

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ «СТАВРОПОЛЬСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

На правах рукописи

Дахильгова Хава Тагировна

Грамотность населения в вопросах здоровья, меры по ее улучшению

14.02.03 – Общественное здоровье и здравоохранение

Диссертация

на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Научный руководитель:
доктор медицинских наук
Амлаев Карэн Робертович

Ставрополь – 2020

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	4
ГЛАВА 1. СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ ГРАМОТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ В ВОПРОСАХ ЗДОРОВЬЯ (обзор литературы).....	11
1.1. ГВЗ: актуальность и определение понятия.....	11
1.2. Определение уровня ГВЗ населения	15
1.3. Грамотность в вопросах здоровья и качество жизни. Последствия низкой ГВЗ.....	17
1.4. Меры по улучшению ГВЗ.....	20
1.5. Программы по улучшению ГВЗ у пациентов с хроническими заболеваниями.....	30
ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ, МЕТОДЫ И ОРГАНИЗАЦИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	39
2.1. Характеристика базы исследования.....	39
2.2. Материалы, методы и организация исследования.....	40
ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ УРОВНЯ ГРАМОТНОСТИ В ВОПРОСАХ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ СЕВЕРО-КАВКАЗСКОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА РФ.....	48
ГЛАВА 4. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ПИЩЕВЫХ ПРИВЫЧЕК ЖИТЕЛЬНИЦ СТАВРОПОЛЬСКОГО КРАЯ И ИХ ВКЛАД В РАЗВИТИЕ МАТЕРИНСКОГО ОЖИРЕНИЯ.....	76
ГЛАВА 5. СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕР ПО ПОВЫШЕНИЮ УРОВНЯ ГРАМОТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ В ВОПРОСАХ ЗДОРОВЬЯ.....	89
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	109
ВЫВОДЫ	116
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.....	118
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ.....	120
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	122

ПРИЛОЖЕНИЕ А. Анкета по изучению грамотности населения в вопросах здоровья.....	145
ПРИЛОЖЕНИЕ Б. Анкета по изучению пищевых привычек женщин Ставропольского края.....	161

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования

Для того чтобы сохранить здоровье и качество жизни людей в современном информационном обществе, нужно обеспечить много условий, среди которых ключевыми являются общая и медицинская грамотность. В отличие от них грамотность в вопросах здоровья (ГВЗ) – довольно молодое понятие, возникшее около 10 лет назад. Концепция ГВЗ включает формирование парадигмы здорового образа жизни, сохранение и укрепление здоровья, профилактику развития заболеваний и наличие доступа к необходимой медицинской помощи. Грамотность в вопросах здоровья должна быть подкреплена наличием у людей знаний и навыков, необходимых для поиска, интерпретации, анализа и применения информации в отношении здоровья, способствующей формированию собственного мнения, принятию самостоятельных решений в сфере профилактики заболеваний, улучшения состояния здоровья, получения медицинской помощи и повышения качества жизни на всех ее этапах [Сырцова Л.Е. и др., 2016; Амлаев К.Р., Дахкильгова Х.Т., 2018]. Она также включает в себя способность понимать и действовать в соответствии с имеющейся информацией о состоянии здоровья и медицинских услугах, а также, в более широком смысле, умение контролировать экологические, экономические и социальные факторы, влияющие на здоровье конкретного человека или сообщества. Следует отметить, что низкий уровень грамотности является общей проблемой даже в экономически развитых странах с эффективными системами образования [Амлаев К.Р., Муравьева В.Н. и др., 2012; Амлаев К.Р., 2017; Robbins D., 2019]. Несмотря на актуальность данной проблемы, в настоящее время критически мало исследований по теме грамотности в вопросах здоровья в Российской Федерации.

Таким образом, грамотность в вопросах здоровья является важной проблемой здравоохранения, в связи с чем необходима разработка мер по ее

повышению как на политическом уровне, так и на уровне оказания первичной медицинской помощи населению [Амлаев К.Р. и др., 2012].

Степень научной разработанности проблемы

Опыт международных и российских проектов по улучшению грамотности в вопросах здоровья показал сложность данного процесса, выявил недостаток квалифицированных специалистов в этой области. В то же время систематический подход, заинтересованность государства в реализации подобных правовых программ позволит достичь позитивных результатов со значительным медико-социальным и экономическим эффектом [Lloyd J [et al.], 2018; Амлаев К.Р., Дахкильгова Х.Т. и др, 2020].

Анализ публикаций по теме грамотности в вопросах здоровья населения показал, что, несмотря на важность этой проблемы, научных публикаций по данной тематике недостаточно, а в России они единичные. Имеющиеся работы посвящены изучению влияния социально-экономических факторов на состояние здоровья детского населения [Денисов А.П., 2016], социальных детерминант на состояние здоровья населения лиц старше 60 лет [Киртадзе И.Д., 2019], разработке моделей профилактики социально-значимых заболеваний [Баринаева А.Н., 2016], разработке мероприятий по формированию здоровьесберегающего поведения населения [Зелионко А.В., 2016], организации мероприятий по улучшению здоровья населения в центрах здоровья [Найденова Н.Е., 2016], определению понятия ГВЗ [Сырцова Л.Е., 2016], изучению грамотности в вопросах профилактики определенных заболеваний у некоторых категорий населения [Амлаев К.Р. и др., 2013; Амлаев К.Р., Зафирова В.Б., 2014], исследованию грамотности населения в вопросах использования фармацевтической продукции [Кирщина И.А. и др., 2020], изучению международного опыта по внедрению национальных стратегий ГВЗ в зарубежных странах [Лопатина М.В., Драпкина О.М., 2018], а также измерению уровня ГВЗ [Лопатина М.В. и др., 2019; Лопатина М.В., Попович М.В., Драпкина О.М., 2019]. В научной литературе не представлены обоснованные меры по повышению уровня ГВЗ. Проблемой, в решении

которой большое значение могло быть отведено повышению уровня ГВЗ, могло бы стать ожирение, особенно матерей и их детей. Комплексное определение уровня ГВЗ в ряде регионов РФ (СКФО), на территории которых представлено разнообразие факторов (этнического, конфессионального, экологического), прямо или косвенно влияющих на уровень ГВЗ, а также экспериментальная апробация мер по повышению ГВЗ на примере проблемы ожирения, представляет огромный научно-практический интерес.

Всё вышеперечисленное определяет актуальность данной работы.

Цель исследования – на основе изучения и оценки уровня грамотности в вопросах здоровья населения субъектов Северо-кавказского федерального округа разработать комплекс организационных мероприятий по повышению уровня грамотности в вопросах здоровья.

Задачи исследования

1. С помощью адаптированных европейских опросников изучить и оценить уровень грамотности в вопросах здоровья жителей республик Северо-Кавказского федерального округа.

2. Установить социально-демографические (пол, возраст, уровень образования), экономические, территориальные факторы, оказывающие влияние на уровень грамотности в вопросах здоровья населения Северо-Кавказского федерального округа

3. Изучить и оценить пищевые стереотипы женщин Ставропольского края и их детей с нормальной массой тела и с ожирением с последующим определением содержания обучения грамотности в вопросах здоровья в области питания и физической активности.

4. Оценить эффективность школ здоровья для пациентов с ожирением, апробировав модуль, улучшающий грамотность в вопросах здоровья.

5. Разработать меры по повышению грамотности в вопросах здоровья на различных стратегических уровнях.

Научная новизна исследования

- на основе европейского опыта разработан и адаптирован к российским условиям опросник по определению уровня грамотности в вопросах здоровья на территории республик Северо-Кавказского федерального округа и Ставропольского края;

- изучен и оценен уровень грамотности в вопросах здоровья населения Северо-Кавказского федерального округа: выявлен недостаточный уровень всех видов грамотности в вопросах здоровья;

- изучены и установлены факторы, влияющие на уровень грамотности в вопросах здоровья населения Северо-Кавказского федерального округа: пол респондентов, уровень их жизни и образования, регион и место (город, село) проживания;

- разработаны и обоснованы организационно-методические подходы к повышению уровня грамотности в вопросах здоровья населения.

Теоретическая и практическая значимость работы

Проведенное исследование позволило:

– оценить уровень грамотности в вопросах здоровья населения на примере Северо-Кавказского федерального округа;

– установить, какие именно факторы могут оказывать влияние на уровень функциональной, интерактивной и критической грамотности населения;

– разработать меры по повышению уровня грамотности в вопросах здоровья населения, используя разноуровневые стратегии профилактики;

– апробировать технологии повышения грамотности в вопросах здоровья на примере реализации проекта по комплексной профилактике ожирения у матерей и их детей в городе Ставрополе.

Комплекс мер, разработанных на основе данного исследования, может быть применен и в других регионах Российской Федерации, что позволит повысить уровень грамотности в вопросах здоровья и сократить экономические и медико-социальные последствия низкой грамотности в вопросах здоровья.

Основные положения, выносимые на защиту

1. Результаты социологического исследования грамотности населения в вопросах здоровья Северо-Кавказского федерального округа выявили недостаточный уровень функциональной, интерактивной и критической грамотности населения, что приводит к росту числа госпитализаций и снижению удовлетворенности качеством оказываемой медицинской помощи.

2. Анализ результатов социологического исследования уровня грамотности в вопросах здоровья Северо-Кавказского федерального округа позволил выявить связь ее уровня с полом, уровнем жизни, местом жительства и образованием респондентов. Более низкий уровень грамотности в вопросах здоровья демонстрируют мужчины, лица с низким уровнем жизни, более низким уровнем образования, жители сельской местности.

3. Результаты социологического исследования пищевых привычек матерей Ставропольского края выявили их связь с местом жительства, способом вскармливания детей и наличием ожирения. Более внимательны к энергетической ценности потребляемой пищи женщины с ожирением, а также женщины, вскармливающие своих детей грудным молоком.

4. Повышение уровня грамотности в вопросах здоровья матерей с ожирением позволяет добиться более значимого снижения массы тела и долговременного удержания веса. Женщины, прошедшие обучение в Школе здоровья с включением модуля по повышению уровня грамотности здоровья, худеют быстрее и лучше удерживают вес, чем худевшие самостоятельно.

5. Меры по повышению уровня грамотности в вопросах здоровья. Данные мероприятия должны осуществляться одновременно на индивидуальном, групповом, индивидуально-групповом и популяционном уровнях с учетом результатов мониторинга уровня грамотности в вопросах здоровья в соответствии с его градиентом.

Внедрение результатов исследования в практику

Результаты научного исследования использованы в деятельности центров медицинской профилактики и центров здоровья СКФО, медицинских факультетов и университетов, входящих в НОМК «Северо-Кавказский», а

также Российской Ассоциации «Здоровые города, районы и поселки», кроме того внедрены в работу кафедр общественного здоровья и здравоохранения, медицинской профилактики и информатики с курсом ДПО, общественного здоровья и здравоохранения, управления и экономики здравоохранения СтГМУ.

Апробация результатов исследования

Полученные данные представлены и обсуждены на: всероссийском совещании заведующих кафедрами общественного здоровья, Москва (октябрь 2020 г.), неделе науки СтГМУ, Ставрополь (2019, 2020 гг.), X Общероссийской конференции с международным участием «Неделя медицинского образования-2019», Москва (2019 г.), Международной конференции «Медицинское образование в XXI веке: новые вызовы и новые возможности», Ставрополь (2019 г.), Международной конференции «Здоровые города», Белфаст (2018 г.), международной конференции «Здоровые города», Москва (2020 г.), международной конференции студентов и молодых ученых «Актуальные вопросы медицины», Ставрополь (2021 г.).

Личный вклад автора

Диссертантом лично проведен анализ современной литературы по проблеме исследования, разработаны анкеты по изучению уровня ГВЗ населения, анкеты по исследованию пищевых привычек матерей Ставропольского края. Диссертантом проведено анкетирование указанных категорий респондентов. Автор самостоятельно осуществил сбор первичного материала и его анализ, сделал обоснованные выводы и сформулировал практические рекомендации, послужившие основанием для разработки комплекса медико-социальных мер по повышению уровня ГВЗ населения.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности

Научные положения диссертации соответствуют паспорту научной специальности 14.02.03 - общественное здоровье и здравоохранение. Результаты проведенного исследования соответствуют области исследования специальности, конкретно пунктам 1, 2, 3.

Публикации

По теме диссертации опубликовано 8 научных работ, включая 5 статей в журналах, входящих в Перечень ведущих рецензируемых научных журналов и изданий, рекомендованных ВАК РФ, 3 статьи в журналах, индексируемых в международных базах данных (Scopus).

Структура диссертации

Диссертация изложена на 167 листах, включает введение, анализ научной литературы, главу «Материалы, методы и организация исследования», 3 главы собственных исследований, заключение, выводы и практические рекомендации, 2 приложения.

Список литературы включает 218 работ, в том числе 27 отечественных и 191 иностранных авторов. Работа содержит 48 рисунков и 2 таблицы.

ГЛАВА 1. СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ ГРАМОТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ В ВОПРОСАХ ЗДОРОВЬЯ (обзор литературы)

1.1. ГВЗ: актуальность и определение понятия

Здоровье и грамотность являются динамичными категориями, определяющими нашу способность приспособливаться 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.

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 [Kickbusch I., 2008; Adams R. J. [et al.], 2009; Adkins N.R. [et al.], 2009; Sansom-Daly U. [et al.], 2016].

Бесспорно, что грамотность в вопросах здоровья является важным условием благополучия как отдельного индивида, так и популяции в целом. Грамотность в вопросах здоровья может стать обстоятельством, делающим людей менее восприимчивыми к неблагоприятным факторам и активными в отношении улучшения личного здоровья. Грамотность расширяет возможности людей при принятии решений в отношении своего здоровья [Sierra M., 2019]. Грамотный здоровый человек может и должен быть способным искать и анализировать необходимую информацию о здоровье,

например: понимать и выполнять инструкции по режиму лечения, приёму лекарственных препаратов; понимать ценность здорового образа жизни и следовать ему для достижения лучшего здоровья; знать, как, где и когда получить доступ к необходимой медицинской помощи [Abel T, 2008; Marmot M. [et al.], 2008; Abel T [et al.], 2012; Mitic W., Rootman I, 2012].

При попытках измерения грамотности в вопросах здоровья населения в некоторых высокоразвитых странах был установлен ряд фактов, подчеркивающих актуальность повышения ГВЗ населения:

- треть английских пенсионеров плохо усваивает информацию, связанную со здоровьем. Это удалось выяснить при исследовании понимания пожилыми респондентами инструкции по применению ацетилсалициловой кислоты [Bostock S., 2012; Quaglio G., 2016].

- 25% совершеннолетних жителей Англии (более 8 миллионов человек) не владеют функциональной грамотностью [World Literacy Foundation. 2012; Fawns-Ritchie C, 2019].

- уровень ГВЗ 10% европейцев недостаточен. Данный показатель варьировал от 29% в Нидерландах до 62% в Болгарии. При этом следует учесть, что некоторые социальные группы более уязвимы, чем население Европы в целом, так как имеют более низкий социальный статус (низкая самооценка, низкий уровень образования, низкие доходы, проблемы с оплатой счетов и так далее) [Fleary S, 2018; Амлаев К.Р. Дахкильгова Х.Т., 2018].

