. NICE (2016) *Multimorbidity: Clinical assessment and management*, London: NICE.
48. Osterberg, L. and Blaschke, T. (2005) 'Adherence to medication', *New England Journal of Medicine*, 353, 487-97.
49. Parker EJ, Misan G, Chong A, Mills H, Roberts-Thomson K, Horowitz AM, Jamieson LM. An oral health literacy intervention for Indigenous adults in a rural setting in Australia. *BMC Public Health*. 2012 Jun 20;12:461.
50. PatientsLikeMe / Cambridge, MA, PatientsLikeMe, 2013 Mode of Access: <http://www.patientslikeme.com> (дата обращения 19.05.2022)
51. Pelikan JM, Ganahl K. Measuring Health Literacy in General Populations: Primary Findings from the HLS-EU Consortium's Health Literacy Assessment Effort. *Stud Health Technol Inform*. 2017;240:34-59. PMID: 28972508.
52. Pelikan, J. M.; Ganahl, K.; Roethlin, F. (2018): Health literacy as a determinant, mediator and/or moderator of health: empirical models using the European Health Literacy Survey dataset. In: *Global Health Promotion* 1757-9759; Vol 0(0): 1–10, DOI: 10.1177/1757975918788300
53. Rasberry, C. N., Slade S., Lohrmann D. K., and Valois R. F.. 2015. Lessons learned from the Whole Child and Coordinated School Health Approaches. *Journal of School Health* 85(11):759-765.
54. Rasberry, C. N., G. F. Tiu, L. Kann, T. McManus, S. L. Michael, C. L. Merlo, S. M. Lee, M. K. Bohm, F. Annor, and K. A. Ethier. 2017. Health-related behaviors and academic achievement among high school students—United States, 2015. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 66(35):921-927.

55. T2X (Teen2Xtreme) / Teen2Xtreme, 2013 Mode of Access: <http://www.t2x.me> (дата обращения 22.04.2022)
56. Shattuck, L. 1850. *Report of the Sanitary Commission of Massachusetts*. Sanitary Commission; London School of Hygiene and Tropical Medicine; London School of Hygiene and Tropical Medicine. Reprinted from Cambridge: Harvard University Press, 1948, p. 178.
57. Sabate, E. (2003) *Adherence to long-term therapies: Evidence for action*, Geneva: World Health Organization. Kripalani, S., Yao, X. and Haynes, R.B. (2007) 'Interventions to enhance medication adherence in chronic medical conditions: A systematic review', *Archives of Internal Medicine*, 167, 540-9.
58. Simpson, S.H., Eurich, D.T., Majumdar, S.R., Padwal, R.S., Tsuyuki, R.T., Varney, J. and Johnson, J.A (2006) 'A meta-analysis of the association between adherence to drug therapy and mortality', *BMJ*, 333, 7557, 15.
59. Slipecevic, E. M. 1968. The school health education study: A foundation for community health education. *Journal of School Health* 38:45-50.
60. Stacey D, Légaré F, Col NF, Bennett CL, Barry MJ, Eden KB, Holmes-Rovner M, Llewellyn-Thomas H, Lyddiatt A, Thomson R, Trevena L, Wu JH. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014 Jan 28;(1):CD001431. doi: 10.1002/14651858.CD001431.pub4. Update in: *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 Apr 12;4.
61. Styne DM, Arslanian SA, Connor EL, Farooqi IS, Murad MH, Silverstein JH, Yanovski JA. Pediatric Obesity-Assessment, Treatment, and Prevention: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *J Clin Endocrinol Metab*. 2017 Mar 1;102(3):709-757.
62. Uchino, B. N. (2006). Social Support and Health: A Review of Physiological Processes Potentially Underlying Links to Disease Outcomes. *Journal of Behavior and Medicine*, 29, 377-387.

## Эталоны ответов к тестовым заданиям

К главе 1		К главе 2	
1	Б	1	Б
2	Б	2	А
3	Г	3	В
4	Г	4	Г
5	Б	5	А
6	В	6	Г
7	А	7	В
8	А	8	А
9	В	9	В
10	В	10	А
11	Б	11	Б
12	Г	12	В
13	Г	13	Б
14	А	14	А
15	А	15	Г

Учебное издание

**Постоев** Виталий Александрович  
**Мордовский** Эдгар Артурович  
**Санников** Анатолий Леонидович  
**Постоева** Анна Викторовна

## **ГРАМОТНОСТЬ В ВОПРОСАХ ЗДОРОВЬЯ**

Учебное пособие

Издано в авторской редакции  
Компьютерная верстка *О.Е. Чернецовой*

---

Подписано в печать 14.07.2023.  
Формат 60×84<sup>1/16</sup>. Бумага офсетная.  
Гарнитура Times New Roman. Печать цифровая.  
Усл. печ. л. 5,9. Уч.-изд. л. 4,7.  
Тираж 100 экз. Заказ № 2587

---

ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет»  
163069, г. Архангельск, пр. Троицкий, 51  
Телефон (8182) 20-61-90. E-mail: izdatelnsmu@yandex.ru