В последние годы резко возросло количество инфекционных заболеваний среди населения, распространяются панические настроения в связи с глобальным распространением таких заболеваний, как лихорадка Эбола, Зика, новая коронавирусная инфекция. Однако не у всех есть доступ к информации о профилактике и влиянии на здоровье данных заболеваний. Это связано с тем, что доступ в Интернет, который в современном обществе является главным источником информации, в том числе и медицинской, ограничен или отсутствует для определенных слоев населения [Mackert M, 2016]. Так, 90% пользователей всемирной паутины проживают в развитых странах, на долю

которых приходится только 15 % населения земного шара. Кроме того, 80% веб-сайтов предоставляют информацию только на английском языке, в то время как лишь 10 % мирового населения владеет им на должном уровне. На африканском континенте проживает 12% населения Земли, но только 2% африканцев имеют телефонную связь, причем 90% из них – жители ЮАР [Health literacy. The solid facts. 2013]. Таким образом, подавляющее большинство мировых ресурсов, информационных и материальных, обеспечивают потребности населения высокоразвитых стран, в то время как почти миллиард обездоленного населения планеты абсолютно неграмотен. Это приводит к социальному неравенству, которое в значительной степени влияет на состояние глобального общественного здоровья [Ellermann C, 2017].

Необходимо отметить и тот факт, что большинство неграмотного взрослого населения мира (четверть взрослых жителей планеты) составляют женщины и девочки. Только в США 8 млрд. долларов потребовалось для обеспечения программ образования для всех в 2015 году [Fleary S, 2019]. В Индии 40% населения не умеют читать и писать, большинство неграмотных составляют именно женщины. Даже в развитых странах мира около 100 миллионов человек функционально неграмотны. Низкий уровень ГВЗ и неравенство в здоровье играют большую роль в формировании высокой заболеваемости и смертности жителей беднейших стран. Изменить эту ситуацию государство сможет путем инвестирования средств в образование и обучение населения [Martins NFF [et al.], 2017; Costa VRS [et al.], 2019].

Термин «грамотность в вопросах здоровья (ГВЗ)» используется уже несколько десятилетий, но его содержание было эквивалентно определению функциональной грамотности в вопросах здоровья. Позже определение ГВЗ стало шире, оно включило в себя и правовой аспект, акцентировав внимание на необходимости участия пациентов в принятии решений по поводу их лечения [Waters EA, 2018].

В США получило распространение другое определение грамотности в вопросах здоровья. Это способность получать, анализировать и понимать

основную информацию, ориентироваться в услугах сферы здравоохранения и обладать компетенциями по использованию медицинской информации и услуг для укрепления здоровья [Амлаев К.Р. Дахкильгова Х.Т., 2018]. Таким образом, данное понятие предполагает наличие гносеологических и социальных навыков, которые определяют желание и возможность людей получить доступ к информации, а также понимать и применять её таким образом, чтобы способствовать поддержанию хорошего здоровья [Healthy Literacy Collaboration..., 2012, Parnell TA [et al.], 2019].

В настоящее время различают функциональную, интерактивную и критическую грамотность в вопросах здоровья.

Функциональная грамотность в вопросах здоровья – способность читать и считать, что является самым низким уровнем ГВЗ, причем он довольно часто снижен среди жителей с высоким уровнем дохода [Martins NFF [et al.], 2017], что заставляет граждан чаще обращаться в стационар [Glick AF [et al.], 2019].

Интерактивная грамотность в вопросах здоровья предполагает такой уровень навыков и уверенности, который достаточен для совместного с лечащим врачом выбора тактики лечения [Rademakers J, 2018].

Критический уровень грамотности в вопросах здоровья позволяет гражданам понимать социально-экономические детерминанты здоровья, осуществлять их контроль, критически осмысливать информацию о здоровье. Люди с критическим уровнем грамотности в вопросах здоровья владеют превентивными технологиями, защищают свое здоровье и предотвращают возникновение хронических заболеваний, участвуя в скрининговых исследованиях и управляют уже возникшими заболеваниями [Ishikawa H. [et al.], 2008; de Wit L, 2017, Dunn P., 2019; Garcia-Codina O [et al.], 2019].

В последние годы в политике здравоохранения ряда стран преобладает пациентоцентрический 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, важны 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.

При этом ГВЗ влияет на здоровье не напрямую, а через конкретные, связанные со здоровьем знания, самообслуживание, самоконтроль, самооэффективность, навыки решения проблем, навыки принятия решений и расширение возможностей [Poureslami I, 2016].

1.2. Определение уровня ГВЗ населения

Чтобы объяснить сложную медицинскую информацию ясным и простым языком, врач должен обладать навыками эффективной коммуникации. Такая информация может включать объяснение диагноза, риски и преимущества различных видов лечения, правила безопасного приёма лекарственных препаратов. Кроме того, со стороны врача необходима поддержка пациента в желании улучшить свое состояние здоровья, модифицировать образ жизни и повысить уровень грамотности в вопросах здоровья. Медицинские работники должны быть готовы проконсультировать пациентов о том, как именно пользоваться медицинскими услугами наиболее эффективным и безопасным образом. Следует осознавать, что между врачом и пациентом могут возникать барьеры, связанные с низким уровнем образования последнего, которые не способствуют улучшению состояния здоровья больных, а также вызывает неловкость и напряжение при общении с врачом [Fair society, healthy lives, 2008]. Не все пациенты могут правильно понять и истолковать медицинские термины, которые врач использует при беседе с ними. В некоторых случаях врачи дополняют свою речь отсылками к Интернету, при этом забывая о том, что люди с низким уровнем грамотности

в вопросах здоровья могут просто не иметь доступа к Интернету или иным источникам информации.

С развитием проблемы грамотности в вопросах здоровья населения возникла потребность в измерении ее уровня на индивидуальном и популяционном уровнях. Знание конкретного уровня грамотности в вопросах здоровья населения различных стран позволит разработать мероприятия по его повышению в отдельных социальных и возрастных группах. В этой связи необходимы средства для определения ее уровня. В настоящее время с этой целью используется ряд шкал [Baker D.W., 2006; The Health Literacy of America's Adults..., 2006]. В Европе используют 50-балльную шкалу оценки грамотности в вопросах здоровья, где 50-максимальный, а 0 – минимальный балл. Данная шкала позволяет выявить недостаточную, проблематичную, достаточную или отличную ГВЗ. Если проводить определение уровня ГВЗ, то можно сделать вывод о полезности или бесполезности применяемых мероприятий по ее повышению [Health literacy. The solid facts, 2013; Liu H, 2018; Elbashir M. [et al.], 2019].

Традиционно учитываются следующие способности: чтение и понимание текста, справочных форм, умение считать.

Представляет интерес изучение различий грамотности в вопросах здоровья населения с учетом полового, возрастного, образовательного фактора и уровня благосостояния. Эта информация позволит дополнить содержание оценки общественного здоровья наряду с индексом здоровья, инвалидностью, заболеваемостью, продолжительностью предстоящей жизни и так далее [Ibrahim S.Y. [et al.], 2008; Levin-Zamir D. [et al.], 2012].

Другим инструментом по оценке ГВЗ является Многоаспектная шкала оценки грамотности в вопросах здоровья (AАНLS). Шкала AАНLS используется для измерения функциональной, интерактивной и критической грамотности в вопросах здоровья. Из 14 вопросов 4 вопроса служат для определения функциональной ГВЗ, 3 - коммуникативной (интерактивной) ГВЗ и 7 - критической ГВЗ [Амлаев К.Р. Дахкильгова Х.Т., 2018; Zarcadoolas C [et

al.], 2005; National Research Council..., 2009; Literacy assessment instruments, 2011; Wei Y, 2017; Navarro Rubio MD, 2019].

Консорциум Европейского Союза по грамотности в вопросах здоровья предложил свой опросник HLS-EU-Q47 [Zarcadoolas C [et al.], 2006].

В 2012 г. Соренсеном был предложен Европейский опросник по ГВЗ [K. Sorensen [et al.]. 2012].

Таким образом, существует много простых и в то же время информативных инструментов оценки грамотности в вопросах здоровья населения, которые позволяют определить пробелы в реализации политики по её улучшению на популяционном и индивидуальном уровнях.

1.3. Грамотность в вопросах здоровья и качество жизни. Последствия низкой ГВЗ

ГВЗ связана со следующими параметрами доступности медицинской помощи: безопасностью, эффективностью, справедливостью и своевременностью при пациентоцентрическом подходе. Повышение уровня грамотности в вопросах здоровья будет способствовать улучшению каждого из этих аспектов здравоохранения.

Низкий уровень ГВЗ существенно влияет на здоровье, он прямо или косвенно связан с несвоевременностью выявления заболеваний, с повышенной частотой травм и несчастных случаев, отсутствием заинтересованности в ходе собственного лечения, несоблюдением рекомендаций врача, а, следовательно, с неадекватным лечением неинфекционных заболеваний. Это приводит к увеличению частоты госпитализаций, возникновению рецидивов и осложнений хронических заболеваний, снижению качества жизни и увеличению смертности населения [Kim SH, 2018; Oscalices MIL [et al.], 2019]. Грамотность в вопросах здоровья влияет также на самооценку здоровья. Низкая ГВЗ может дополнительно усиливать существующее неравенство в вопросах здоровья. Большинство лиц

с низким уровнем образования и недостаточной грамотностью в вопросах здоровья одновременно являются наименее защищенными категориями граждан, такими как мигранты или пожилые люди [Barber M.N. [et al], 2009; Okan O, 2018; Lorini C [et al.], 2020].

Низкий уровень ГВЗ значительно увеличивает государственные затраты на здравоохранение. Например, в Канаде в год они составляют 5% от общего бюджета здравоохранения. Таким образом, низкая грамотность в вопросах здоровья требует внушительных материальных затрат со стороны системы здравоохранения в развитых странах [Rootman I. [et al.], 2008; Kickbusch I. [et al.], 2013].

В настоящее время ведущими причинами смертности в Европе являются неинфекционные заболевания (НИЗ). Наиболее распространенные в группе НИЗ: болезни системы кровообращения, онкологические заболевания, метаболические заболевания, в том числе диабет, респираторные заболевания считаются причиной 75% смертей. Эти заболевания часто приобретают хроническую форму, и их течение часто зависит от уровня грамотности в вопросах здоровья больных [Eastman P, 2019; Moura NDS [et al.], 2019]. Для предупреждения НИЗ, которые в большой степени зависят от поведенческих факторов риска, ГВЗ особенно эффективна [Gazanio T.A. [et al.], 2007; Berkman N.D, 2011; Comparative report on health literacy..., 2012; Levin-Zamir D. [et al.], 2012, Hadden K. [et al.], 2019].

К последствиям низкой ГВЗ можно отнести следующие:

- 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].

- Невозможность принимать адекватные решения относительно собственного здоровья, например, при борьбе со стрессом или гиподинамией [Rüegg R, Abel T, 2019].
- Позднее обращение к специалистам-медикам, что связано с непониманием медицинских терминов или неадекватной оценкой своего состояния.
- Недоступность и неиспользование населением скрининговых методов для ранней диагностики заболеваний.
- Увеличение расходов на здравоохранение [Magasi S. [et al.], 2009].
- Снижение эффективности лечения, повышение его стоимости за счет того, что пациент не понимает своего диагноза, инструкций к назначенным лекарственным препаратам, не выполняет назначения врача и поздно обращается за медицинской помощью [Miller MJ, Nutbeam D, 2018].
- Снижение удовлетворенности пациента лечением из-за невозможности участия в планировании своего лечения ввиду недостаточности знаний в области медицины, что, в свою очередь, ухудшает исход лечения [Lloyd LLJ. [et al.], 2006; Pavlekovic G., 2008; von Wagner C. [et al.], 2009].
- Высокая распространенность метаболических заболеваний и болезней системы кровообращения, неумение управлять течением своих заболеваний [Ishikawa H. [et al.], 2008].
- Увеличение риска смертности по сравнению с более образованными ровесниками [Paakkari L, 2017].

Пациенты с низкой ГВЗ не понимают предоставляемую медицинскую информацию, не могут оценить ее достоверность, не понимают медицинскую профессиональную терминологию и не в состоянии контролировать собственное здоровье и образ жизни [Paasche-Orlow M.K. [et al.], 2007; Nutbeam D, 2008].

Данные проблемы усугубляются на фоне неумения медицинского персонала выбирать соответствующий стиль общения с пациентом. Кроме

того, у медицинских работников нет навыков оценки и методик повышения уровня грамотности в вопросах здоровья своих пациентов.

Низкая грамотность в вопросах здоровья чаще характерна для уязвимых категорий населения – инвалидов, пожилых людей, мигрантов, этнических меньшинств, лиц, находящихся за чертой бедности [Porr Caroline [et al.], 2006, Ishikawa H. [et al.], 2008; Matas H, 2018; Liu YB, 2019].

Мигранты относятся к группам населения, чей уровень ГВЗ особенно низок. В мире насчитывается более 230 миллионов мигрантов, из них только в Европе живут 75 миллионов человек [Schuyve P.M., 2007; Kondilis B.K. [et al.], 2008; Freedman D.A. [et al.], 2009]. Социально-экономические барьеры существенно ограничивают доступ мигрантов к образовательным и информационным программам. Это касается государственных программ, направленных на борьбу с онкологическими заболеваниями, сахарным диабетом, ВИЧ-инфекцией, табачной зависимостью, которые зачастую не охватывают мигрантов и этнические меньшинства [Kickbusch I. [et al.], 2013; Eliason MJ [et al.], 2017]. Таким образом, борьба с социальным неравенством и, в первую очередь, повышение уровня грамотности в вопросах здоровья населения, поможет улучшить положение наиболее незащищенных слоев населения [UNESCO: Literacy for all, 2005; European Commission: Together..., 2007; Pleasant A. [et al.], 2008; Australian Bureau of Statistics..., 2008; Yost K.J. [et al.], 2009; Peerson A. [et al.], 2009; Lee T.W., 2009].

1.4. Меры по улучшению ГВЗ

Для того, чтобы достичь позитивных результатов в отношении повышения уровня ГВЗ, медицинские организации должны работать в кооперации с образовательными учреждениями, некоммерческими организациями и другими секторами общества [McQueen, D.V. [et al.], 2007; Paasche-Orlow M.K, 2009].

Представители власти различных уровней могут и должны:

- Определять стратегию грамотности.
- Формулировать цели мероприятий по повышению грамотности в вопросах здоровья, поощрять ведомства и организации разрабатывать программы улучшения ГВЗ.
- Финансировать программы по повышению грамотности в вопросах здоровья и осуществлять подготовку кадров в данном направлении.
- Учитывать вопросы ГВЗ при планировании, улучшении качества медицинской помощи, обеспечении её безопасности.
- Контролировать результаты реализации программы в вопросах ГВЗ.
- Учитывать предложения населения при подготовке стратегий по повышению грамотности в вопросах здоровья населения.
- Учитывать интересы национальных меньшинств, не владеющих государственным языком.
- Обеспечивать доступность медицинских услуг.
- Издавать наглядные материалы, облегчающие населению доступ к медицинской помощи.
- Информировать население об объеме предоставляемых платных услуг.
- Борьба с дискриминацией населения с такими заболеваниями, как ВИЧ/СПИД, туберкулёз, психиатрические заболевания [Jordan J.E. [et al.], 2011; Uwamahoro NS [et al.], 2019].
- Контролировать достоверность предоставляемой СМИ информации и обеспечить простоту ее изложения [Rudd, R.E., Anderson, J.E, 2006; Cayton H. [et al.], 2008; Hosking J. [et al.], 2011; Brach C. [et al.], 2012].

Главный источник информации о здоровье для населения – это врачи, однако все большее влияние на мировоззрение людей оказывают электронные и печатные СМИ. Они могут быть мощным орудием в распространении знаний о здоровье человека и способах его поддержания. В масштабах города Ставрополя проводились исследования среди врачей города по вопросам информирования ими своих пациентов. Одно из исследований охватывало работу врачей, оказывающих первичную медико-санитарную помощь [Амлаев

К.Р., Зафирова В.Б., 2014]. По мнению врачей, практически каждого пациента они информируют о его заболевании, факторах риска, плане лечения, а также о важности здорового образа жизни для успеха в лечении. При этом врачи не всегда сами являются образцом адекватного отношения к личному здоровью. Так, например, вакцинацию от гриппа делают менее 6% докторов и такое же количество рекомендует ее своим пациентам [Амлаев К.Р., Зафирова В.Б., 2014].

Трудно переоценить роль Школ здоровья для пациентов в повышении их уровня ГВЗ. В то же время только каждый пятый врач оценил их работу позитивно, а более половины докторов не смогли дать однозначного ответа [Амлаев К.Р. и др., 2007].

В ходе другого опроса было установлен факт того, что 90% докторов всегда информируют пациентов об их заболевании, плане лечения и необходимости здорового образа жизни, и только 2% опрошенных не освещают данную информацию при беседе с больными.

Выявлена взаимосвязь между уровнем знаний врачей и информированием ими пациентов. Чем выше уровень знаний специалистов, тем больше они уделяли внимания обучению пациентов [Амлаев К. Р., Зафирова В. Б., 2014].

В исследовании вопросов здоровья девушек 18-23 лет, получающих образование в городе Ставрополе, показано, что предпочтительными источниками информации о здоровом образе жизни для них являются врачи - специалисты – 48,1%; Интернет – 40,2%. Для представительниц городского населения республик Северного Кавказа привычным источником информации о здоровье и профилактике заболеваний являются родственники (19,4% респондентов). Грамотными настолько, чтобы самостоятельно принять решение в отношении собственного здоровья, себя считают лишь треть опрошенных [Амлаев К.Р. и др., 2015].

Изучение образа жизни у респондентов для 700 молодых людей, обучающихся в ссузах и вузах г. Ставрополя, показало, что врачи никогда не

проводили с ними беседы по поводу ЗОЖ, и только половина респондентов делает прививки от гриппа ежегодно, а 30% опрошенных считают, что вакцинацию нужно проводить раз в 2 или в 3 года [Амлаев К.Р. и др., 2013; Амлаев К.Р. и др., 2014].

Вопросы информирования пациентов о мероприятиях для модификации здорового образа жизни и профилактики заболеваний были также изучены в отношении лиц, страдающих онкологическими заболеваниями. Установлено, что большинство пациентов предпочло бы быть проинформированными в отношении своей патологии через электронную почту [Амлаев К. Р. и др., 2013].

Изучение уровня ГВЗ будущих матерей на примере социологического исследования 350 беременных женщин и 25 врачей акушеров-гинекологов выявило низкий уровень информированности беременных женщин по вопросам формирования здоровья детей: 62,6% не знают о влиянии факторов риска на здоровье будущих детей, 59,3% испытывают эмоциональное напряжение, 87% отмечают необходимость в санитарном просвещении по данным вопросам. Опросе врачей акушеров-гинекологов обнаружил недостаток знаний по вопросам ранней диагностики и первичной профилактики врожденных и наследственных заболеваний [Якушина И.И., Ильченко И.Н., 2018].

В исследование уровня ГВЗ взрослого населения г. Бийска в вопросах стоматологического здоровья было опрошено 320 человек. В ходе исследования выяснилось, что большая часть опрошенных не обладает должным уровнем ГВЗ в вопросах профилактики стоматологических заболеваний: лишь 10% населения посещают стоматолога с профилактической целью, 9% обращаются к стоматологам планово. Большинство респондентов обращаются к стоматологу только в случае экстренной необходимости [Каспарова А.О., 2020].

Имеется разница в уровне ГВЗ у сидячих работников в зависимости от их уровня физической активности: работники с недостаточным уровнем

физической активности хуже ориентируются в вопросах здравоохранения, укрепления здоровья [Малинаускас Р.К., Калвайтис А., 2017].

Информирование населения с помощью только медицинского персонала не может в полной мере повлиять на мировоззрение населения в отношении необходимости изменения образа жизни на более здоровый. Необходим более масштабный подход с вовлечением в эту деятельность органов государственной власти и использованием эффективной коммуникации. Только таким образом удастся помочь людям осознать важность профилактических мер для предотвращения заболеваний [Geboers B [et al.], 2018; Lloyd J [et al.], 2018].

Использовать различные источники информации люди начинают с самого раннего возраста, однако часть из них может оказывать негативное влияние на поведение людей, их образ жизни. Примером может служить повсеместная реклама фаст-фуда, сахаросодержащих «газировок» и «энергетиков», которая воздействует на население, подводя его к принятию неверных решений относительно своего пищевого поведения и образа жизни в целом. В этих обстоятельствах важно грамотно использовать социальный маркетинг [Nutbeam D [et al.], 2017]. Иллюстрацией тому может служить принятие ФЗ «О защите населения от табачного дыма».

Необходимую информацию можно в должном объеме доносить до населения с помощью телевидения и радио при наличии законодательных актов, закрепляющих время, место и количество подобной полезной социальной рекламы. Неограниченная площадка для обсуждения темы здоровья и здорового образа жизни – это социальные сети в Интернете. Instagram, Facebook, YouTube, Вконтакте, Одноклассники стали неотъемлемой частью жизни населения, независимо от возраста и социального положения и могут быть использованы как каналы популяризации ЗОЖ [Huhta A [et al.], 2018; Neter E, Brainin E, 2019].

Одним из эффективных способов информирования является так называемый вирусный маркетинг. Это способ распространения рекламы, при

котором получатель информации становится дальнейшим ее распространителем, например, путем репостов. Это реализуется за счет того, что подаваемая идея отличается привлекательной подачей, заинтересовывает получателя, и ему хочется незамедлительно поделиться ею со своими знакомыми из соцсетей и мессенджеров. Предшественники вирусного распространения информации – различные акции, рекламирующие привлекательные для покупателей товары или услуги, информация о которых распространялась методом «сарафанного радио» от одного потребителя к другому [Kim H [et al.], 2017].

Данные методики уже устарели и сменились новыми современными технологиями, которые способствуют передаче информации все новым и новым получателям, даже вопреки их собственному желанию. Эта информация может быть предоставлена в виде видеоклипов, анекдотов, слоганов, мемов, игр и многого другого. Важная особенность вирусной рекламы заключается в том, что в большинстве случаев для зрителя неочевиден рекламный характер сообщения, и он, как правило, не понимает, что увиденное является рекламой. Это важно, потому что население не доверяет рекламе из-за ее навязчивости и недобросовестности. С другой стороны, рекомендации человека, не имеющего отношения к рекламному бизнесу, но имеющего личный позитивный опыт использования услуги, стимулируют востребованность ее у потребителей. В Интернете это реализуется за счет возможности оставлять комментарии к предоставленной информации. В этой связи индивидууму важно уметь отличать реальные отзывы от вымышленных и оплаченных заказчиком [Kim H [et al.], 2017; Huhta A [et al.], 2018; Neter E, Brainin E, 2019].

В отношении повышения уровня грамотности в вопросах здоровья социальные сети могут быть полезны также за счет использования коммерческих методов:

- Расчет на конкретную аудиторию.
- Опровержение заведомо ложной информации, от кого бы она ни исходила.

- Создание социальных сред и стратегий, способствующих формированию ГВЗ.
- Таргетирование информации.
- Сегментирование аудиторий [Амлаев К.Р. Дахкильгова Х.Т., 2018].
- Сочетание образовательных мер с развлекательными [Hill SJ, Sofra TA, 2018].

Чрезвычайно полезны интернет-платформы, социальные сети, где пациенты с одинаковым заболеванием могут получить полезную информацию по своим проблемам от подготовленного модератора. Примером может служить веб-ресурс Patients Like Me («Такие же пациенты, как я») [Patientslikeme.com, 2017] или направленный на улучшения ГВЗ у тинейджеров Teen2Xtreme. Он отличается тем, что является платформой, с помощью которой подростки могут свободно общаться друг с другом [Manganello, J.A., 2008]. Еще один плюс – это дружественный и удобный интерфейс, в разработке которого принимали участие, в том числе, и сами подростки, что способствует повышению интереса среди потенциальных юных зрителей [T2X (Teen2Xtreme), 2013, Rababah JA [et al.], 2019]

Идеальным вариантом было бы создание подобной образовательной платформы на базе сайта ВОЗ или министерств здравоохранения [World Health Organization..., 2006; Levin-Zamir D. [et al.], 2012; Sorensen K. [et al.], 2012; European Commission: public health, 2013; Life Regional Advocacy Center, 2013; NHS Direct, 2013; International Network..., 2017].

Другой иллюстрацией эффективных мер в сфере ГВЗ можно считать представление медицинских терминов понятным для жителей языком. В Мичиганском университете был создан «Медицинский словарь на понятном языке», который находится в открытом доступе в сети Интернет, а также в качестве приложения для мобильных телефонов [Амлаев К.Р. Дахкильгова Х.Т., 2018; Plain Language Medical Dictionary 2013].

К сожалению, социальные сети могут содержать и многочисленные риски. К рискам социальных медиа, которые в то же самое время могут быть

и их преимуществами, относятся: огромный охват населения, незамедлительная доставка информации, отсутствие законодательного контроля за выкладываемой информацией, возможность размещения заведомо ложных сведений, полное отсутствие контроля за контентом, что в период эпидемий путем рассылки ложной информации может вызвать панику среди людей. Источник сообщения часто невозможно отследить, а сама информация подвергается вольному истолкованию. Чтобы избежать подобных ситуаций, необходимо развивать такие информационные каналы, которые бы пользовались доверием у населения. Подобные каналы должны использовать ссылки на ресурсы, где можно ознакомиться с оригинальным источником, содержащим научно доказанные факты. В качестве примера можно привести российские ресурсы «Россия без табака» <https://www.smokefreerussia.ru/> и «СПИД. Центр» <https://www.facebook.com/spid.center/?pnref=story>, предоставляющие достоверную информацию о проблемах, связанных с табачной зависимостью и ВИЧ соответственно [Амлаев К.Р. Дахкильгова Х.Т., 2018; Kim H [et al.], 2017; Huhta A [et al.], 2018; Neter E, Brainin E, 2019]. Модераторами таких ресурсов могут быть подготовленные пациенты. Для работы в сфере повышения ГВЗ необходимо привлекать представителей целевых аудиторий. С учетом особенностей целевой группы создают наглядные информационные материалы, видеоклипы и викторины. Плюсы такого подхода: доступность информации и доверие к ее источнику, объяснение сложных понятий повседневным языком [Hill SJ, Sofra TA, 2018; Azizi N, 2019].

Требования к мероприятиям по повышению ГВЗ:

- интенсивность;
- доказательность;
- участие экспертов;
- межсекторальный и междисциплинарный характер мероприятий [Gazanio T.A. [et al.], 2007; Beaglehole R. [et al.], 2011; Berkman, N.D., 2011; Comparative report..., 2012, Levin-Zamir D. [et al.], 2012].

При этом для работы с мигрантами важно приглашать их соотечественников, использовать информационные материалы на их родном языке. Возможность бесплатно обучаться государственному языку приведет к значительному повышению уровня общей грамотности и ГВЗ у мигрантов. Если у мигрантов очень низкий уровень функциональной грамотности и при этом у них нужно взять информированное согласие на процедуру или обсудить ее ход, нужно привлекать профессиональных переводчиков из числа представителей их национальности, которым пациент может доверять. Повышение уровня общей грамотности и изучение языка страны пребывания улучшают адаптацию мигрантов в социуме [Pleasant A., 2009; Health literacy – “the basics”, 2011; Adult Literacy and ..., 2012; Brach C. [et al.], 2012; Comparative report on..., 2012; EU High Level..., 2012; van Hoof P., 2013].

Выбирать те или иные продукты и услуги – личный выбор каждого потребителя. Однако для того, чтобы сделать здоровый выбор, человек должен иметь максимально полную информацию обо всех продуктах и услугах. Что можно сделать для повышения ГВЗ в сфере потребления?

Во-первых, должна быть обязательной маркировка каждого продукта. На этикетке необходимо указывать энергетическую ценность товара, его состав, срок годности. Если информации слишком много и она не помещается на маленькой этикетке, обосновано использование инфоматов в супермаркетах [Manganello J [et al.], 2017]. Отсканировав штрих-код товара, покупатель сможет увидеть информацию, которую ему не удалось разглядеть из-за мелкого шрифта. Контролирующие органы совместно с производителями и торговыми организациями могут акцентировать внимание людей на здоровых продуктах, маркируя их специальными знаками: зелеными, если продукт полезен для здоровья, желтыми – если не обладает ни полезным, ни вредным воздействием на организм, красными – если продукт может нанести здоровью вред. Важно обеспечить доступность здоровой пищи, при этом ограничивая рекламу нездоровой еды, сладких газированных напитков, фастфуда [Bitzer E. [et al.], 2018].

Носителями достоверной информации о здоровье и профилактике заболеваний могут быть самые разнообразные люди, не только медицинские работники. Например, в Великобритании к борьбе с кожными заболеваниями и эпидемией гриппа привлекли сотрудников салонов красоты. Их снабдили большим количеством демонстрационного материала, который они установили на видных местах в парикмахерских [Annarumma C, Palumbo R., 2016; Parson K. [et al.], 2017].

В США, например, существует специальный Интернет-ресурс, предназначенный для улучшения уровня ГВЗ населения. Он позволяет развить свои коммуникационные навыки и знания в сфере грамотности в вопросах здоровья не только медицинским сотрудникам, но и заинтересованным гражданам [Institute of Medicine. Health literacy..., 2004; Mark Kutner, 2006; Limited health literacy..., 2011; International Network of Health..., 2017].

Эффективность стратегий по улучшению ГВЗ повышается при внедрении их на рабочих местах. Особенно это важно для мужчин, так как они меньше уделяют внимания собственному здоровью и реже обращаются к врачу, чем женщины [Oliffe JL [et al.], 2019; Wills J. [et al.], 2019]. Поэтому при реализации проектов по повышению ГВЗ, одобренных руководством и включенных в культурную, досуговую, оздоровительную деятельность организаций и профсоюзов, результативность и социальный эффект таких мероприятий повышается. Программы, направленные на формирование здорового образа жизни, снижение частоты профессиональных заболеваний, стрессовых расстройств, травматизации на рабочем месте, становятся более эффективными при использовании материальных или моральных стимулов для участвующих в них сотрудников. Это способствует повышению уровня грамотности в вопросах здоровья работающих, укреплению их здоровья, увеличению производительности труда, снижению заболеваемости, и, соответственно, выплат по больничным листам [Margat A., 2017; Margat A. [et al.], 2017]. Важными аспектами, повышающими эффективность программ

сохранения здоровья рабочих на рабочем месте и необходимыми для повышения уровня ГВЗ являются следующие:

- участие руководителей в реализуемых программах, демонстрация ими поддержки проводимых мероприятий;
- привлечение к проектам по укреплению здоровья и повышению уровня ГВЗ медицинских специалистов;
- интеграция вопросов ГВЗ в общую программу здоровья на предприятии, в инструктаж по охране труда, внесение данных пунктов в договоры между трудящимися и руководством организаций;
- вовлечение семей работников в общественные мероприятия по улучшению здоровья и повышению уровня ГВЗ;
- контроль эффективности предложенных мер [Carmona R, Pleasant A, 2018].

Примером могут служить меры, осуществляемые компанией Джонсон и Джонсон, штат сотрудников которой насчитывает больше 100000 человек. Она создала и реализовала комплексную программу здоровья, включающую в себя ряд компонентов: определение у работников индивидуального риска для здоровья, материальное вознаграждение наиболее активным работникам, обеспечение доступности ряда медицинских профилактических услуг, скрининг неинфекционных заболеваний, повышение уровня ГВЗ, обеспечение здорового меню, поощрение использования велосипедов для поездок на работу, обеспечение инфраструктуры для занятий спортом [Heinen L. [et al.], 2009; Anderson P. [et al.], 2011].

1.5. Программы по улучшению ГВЗ у пациентов с хроническими заболеваниями

Программы по улучшению ГВЗ реализуются и в европейских странах, и в 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 C.M. [et al.], 2006; Kondilis B.K. [et al.], 2006; Wang, J, Schmid, M, 2007; Brach C. [et al.], 2012; Learning a living..., 2012].

Ожирение и ГВЗ.

На фоне низкой грамотности в вопросах здоровья населения особенно растет распространенность такого заболевания, как ожирение [Erdogdu UE [et al.], 2019], которое в значительной степени зависит от состояния социально-экономических детерминант [Bitzer E, Sørensen K., 2018].

В большей степени увеличение риска сопутствующих заболеваний сопряжено с количеством висцерального жира, локализующегося в брюшной полости [Luong Q [et al.], 2019.]. Около 10-25% лиц с ожирением, имеет так называемое «метаболически здоровое ожирение» (МЗО), для которого характерно отсутствие метаболических нарушений [Амлаев К.Р., Блинкова Л.Н. и др, 2020; van Vliet-Ostapchouk JV [et al.], 2014], но у них все же сохраняется повышенный риск развития сахарного диабета 2 типа и сердечно-сосудистых заболеваний, а также депрессивных расстройств [Stefan N [et al.], 2013; Blüher M., 2013; Bell JA [et al.], 2014; Blüher M., 2014; Kivimaki M, Hamer M., 2014].

Этиологическими факторами риска развития ожирения являются возраст, пол, генетика, пищевое поведение, недостаточный уровень физической активности, стресс, гормональные факторы. Мужчины чаще накапливают жировые отложения в верхней части туловища и в области

живота, женщины, как правило, накапливают жировую ткань в нижней части тела в области ягодиц и бедер [Амлаев К.Р. Блинкова Л.Н. и др, 2020; Karpe F, Pinnick KE, 2014; Luong Q [et al.], 2019]. У женщин даже при высоком ИМТ отмечается меньшее накопление висцерального жира. Это способствует более доброкачественному течению ожирения и снижению риска кардиоваскулярных и метаболических осложнений. Однако в постменопаузальном периоде количество висцерального жира у женщин увеличивается. [Karpe F, Pinnick KE, 2014; Choe SS [et al], 2016; Luong Q [et al.], 2019].

Вклад наследственных факторов в ожирение находится в пределах 30%-70%. В среднем 50 % случаев ожирения наследуется детьми от родителей. При этом продолжительность жизни тучных мужчин меньше, чем у женщин с ожирением [Grover SA [et al.], 2015; Hernández-Díaz A [et al.], 2016; Manna P, Jain SK, 2015].

Фактором, способствующим развитию ожирения, является психологический дистресс. Действительно, многие люди предпочитают «заедать» свои проблемы и беспокойство [Амлаев К.Р. Блинкова Л.Н. и др, 2020; 2018Ellis, A., 2001; Kyrou I, Tsigos C, 2009].

Известно, что потребление высококалорийной пищи, фастфуда, сладких газированных напитков значительно увеличивает риск развития ожирения [Robert Lustig M, 2011]. Сидячий образ жизни, очевидно, способствует профициту энергии, особенно при сочетании с неправильным пищевым поведением. Регулярная физическая активность в ряде случаев поможет снизить риск развития абдоминального ожирения путем уменьшения массы висцерального жира на 10-19% [Rosen ED, Spiegelman BM, 2014].

Особую тревогу вызывает усиление тенденции к развитию числа случаев детского ожирения. Распространенность ожирения увеличилась на 23% в развитых и на 13% в развивающихся странах [Ash T [et al.], 2017]. Около 92 млн детей дошкольного возраста находятся в группе риска по избыточному весу [Styne DM, [et al.], 2017]. Растущая распространенность детского

ожирения непосредственно связана с увеличением распространенности в педиатрии таких «взрослых» заболеваний, как гипертония, сахарный тип 2, неалкогольная жировая болезнь печени [Cohen P, Spiegelman BM, 2015; Kumar S, Kelly AS, 2017; Borges FM [et al.], 2019]. Расходы, связанные с медицинским обслуживанием «тучных» детей в Соединенных Штатах превышают 1400 миллиардов долларов в год [Trasande L, Chatterjee S, 2009].

Ожирение способствует развитию оксидативного стресса за счет увеличения объема жировой ткани и переизбытка энергии для митохондрий. Центральное ожирение также вызывает высвобождение из жировой ткани провоспалительных цитокинов, которые также индуцируют оксидативный стресс и инсулинорезистентность. Инсулинорезистентность приводит к гипергликемии, что само по себе приводит к оксидативному стрессу. Таким образом, возникает порочный круг, который может привести к сахарному диабету 2 типа и ряду других заболеваний [Amano SU [et al.], 2014; Salmon A, 2016; Akbari M, Hassan-Zadeh V, 2018; Sramkova V [et al.], 2019].

Сопутствующая патология, связанная с ожирением, многочисленна, в патологический процесс вовлекаются практически все органы и системы организма, в первую очередь, эндокринная, гастроинтестинальная, респираторная, половая, опорно-двигательная.

При избыточном увеличении массы тела висцеральный жир начинает распространяться в периваскулярном пространстве и эпикарде, это увеличивает риск сердечно-сосудистых заболеваний. На каждые 5 кг лишнего веса АД человека увеличивается на 20%. ИБС возникает вследствие оксидативного стресса и воспаления жировой ткани, а у «тучных» пациентов значительно повышается риск фатального инфаркта миокарда [Grover SA [et al.], 2015].

У лиц с ожирением, кроме того, увеличивается вероятность развития рака пищевода, толстой кишки, молочной железы в постменопаузе, поджелудочной железы, предстательной железы и почек [Амлаев К.Р. Блинкова Л.Н. и др, 2020]. Риск опухолевых заболеваний увеличивается за

счет стимуляции инсулиноподобного фактора роста-1 и секреции других гормонов роста. Они ускоряют клеточную пролиферацию, стимулируют ангиогенез, угнетают апоптоз и способствуют опухолевому росту [Lennon H [et al.], 2016].

Висцеральное ожирение способствует отложению жира в том числе и на шее, что может увеличивать риск приступов ночного апноэ [Амлаев К.Р. Блинкова Л.Н. и др, 2020]. Также возрастает риск развития бронхиальной астмы [Kucharska A.M. [et al.], 2015; Milić S. [et al.], 2014].

Избыточный вес приводит к преждевременному износу суставов, дегенерации хряща и изменениям субхондральной костной ткани, стимулируя развитие остеоартроза. Частота распространения этой патологии у лиц с ожирением в два раза выше, чем среди лиц с нормальной массой тела [Di Angelantonio E [et al.], 2016].

Ожирение негативно влияет и на репродуктивный потенциал женского организма за счет нарушений в системе гипоталамус-гипофиз-яичник. «Тучные» женщины часто имеют более высокий уровень инсулина в крови, он стимулирует увеличение выработки андрогенов яичниками. В свою очередь, андрогены быстро превращаются в эстрогены вследствие избытка жировой ткани, что приводит к развитию обратной связи в цепочке гипоталамус-гипофиз-яичник и стимулирует производство гонадотропина [Амлаев К.Р. Блинкова Л.Н. и др, 2020]. В результате нарушается менструальный цикл, возникает овариальная дисфункция [Stinkens R [et al.], 2015]. По сравнению с женщинами с нормальным весом «тучные» женщины чаще вынуждены родоразрешаться путем операции кесарева сечения, у них на 60 % выше вероятность мертворождения плода. [Амлаев К.Р. Блинкова Л.Н. и др, 2020; Marchi J [et al.], 2015].

Ожирение негативно сказывается и на репродуктивном потенциале мужчин. Установлено, что повреждение сперматозоидов на фоне оксидативного стресса является мощным фактором, индуцирующим мужское бесплодие [Амлаев К.Р. Блинкова Л.Н. и др, 2020; Salmon A, 2016].

Перечень мер по снижению избыточного веса в настоящее время включает:

- Диету с повышенным содержанием кальция [Arora T [et al.], 2013].
- Физическую активность. Регулярные тренировки снижают количество медиаторов воспаления в сыворотке крови, повышают уровень адипонектина [Fonseca-Junior SJ [et al.], 2013].
- Медикаментозное лечение. При этом показания для использования препаратов должны быть четко выверены, а главной целью терапии должно быть общее оздоровление организма, а не потеря веса [Амлаев К.Р. Блинкова Л.Н. и др, 2020; Vetter ML [et al.], 2010].
- Бариатрическую хирургию – разновидность лечения ожирения, которая используется тогда, когда на фоне немедикаментозных и фармакологических методов лечения не отмечается потери веса или снижения риска коморбидной патологии. За последние 20 лет это вмешательство продемонстрировало хорошие результаты в отношении снижения веса, контроля за сопутствующей патологией и даже по сокращению смертности у взрослых больных и у подростков. Хирургическое вмешательство у «тучных» лиц имеет положительные результаты в лечении некоторых сопутствующих ожирению заболеваний, таких как дислипидемия и сахарный диабет 2 типа и положительно влияет на качество жизни пациентов [Christison AL, Gupta SK, 2017; Durkin N, Desai AP, 2017].

В научной 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: уменьшить количество жиров в рационе, увеличить потребление фруктов, овощей и 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 [Martins NFF [et al.], 2017; Bozkurt H., 2019; Hochhauser M., [et al.], 2019].

Резюме

Проблема грамотности населения в вопросах здоровья рассматривается мировым сообществом как актуальная более тридцати лет. Было показано, что, хотя и не установлено прямой связи показателей общей грамотности и ГВЗ, тем не менее, общая грамотность оказывает влияние на ГВЗ опосредованно. В настоящее время выделяют три уровня ГВЗ: функциональный, интерактивный и критический. При этом целью общества является повышение уровня функциональной грамотности до 100%, интерактивной до 50%, а критической до 25%.

Литературные источники подтверждают необходимость разработки и внедрения методик оценки уровня ГВЗ. При этом существующие зарубежные опросники требуют их адаптации к условиям России и дальнейшем регулярное измерение уровня ГВЗ населения.

Хотя особая роль в деятельности по улучшению ГВЗ отводится медицинским работникам и лицам, принимающим решения, необходимо также привлекать к решению данной проблемы непосредственно население.

Низкая грамотность в вопросах здоровья является одной из причин высокой заболеваемости и смертности, высокой частоты госпитализаций и неравенства в вопросах здоровья. Изменить ситуацию к лучшему в данной ситуации поможет вмешательство государства и разработка специальных стратегий по повышению уровня грамотности в вопросах здоровья населения. Данные стратегии обязательно должны реализовываться при участии СМИ, с использованием ресурсов социальных сетей, вовлечении в данную работу медицинских специалистов [Equality and diversity, 2013].

В общих чертах, меры по улучшению уровня ГВЗ должны включать в себя повышение общего уровня грамотности населения, публикацию информационных материалов высокого качества, изложенных доступным языком, облегчение получения медицинских услуг для пациента, обучение медицинских специалистов, сведущих в вопросах ГВЗ. Для реализации этих мер необходимы эффективные коммуникации. Стоит отметить, что в некоторых странах необходимость упрощения языка определена нормативными документами [Weiss, B.D., 2007; Kickbusch I. [et al.], 2008; Christakis N, Fowler, 2009; Eichler K. [et al.], 2009; Comparative report..., 2012; Mitic, W., Rootman, I., 2012; Plain Language Medical Dictionary, 2013, Choudhry F [et al.], 2019].

Опыт международных и российских проектов по улучшению грамотности в вопросах здоровья показал сложность их реализации, выявил недостаток квалифицированных специалистов в этой области. В то же время систематический подход, заинтересованность государства в реализации

подобных правовых программ позволит достичь позитивных результатов со значительным медико-социальным и экономическим эффектом [Амлаев К.Р., Дахкильгова Х.Т., 2020; Lloyd J [et al.], 2018].

Анализ научной литературы по изучаемой проблеме продемонстрировал как ее важность, так и дефицит научных публикаций по данной тематике, особенно в России. В РФ не проводились комплексные научные исследования по данной проблематике, не изучались уровни ГВЗ, также редки публикации, содержащие описание мер по повышению ее уровня. Анализ показал, что научной моделью по изучению проблем ГВЗ и повышению ее уровня может служить ожирение. Имплементация данных мер в отношении матерей с ожирением может оказать позитивное воздействие не только на них, но и на их детей, страдающих ожирением. Комплексное определение уровня ГВЗ в крупном регионе РФ (СКФО), где одновременно воздействуют самые разнообразные факторы (этнический, конфессиональный, экологический, экономический), повышение ГВЗ станет серьезным вкладом в профилактику как НИЗ, так и инфекционных заболеваний, что позитивно скажется на общественном здоровье жителей России.

ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ, МЕТОДЫ И ОРГАНИЗАЦИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1. Характеристика базы исследования

Исследование было проведено в субъектах Северо-Кавказского Федерального округа в рамках НИР кафедры общественного здоровья и здравоохранения, медицинской профилактики и информатики с курсом ДПО ФГБОУ ВО «СтГМУ» «Научное обоснование мер медицинской профилактики, формирования здорового образа жизни и улучшения качества жизни различных категорий населения» - № гос. регистрации АААА-А16-1160726100183.

Население СКФО на 1 января 2020 года составляло 9930,9 тыс. чел. Показатель рождаемости в СКФО в 2019 году был равен 13,7 на 1000 населения и уменьшился по сравнению с прошлым годом (14,4) на 4,9%. Показатель общей смертности был равен 7,4 на 1000 населения (в 2018 – 7,5). В СКФО рождаемость превышает смертность. Естественный прирост в СКФО был равен +62418 чел., +6,3 на 1000 населения (+68453 чел., +6,9 на 1000 тыс. населения в 2018 году).

Таблица 2.1 – Демографические показатели СКФО (2009-2019 гг.)

Годы	человек			На 1000 населения		
	число родившихся	число умерших	естественный прирост (убыль)	число родившихся	число умерших	естественный прирост (убыль)
2009	157573	81969	75604	17,1	8,9	8,2
2010	163020	80989	82031	17,2	8,5	8,7
2011	165890	80277	85613	17,5	8,5	9,0
2012	166020	78823	87197	17,4	8,3	9,1
2013	164063	76601	87462	17,2	8,0	9,2

Продолжение таблицы 2.1.

2014	166577	77456	89121	17,3	8,0	9,3
2015	160400	76632	83768	16,6	7,9	8,7
2016	154533	75973	78560	15,9	7,8	8,1
2017	146894	73841	73053	15,0	7,5	7,5
2018	141841	73388	68453	14,4	7,5	6,9
2019	135576	73158	62418	13,7	7,4	6,3

Динамика показателей естественного движения населения с 2009 по 2019

г. представлена на Рисунок 2.1.

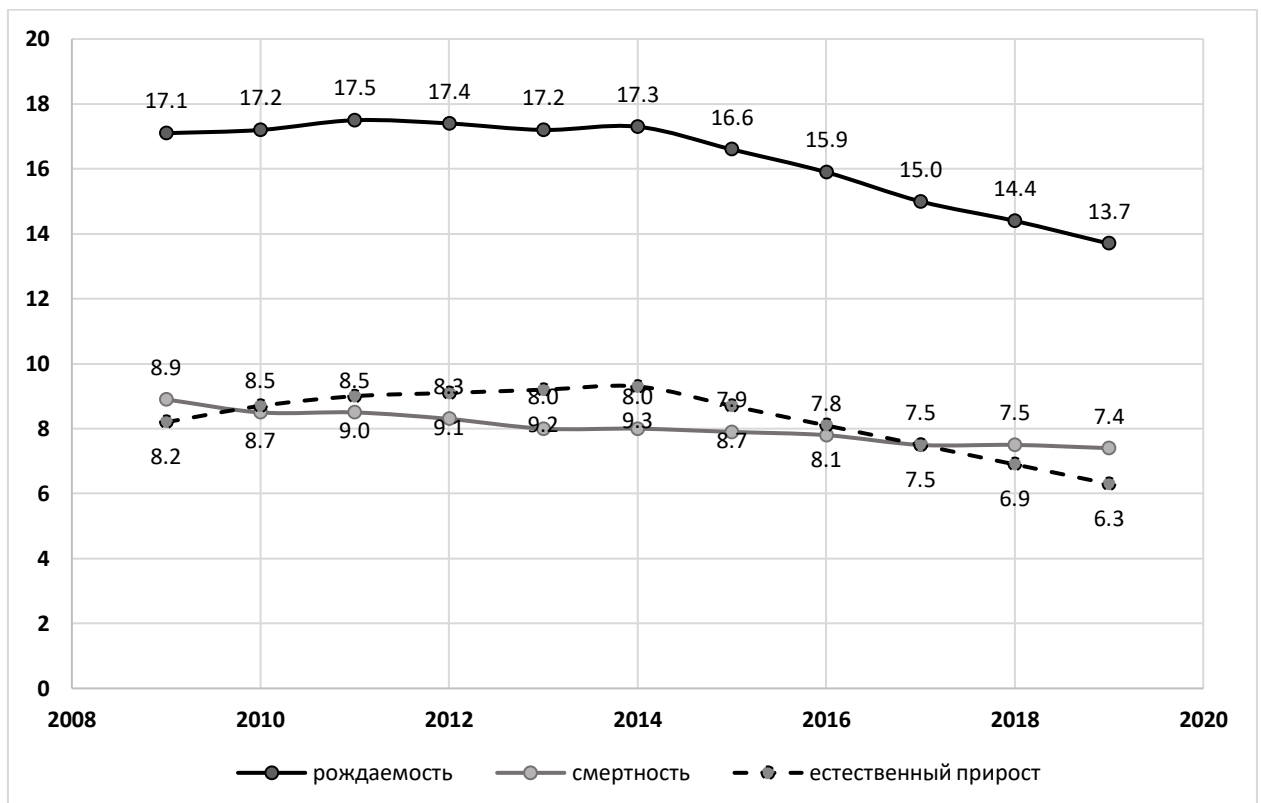


Рисунок 2.1 – Динамика рождаемости, смертности и естественного прироста (убыли) (на 1000 населения), СКФО

2.2. Материалы, методы и организация исследования

Объект исследования.

Совершеннолетнее население субъектов Северо-Кавказского федерального округа.

Предмет исследования.

Грамотность взрослого населения СКФО в вопросах здоровья.

Источники информации.

Социологические опросники, данные официальной и ведомственной статистики.

Методы исследования.

Контент-анализ, социологический (анкетного опроса), статистический; математической статистики; аналитический метод, организационного эксперимента.

Основными базами исследования являлись:

1. Кафедра общественного здоровья и здравоохранения, медицинской профилактики и информатики с курсом ДПО ФГБОУ ВО «СтГМУ» Минздрава России

Адрес: Ставропольский край, город Ставрополь, ул. Мира, 310.

Дополнительными базами исследования являлись учреждения образования и медицинские организации Ставропольского края.

Исследование проводилось поэтапно.

На предварительном этапе была разработана программа исследования, выбраны базы исследования и методы обработки данных, проанализирована научная литература по теме исследования.

На первом этапе был составлен и адаптирован с учетом российских особенностей опросник для исследования уровня грамотности в вопросах здоровья населения на основе европейских опросников для изучения уровня ГВЗ.

Анкета содержала несколько блоков вопросов:

- Социально-демографический (пол, возраст, семейное положение, уровень образования и дохода, место проживания респондентов и др.).
- Блок, позволяющий оценить уровень ГВЗ, из них 21 вопрос для оценки функциональной, 16 вопросов для оценки интерактивной, 10 вопросов для оценки критической грамотности в вопросах здоровья.

- Блок, отражающий субъективную оценку пациентов своего здоровья, физической активности, а также наличие тех или иных факторов риска НИЗ;
- Блок, позволяющий оценить медицинскую активность респондентов, качество и доступность медицинской помощи [Амлаев К.Р., Дахкильгова Х.Т., 2020].

На втором этапе было проведено исследование уровня различных видов грамотности в вопросах здоровья жителей СКФО.

Количество респондентов было определено с помощью формулы для установления размера выборочной совокупности с учетом гендерного и возрастного состава респондентов. Минимальный объем репрезентативной выборки определяли по формуле, рекомендуемой Сафроновой Н.Б., Корнеевой И.Е. [Сафронова Н.Б., 2017]:

$$n = \frac{\frac{z^2 \times p(1-p)}{e^2}}{1 + \left(\frac{z^2 \times p(1-p)}{e^2 N}\right)}, \text{ где:}$$

n – размер выборочной совокупности

N - численность генеральной совокупности (численность взрослого населения Северо-Кавказского федерального округа)

e - предел погрешности (в виде десятичной дроби)

z – уровень доверия (в виде z -оценки)

$p(1-p)$ - степень вариации распределения, где p - доля распределения исследуемого признака в выборке (в виде десятичной дроби)

Для данного исследования выбраны следующие значения показателей:

$z=2$ (для 95%-го доверительного интервала)

$p=0,5$ (в связи с тем, что до начала исследования значение p неизвестно, его приняли в размере 0,5, что позволяет получить максимально возможную величину степени вариации распределения признака и, следовательно, наибольшее значение объема выборки при прочих равных условиях).

Таким образом, минимальный объем репрезентативной выборки составил примерно 1500 респондентов.

Исследование проводилось в виде одномоментного количественного исследования и структурированного интервью (самозаполнение анкет). В анкете респонденту предлагалось выбрать один из нескольких предложенных вариантов ответов. Пациенту объяснялась цель проводимого исследования и предлагалось принять участие в опросе.

На вопросы анкеты в феврале-мае 2019 года респонденты отвечали самостоятельно. Для проведения исследования было получено разрешение регионального этического комитета. Исследование носило анонимный характер. Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета программ SPSS v 24.0. Качественные данные выражали долями (%), для которых рассчитывали 95% доверительный интервал (95% ДИ) по методу Уилсона. Значимость различий между группами с номинальными переменными оценивали с помощью критерия χ^2 (значимыми считали различия при $p \leq 0,05$).

На вопросы анкеты (Приложение А) ответили 2140 человек (362 человека из Ингушетии, 253 – из Северной Осетии, 318 человек из КБР, 328 – из Чеченской республики, 431 человек из КЧР, 448 человек – из Ставропольского края). Группы респондентов сравнивались в зависимости от пола, уровня жизни, места жительства, уровня образования. Выборка максимально отражала территориальные, национальные и конфессиональные особенности территорий 7 субъектов Северо-Кавказского федерального округа. 56,8% респондентов составляли женщины, 43,2% – мужчины. В городах проживали 51,6% опрошенных, в сельской местности 45,2%. По распределению по субъектам СКФО респонденты разделились следующим образом: из Ставропольского края – 21,0%; из Карачаево-Черкессии – 20,1%; из Ингушетии – 16,9%; 15,3% - жители Чечни; 14,9% - Кабардино-Балкарии, 11,8% - Северной Осетии-Алании. 56,8% (95% ДИ: 48,7-65,3%) респондентов проживали в официально зарегистрированном браке; не состояли в браке

24,8% (95% ДИ: 17,2-32,7%), были разведены 7,4% (95% ДИ: 5,4-8,2%); вдовцы/вдовы – 6,4% (95% ДИ: 4,2-8,6%); остальные предпочли не отвечать на данный вопрос. Максимальное количество опрошенных имели высшее и среднее профессиональное образование – 38,2% (95% ДИ: 35,8-42,6%) и 24,2% (95% ДИ: 21,6-27,1%) соответственно. Неоконченное высшее образование было у 14,8% (95% ДИ: 10,7-16,7), а общее среднее образование у 12,0% (95% ДИ: 9,6-14,5%) респондентов. Не имели среднего образования в общей сложности 8,8% (95% ДИ: 6,5-10,2%) опрошенных. Большая часть опрошенных (47,5%; 95% ДИ: 44,1-50,3%) оценила свой уровень жизни как средний (5-7 баллов по 10-балльной шкале), 31,3% (95% ДИ: 27,4-33,6%) считают свой уровень жизни низким (1-4 балла), 20,0% (95% ДИ: 17,2-22,7%) - высоким (8-10 баллов).

Анализ финансового статуса участвующих в опросе показал, что месячный доход большинства опрошенных (22,7%) составляет 20-30 тысяч рублей; у 18,4% (95% ДИ: 15,9-20,4%) - 10-20 тысяч руб.; у 18,4% (95% ДИ: 15,8-21,2%) - 30-40 тысяч руб.; 13,3% (95% ДИ: 10,2-15,9%) получают менее 10 тысяч руб.; 12,2% (95% ДИ: 9,6-14,8%) - 40-50 тысяч руб.; 13,5% (95% ДИ: 10,3-15,9%) респондентов зарабатывают более 50 тысяч рублей в месяц. При этом материальные трудности иногда испытывали 46,1% (95% ДИ: 40,8-52,4%) опрошенных; 28,7% (95% ДИ: 24,3-30,2%) испытывают их часто; 14,8% (95% ДИ: 11,5-16,8%) их не испытывали никогда; 9,0% (95% ДИ: 6,8-11,7%) затруднились ответить на данный вопрос. Значительная часть респондентов (38,2%; 95% ДИ: 32,6-43,1%) испытывает трудности при оплате лекарственных препаратов, для 13,5% (95% ДИ: 9,8-15,6%) сделать это очень трудно; 10,0% (95% ДИ: 7,8-13,6%) могут без проблем заплатить за лекарства, а 24,2% (95% ДИ: 20,8-27,9%) сделают это довольно легко.

Для 47,0% (95% ДИ: 44,2-50,9%) респондентов довольно трудно оплатить прием врача частной клиники; для 6,0% (95% ДИ: 4,1-8,5%) - очень трудно; а 18,7% (95% ДИ: 14,2-23,4) практически не испытывают трудностей

при оплате врачебного приема по хозрасчету. 13,7% (95% ДИ: 9,8-16,5%) респондентов работают в сфере здравоохранения.

На третьем этапе было проведено исследование уровня грамотности в вопросах здоровья на основе изучения пищевого стереотипа женщин, страдающих ожирением. Исследование проводилось в виде одномоментного количественного исследования и структурированного интервью 467 жительниц Ставропольского края. Анкеты (Приложение Б) распространялись среди женщин с нормальной массой тела (ИМТ = 18,5-24,9 кг/м²), рассчитанной исходя из индекса Кетле (ИМТ = рост, м²/вес, кг), имеющих детей с нормальной массой тела (оценка массы тела проводилась по центильным таблицам для детей до 12 лет, с 12 лет по формуле ИМТ = рост, м²/вес, кг и ИМТ = 18,5-24,9 кг/м²), а также среди женщин с ожирением (ИМТ ≥ 30,0 кг/м²), имеющих детей с ожирением (оценка массы тела проводилась по центильным таблицам для детей до 12 лет, с 12 лет по формуле ИМТ = рост, м²/вес, кг и ИМТ ≥ 30,0 кг/м²).

В анкете респонденту предлагалось выбрать один из нескольких предложенных вариантов ответов. Анкета содержала ряд вопросов, позволяющих выявить пищевые привычки респондентов с тем, чтобы затем попытаться выявить их зависимость от места жительства (город-село), режима вскармливания детей (искусственное-естественное-комбинированное), ИМТ (норма-ожирение). Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета программ SPSS v 24.0. Качественные данные выражали долями (%). Значимость различий между группами с номинальными переменными оценивали с помощью критерия χ^2 (значимыми считали различия при $p \leq 0,05$). Все респонденты были женщинами, проживающими на территории Ставропольского края. Большая часть опрошенных – жители города Ставрополя (70,0%), 30,0% проживали в сельской местности. 42,0% опрошенных женщин страдали ожирением, 58,0% респондентов имели нормальную массу тела. Анализ режима вскармливания показал, что у 39,4% опрошенных женщин дети находились на грудном вскармливании, у 34,5% -

на смешанном, у 25,5% на искусственном вскармливании.

На четвертом этапе были разработаны инновационные технологии по повышению уровня ГВЗ населения с использованием разноуровневых стратегий, в том числе проекты, получившие грантовую поддержку Президента РФ.

Общая схема исследования представлена в таблице 2.2.

Таблица 2.2 – Материалы, методы, организация исследования

Цель: на основе изучения и оценки уровня грамотности в вопросах здоровья населения субъектов Северо-кавказского федерального округа разработать комплекс организационных мероприятий по повышению уровня грамотности в вопросах здоровья.			
Этапы	Задачи	Источники информации, объем исследования	Методы исследования
Предварительный	Установить основные тенденции в состоянии проблемы ГВЗ здоровья. Составить опросник, направленный на изучение функциональной, интерактивной и критической грамотности населения СКФО РФ и апробировать его.	Научные публикации по теме диссертации 23 - российских источников 191 – зарубежных источников, в том числе европейские опросники по изучению уровня ГВЗ – 3	контент-анализ, аналитический
I	1. С помощью адаптированных европейских опросников изучить и оценить уровень грамотности в вопросах здоровья жителей республик Северо-Кавказского федерального округа. 2. Установить социально-демографические и иные факторы, оказывающие влияние на уровень ГВЗ населения СКФО.	Анкета по изучению грамотности в вопросах здоровья населения (2140) – приложение А	контент-анализ, аналитический
II	3. Изучить и оценить пищевые стереотипы женщин Ставропольского края и их детей с нормальной массой тела и с ожирением и на основе этого определить содержание обучения ГВЗ в области питания и физической активности.	Анкета по изучению пищевых привычек женщин Ставропольского края (467) – приложение Б	социологический, статистический, аналитический
III	4. Провести организационный эксперимент и оценить эффективность школ здоровья для пациентов с ожирением, апробировав модуль, улучшающий ГВЗ.	Материалы и результаты исследования, изложенные в предыдущих главах	социологический, статистический, аналитический
IV	5. Разработать меры по повышению ГВЗ на различных стратегических уровнях.	Материалы и результаты исследования, изложенные в предыдущих главах	аналитический, экспертных оценок, организационный эксперимент

ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ УРОВНЯ ГРАМОТНОСТИ В ВОПРОСАХ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ СЕВЕРО-КАВКАЗСКОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА РФ

Мнение респондентов о состоянии своего здоровья представлено на рисунке 3.1.

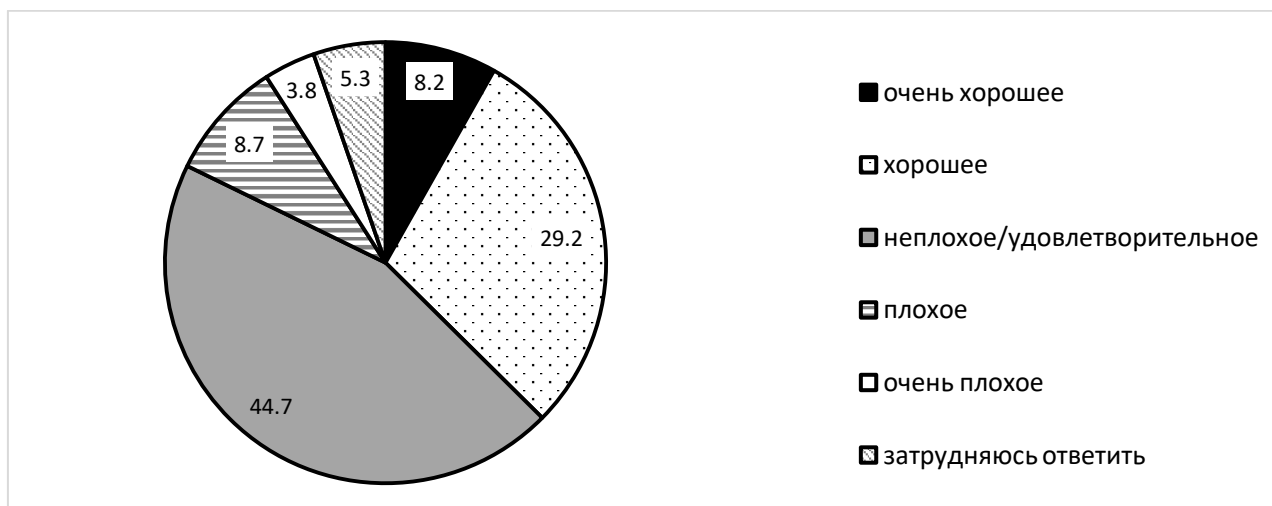


Рисунок 3.1 – Самооценка респондентами личного здоровья, %

Своё здоровье респонденты оценивают, как: неплохое/удовлетворительное – 44,7%; хорошее – 29,2%, плохое – 8,7%, очень хорошее – 8,2%, очень плохое – 3,8% респондента. 5,3% затруднились с ответом. Чаще оценивают свое здоровье как «хорошее» жители городов ($p<0,001$), мужчины ($p=0,001$), лица с высоким уровнем жизни ($p<0,001$).

36,4% респондентов утверждают, что у них нет проблем со здоровьем или хронических заболеваний, у 29,0% опрошенных есть одно хроническое заболевание, у 26,8% их несколько. При этом 45,0% опрошенных утверждают, что проблемы со здоровьем незначительно затрудняли, а в 30,0% случаев совсем не затрудняли их привычную деятельность; 14,8% испытывали сильные ежедневные затруднения в связи с нарушениями здоровья; 7,6% затруднились с ответом. При этом чаще затруднения в повседневной деятельности, связанные с состоянием здоровья, имели жители сельской местности ($p<0,001$), женщины ($p<0,001$), лица с низким уровнем жизни ($p<0,001$).

Важным элементом образа жизни является физическая активность (Рисунок 3.2).

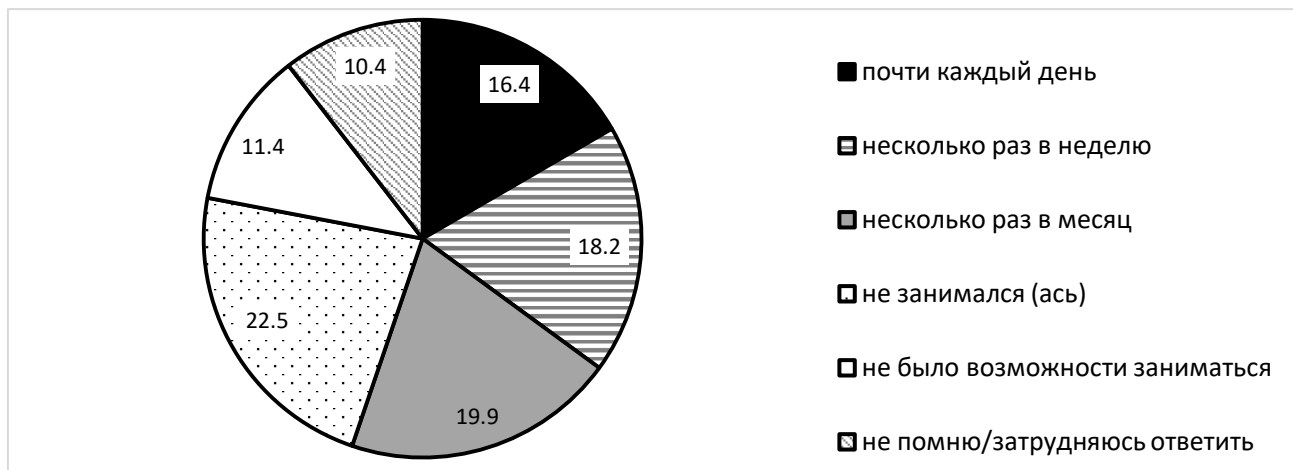


Рисунок 3.2 – Уровень физической активности респондентов, %

22,5% респондентов не занимаются физической активностью; 19,9% занимаются ею несколько раз в месяц, 18,2% респондентов – несколько раз в неделю, 16,4% – ежедневно, у 11,4% не было возможности ею заниматься, 10,4% затруднились ответить.

К ведущим факторам риска неинфекционных заболеваний относятся табачная и алкогольная зависимости. В ходе опроса выявлено, что 63,6% респондентов не курят и никогда не курили, 13,7% бросили курить, лишь 12,4% курят в настоящее время (Рисунок 3.3). Кроме того, 64,2% опрошенных ни разу не употребляли алкоголь за последний год.

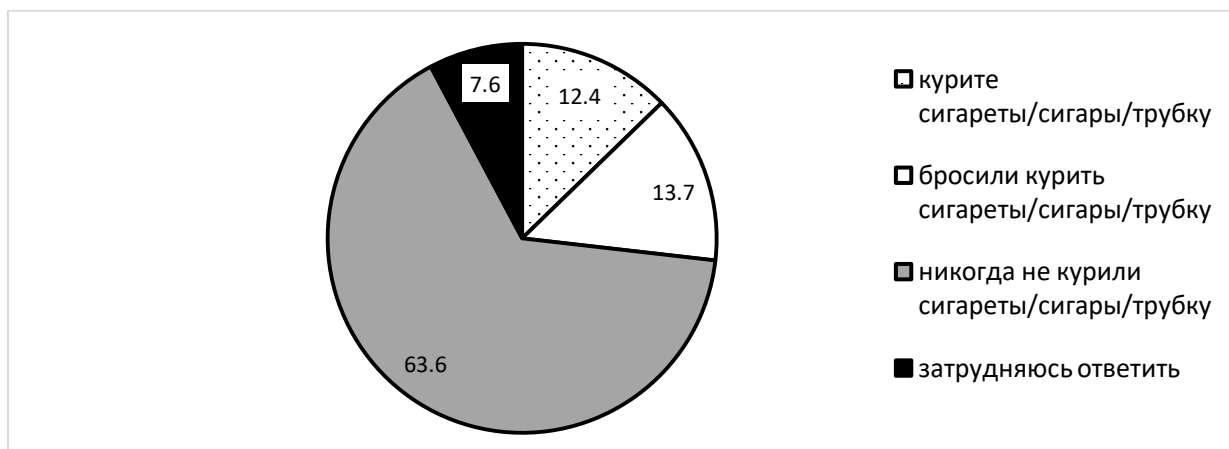


Рисунок 3.3 – Отношение респондентов к табакокурению, %

При этом для 14,9% опрошенных «достаточно трудно» понять предупреждения о вреде курения, алкоголизма и пассивного образа жизни, для 6,3% сделать это «очень трудно», а оценить достоверность этих предупреждений «довольно трудно» для 14,8%, «очень трудно» для 6,5% респондентов. Чаще трудности с восприятием этой информации испытывают мужчины в сравнении с женщинами: для 18,6% мужчин «достаточно трудно», а для 7,1% - «очень трудно» понять предупреждения о вреде курения, алкоголизма и пассивного образа жизни, в то время как для женщин эти цифры равны 12,0% и 5,7% соответственно ($p < 0.001$). Оценить достоверность такой информации достаточно «трудно» для 17,1% мужчин и 13,1% женщин, «очень трудно» для 8,3% лиц мужского и 5,1% лиц женского пола ($p < 0.001$).

Дефицит знаний респондентов приводит к тому, что в случае заболевания они часто испытывают трудности в получении медицинской помощи. Так, для 31,3% (99,5% ДИ: 26,3-35,2%) получить по этой причине необходимую помощь довольно трудно, а для 10,6% (7,3-12,6%) - очень трудно (Рисунок 3.4).

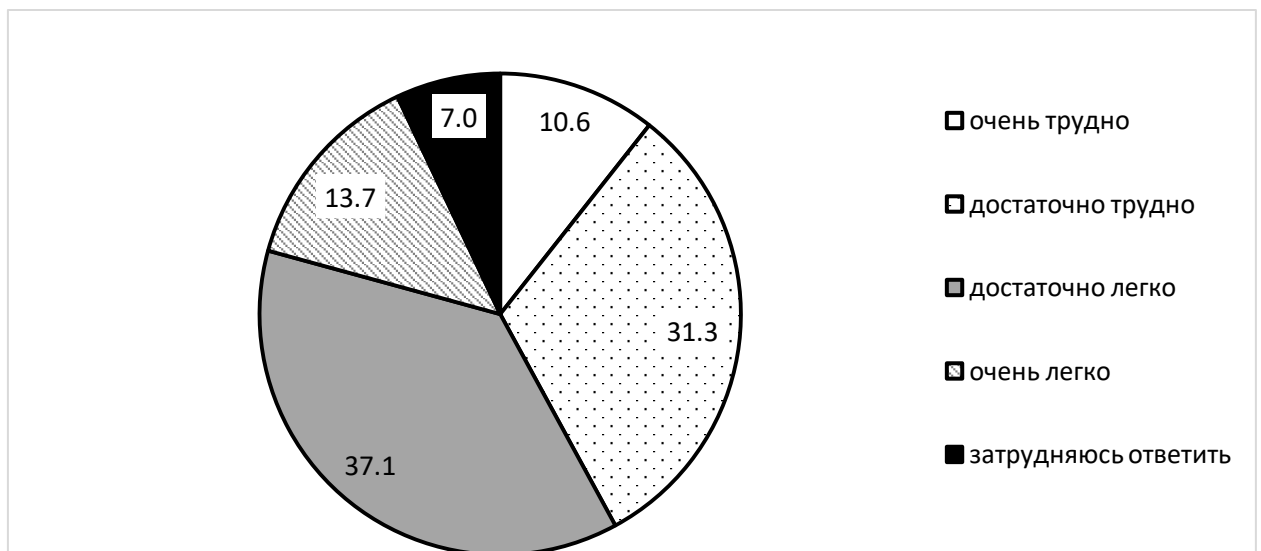


Рисунок 3.4 – Оценка респондентами возможности получения профессиональной медицинской помощи во время болезни, %

Грамотный в вопросах здоровья индивид должен знать порядок действий в случае необходимости экстренной помощи. Для 39,0% участвовавших в опросе это довольно легкая задача; 29,4% довольно сложно продумать порядок действий в случае необходимости неотложной помощи;

для 12,0% сделать это очень легко, а для 10,1% - очень трудно (Рисунок 3.5). Труднее с этим заданием справиться жителям сельской местности: для 32,9% респондентов продумать порядок действий при необходимости неотложной помощи довольно трудно, а для 10,2% – очень трудно. У горожан эти цифры равны 26,8% и 9,8% соответственно ($p=0.003$). Большие трудности при планировании действий в случае необходимости неотложной медицинской помощи испытывают жители Чечни: достаточно трудно распланировать алгоритм действий 28,4% опрошенных, очень трудно – 22,0%, в то время как для жителей Ставропольского края эти цифры равны 28,3% и 6,9% соответственно ($p<0.001$). Доля лиц с основным общим образованием, испытывающих некоторые или серьезные трудности при планировании порядка действий в случае необходимости неотложной медицинской помощи, равна 42,0% и 16,0% соответственно, при этом 25,3% респондентов с высшим образованием довольно трудно выполнить эту задачу, а очень трудно – 7,0% опрошенных ($p=0.016$).

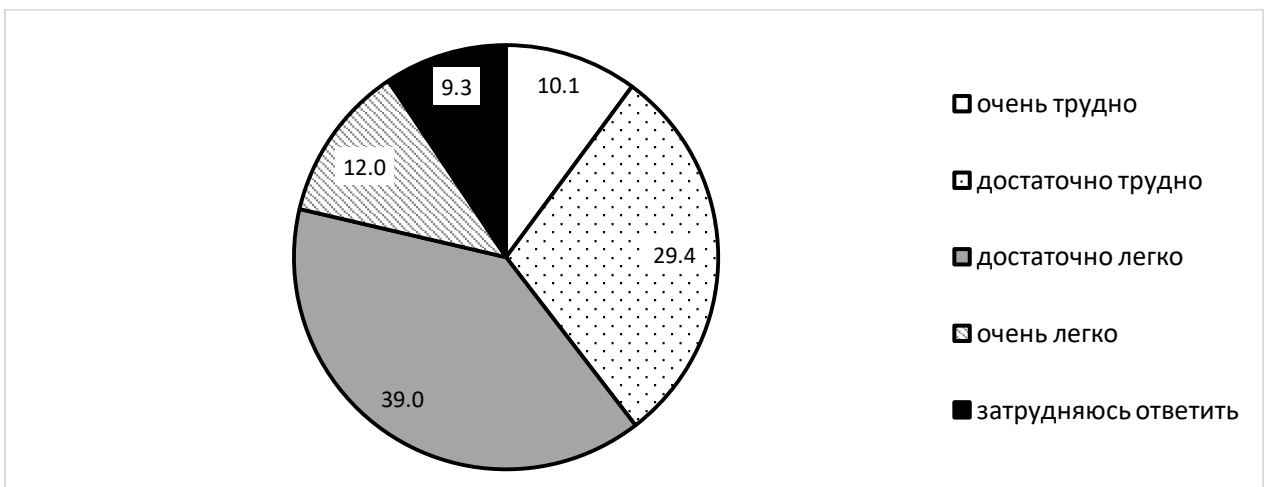


Рисунок 3.5 – Оценка респондентами возможности продумать порядок действий при неотложной помощи, %.

Психическое здоровье является одним из важных аспектов здоровья. Установлено, что 27,5% респондентов довольно трудно (95% ДИ: 23,8-31,7%), а 10,6% (95% ДИ: 6,3-13,7%) очень трудно найти информацию о поддержании психического здоровья (Рисунок 3.6). Труднее всего найти нужную информацию респондентам из Чечни: так, довольно трудно найти

информацию о поддержании психического здоровья 30,2% респондентов из этой республики, а очень трудно для 21,6%, по Ставропольскому краю данные цифры равны 7,4% и 30,8% соответственно ($p < 0.001$). Оказалось, что жителям сельской местности труднее найти информацию о поддержании своего психического здоровья, чем горожанам. Так, 25,8% горожан испытывают трудности, а 8,5% - выраженные трудности в поиске информации о своем психическом здоровье; у жителей сел эти цифры оказались выше: 30,0% и 12,2% соответственно ($p < 0.001$).

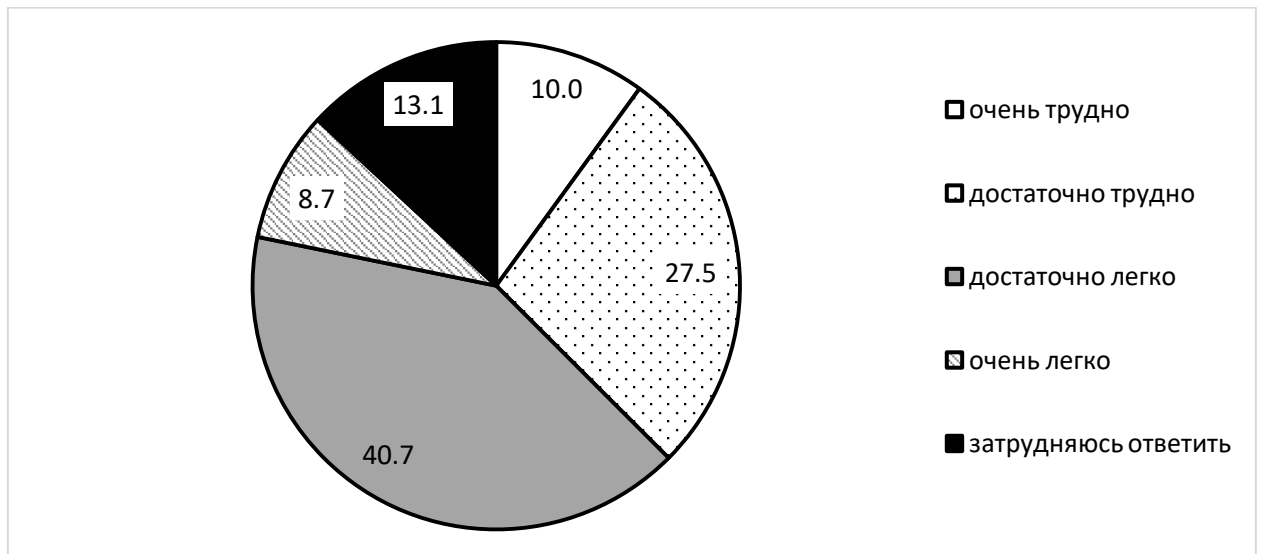


Рисунок 3.6 – Оценка респондентами трудности поиска информации о мерах поддержки психического здоровья, %

В настоящее время человеку важно уметь находить информацию о коррекции имеющейся у него патологии. Так, 28,4% (95% ДИ: 24,2-32,9) опрошенных могут сделать это с трудом, а 10,0% (95% ДИ: 7,2-13,5) – с большим трудом (Рисунок 3.7).

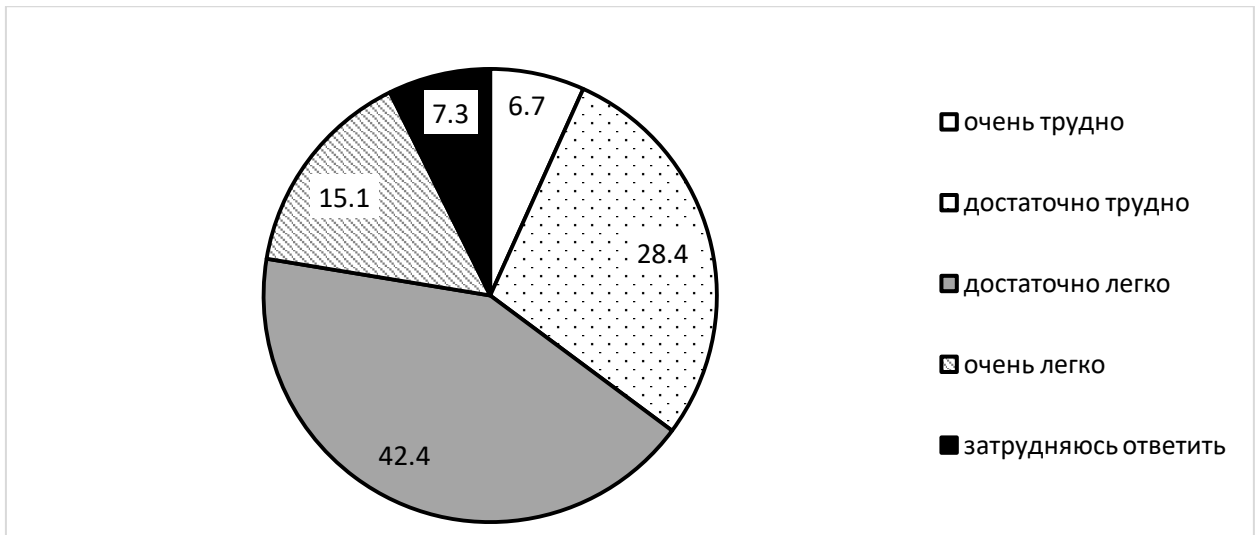


Рисунок 3.7 – Оценка респондентами трудности поиска информации о лечении имеющихся у них заболеваний, %

С целью профилактики и раннего выявления неинфекционных заболеваний человеку необходимо своевременно обращаться к врачу. Для 21,9% респондентов достаточно трудно, а для 4,7% - очень трудно понять, когда им пора проверить свое здоровье (Рисунок 3.8). При этом установлено, что лицам с низким уровнем жизни понять необходимость проверки собственного здоровья гораздо труднее, чем респондентам с высоким уровнем жизни: для 17,1% опрошенных, считающих свой уровень жизни низким, довольно трудно, а для 7,3% очень трудно понять, когда им нужно проверить здоровье. Для 16,6% респондентов с высоким уровнем жизни это достаточно трудная и лишь для 2,1% из их числа – очень трудная задача ($p < 0.001$).

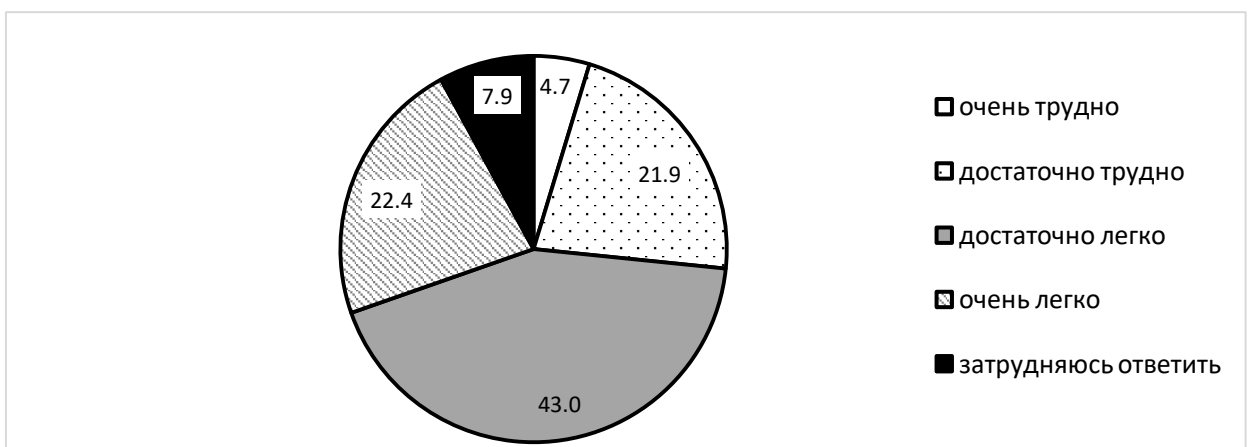


Рисунок 3.8 – Оценка респондентами способности понять, когда им необходимо проверить состояние своего здоровья, %

Необходимость регулярных медицинских осмотров осознают с трудом 17,6% опрошенных, с большим трудом – 5,6%. Труднее всего это сделать жителям Чечни. Для респондентов из этой республики достаточно трудно осознать необходимость регулярных медосмотров в 23,2%, очень трудно в 11,3% случаев, в то же время, среди жителей СК определенные трудности испытывают 18,8% респондентов, очень трудно осознать важность регулярных осмотров 4,5% жителей края ($p < 0.001$). Менее очевидна эта необходимость для мужчин: 20,6% довольно трудно, а 6,9% очень трудно осознать необходимость регулярных медосмотров, у женщин эти цифры равны 15,5% и 4,4% соответственно ($p < 0.001$) (Рисунок 3.9). Среди лиц с основным общим образованием 26,9% с трудом, а 11,8% - с большим трудом понимают необходимость регулярных осмотров, однако среди лиц, получивших высшее образование, эти показатели равны 12,6% и 4,4% соответственно ($p = 0.003$) (Рисунок 3.10).

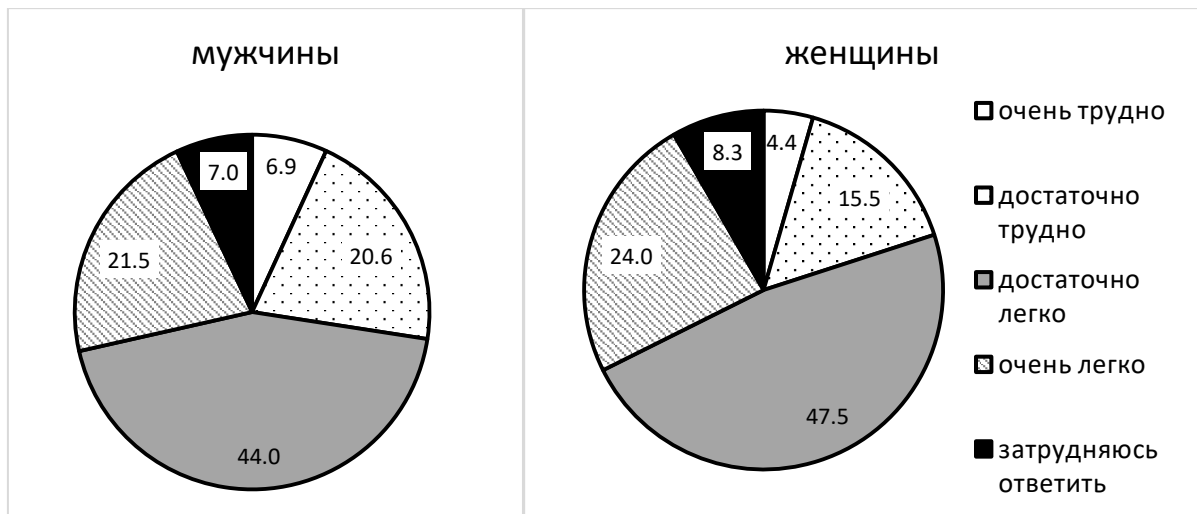


Рисунок 3.9 – Оценка респондентами осознания необходимости регулярных медицинских осмотров в зависимости от пола, %

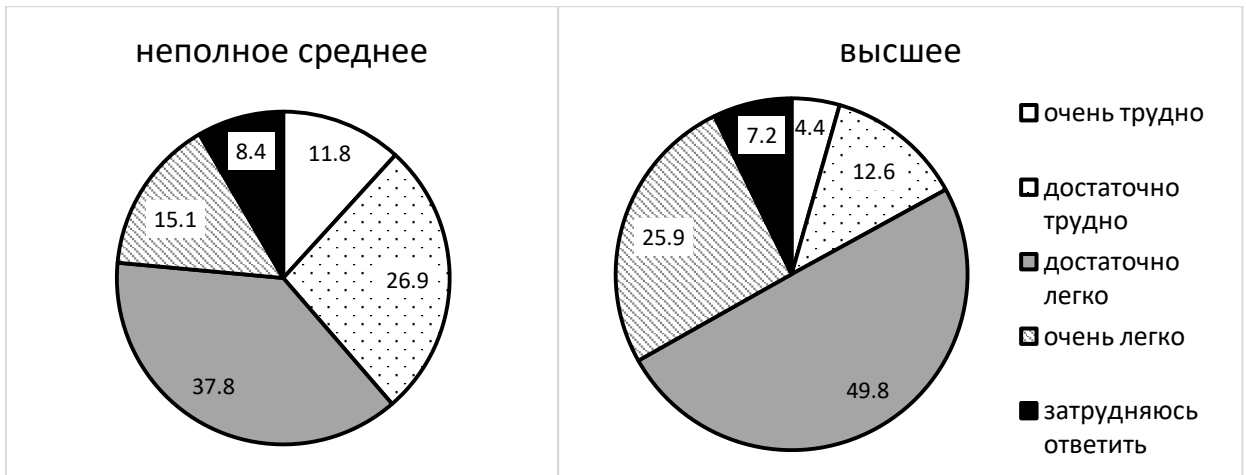


Рисунок 3.10 – Оценка респондентами необходимости регулярных медицинских осмотров в зависимости от уровня образования, %

Функциональный уровень грамотности в вопросах здоровья оценивался на основании вопросов о понимании респондентами речи врача, инструкций к лекарственным препаратам. Для 18,8% опрошенных довольно трудно, а для 4,3% - очень трудно понять, что им говорит доктор (Рисунок 3.11).

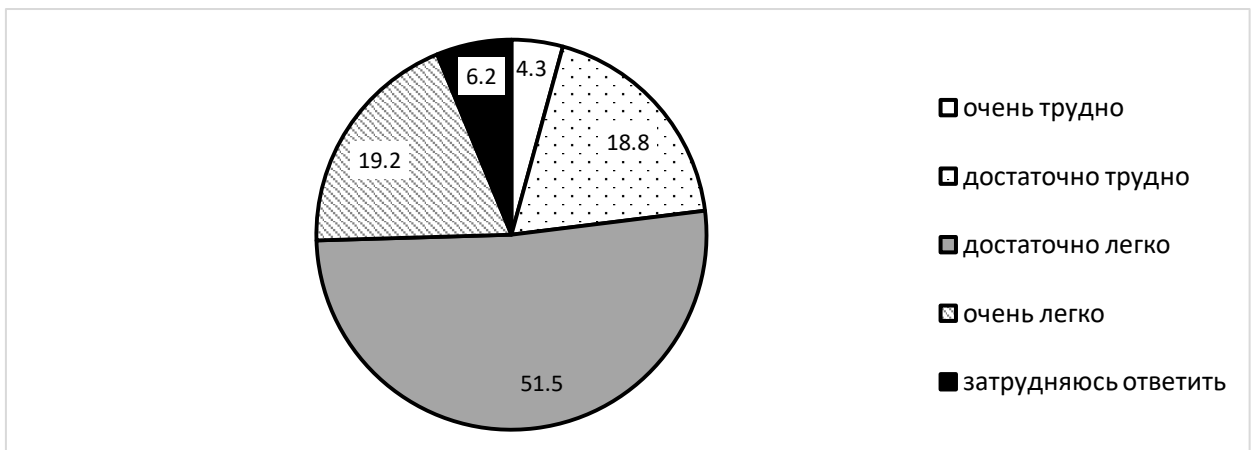


Рисунок 3.11 – Оценка способности респондентов понять речь врача, %

Тяжелее понимание слов врача дается мужчинам. 21,9% респондентов мужского пола утверждают, что им достаточно трудно, а 5,2% – очень трудно понять речь врача. У женщин эти цифры равны 16,6% и 3,5% соответственно ($p < 0.001$). Жители сел испытывают больше трудностей в понимании речи врача: для 22,6% понять речь доктора достаточно трудно, а для 4,6% - очень трудно. Среди горожан некоторые трудности в понимании слов врачей испытывают 15,8%, а выраженные трудности лишь 3,9% опрошенных ($p < 0.001$). Также выявлено, что лица с основным общим образованием испытывают намного больше трудностей при понимании речи медработников,

чем респонденты с высшим образованием: довольно трудно понимают врача 27,7% лиц с основным общим и 16,3% с высшим образованием, очень трудно понимание слов доктора дается 6,7% лиц с основным общим и 3,2% лиц с высшим образованием ($p < 0.001$).

Понимание инструкций к лекарственным препаратам 18,7% участвующих в опросе дается достаточно трудно, а 5,0% - очень трудно (Рисунок 3.12). Хуже с инструкциями справляются мужчины: для 22,2% из их числа понять инструкции достаточно трудно, а для 6,4% - очень трудно ($p < 0.001$). Среди женщин некоторые трудности с пониманием инструкций к лекарствам испытывают 16,0%, а выраженные трудности – 3,9% респонденток. Меньше трудностей с пониманием инструкций к препаратам испытывают городские жители: для 17,6% понять их довольно трудно, а для 4,3% - очень трудно, в то время как в сельской местности эти цифры равны 20,1% и 5,7% соответственно ($p = 0.018$). Уровень образования также влияет на понимание информации из инструкций к лекарственным средствам. Довольно трудно их понять 27,7% лиц с основным общим образованием, очень трудно – 9,2%; у респондентов с высшим образованием цифры равны 14,8% и 3,3% соответственно ($p = 0.030$).

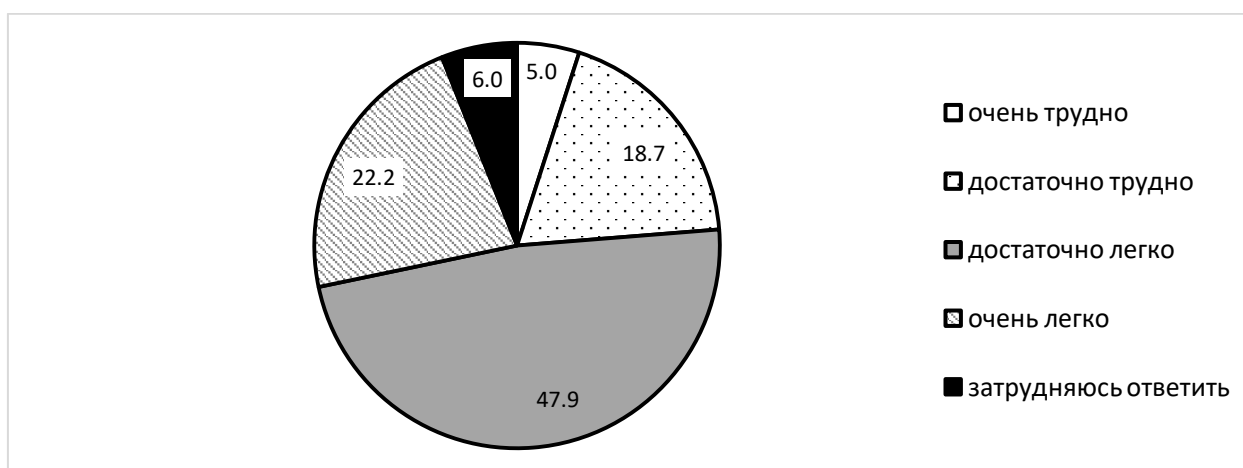


Рисунок 3.12 – Оценка способности респондентов понять инструкции к лекарственным препаратам, %

Один из аспектов здорового образа жизни – рациональное питание. Чтобы выбрать полезную пищу, необходимо внимательно изучать упаковку пищевых продуктов. Однако 22,3% респондентов испытывают некоторые, а

7,4% - выраженные затруднения в понимании информации, размещенной на этикетках пищевых продуктов. Для 39,8% опрошенных понять информацию на этикетках довольно легко, для 21,9% - очень легко, а 8,2% затруднились ответить (Рисунок 3.13).

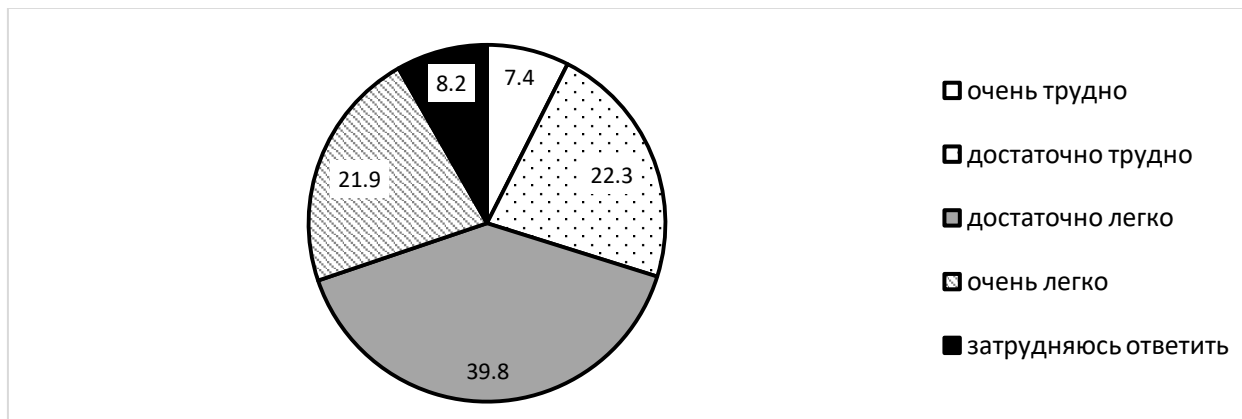


Рисунок 3.13 – Оценка способности респондентов понимать информацию, указанную на упаковках пищевых продуктов, %

Наибольшие затруднения при изучении упаковок пищевых продуктов испытывают жители сельской местности: для 25,7% понять их достаточно трудно, а для 8,3% - очень трудно, для горожан эти цифры равны 19,6% и 6,9% соответственно ($p=0.002$). Для лиц с основным общим образованием понять информацию на этикетках достаточно трудно в 32,8% случаев, очень трудно – в 12,6% случаев. Лица с высшим образованием справляются с данной задачей лучше: довольно трудно это для 19,7%, а очень трудно лишь для 4,6% респондентов ($p<0.001$). Регион проживания опрошенных также оказывал влияние на их ответы: в Ингушетии для 25,7% достаточно трудно, а для 11,9% очень трудно понять информацию на упаковках продуктов, для сравнения, среди жителей СК эти показатели равны 24,8% и 4,7% соответственно ($p<0.001$) (Рисунок 3.14).

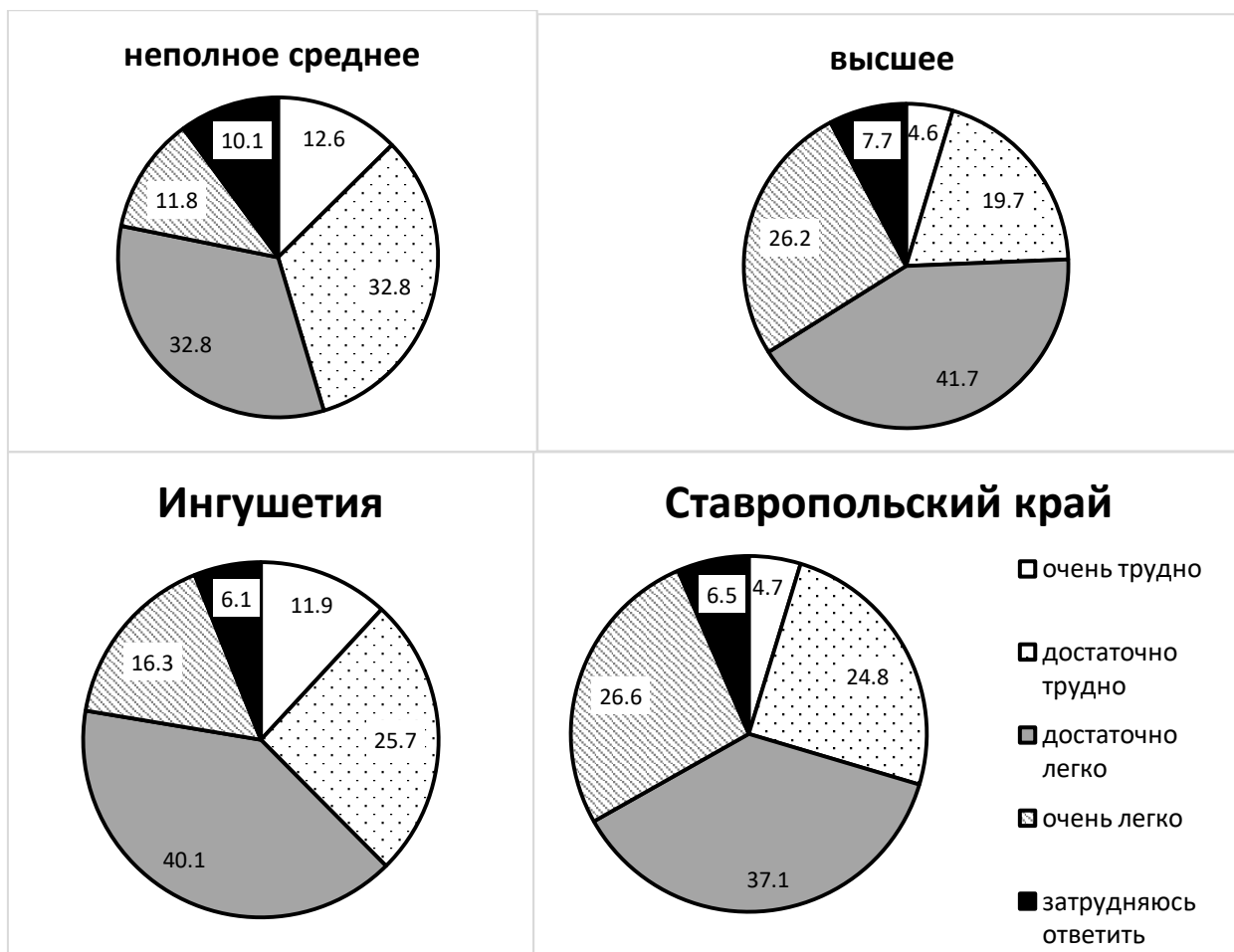


Рисунок 3.14 – Оценка способности респондентов понимать информацию, указанную на упаковках пищевых продуктов, в зависимости от уровня образования, региона проживания, %

Для определения наличия интерактивного уровня ГВЗ оценивалось умение респондентов оказывать экстренную помощь. Установлено, что 14,3% (95% ДИ: 10,4-18,6%) опрошенных не могут ее оказать ни при каких обстоятельствах; знания 35,8% (95% ДИ: 30,1-40,6%) респондентов в этой области достаточно скудны; 34,1% (95% ДИ: 31,2-39,5%) теоретически могут её оказать, и только 10,2% (95% ДИ: 7,1-13,2%) участвующих в опросе могут и успешно оказывают экстренную помощь (Рисунок 3.15).

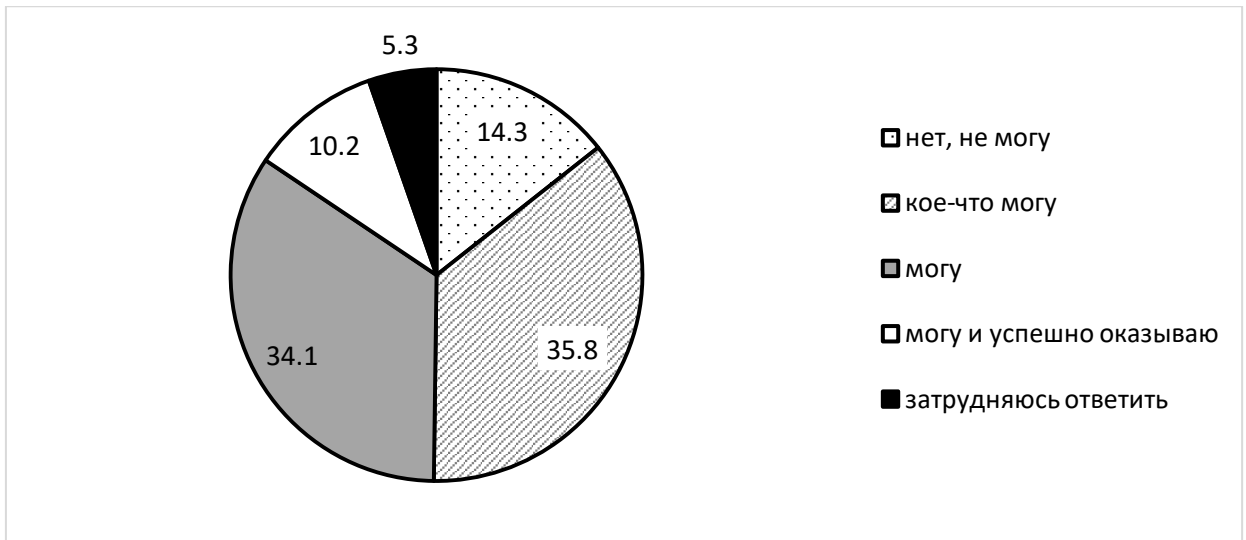


Рисунок 3.15 – Оценка респондентами своего умения оказать первую помощь, %

Умение респондентов оказывать первую помощь достоверно различалось в зависимости от их места жительства и пола. Установлено, что 15,4% мужчин и 13,6% женщин не умеют ее оказывать вообще; 37,2% мужчин и 34,8% женщин обладают некоторыми знаниями; 32,9% мужчин и 35,0% женщин утверждают, что знают, как оказать первую помощь теоретически; лишь 10,4% мужчин и 10,0% женщин умеют и успешно оказывают первую помощь ($p=0.03$). 12,5% жителей города и 16,5% живущих в сельской местности не могут оказывать первую помощь; 35,2% горожан и 36,9% жителей села имеют некоторые навыки оказания первой помощи; 35,2% городских респондентов и 32,4% сельских респондентов теоретически могут оказать первую помощь; только 11,8% горожан и 8,2% сельских жителей могут и успешно оказывают первую помощь ($p=0.002$). 26,8% жителей Чеченской республики и 12,5% живущих в Ставропольском крае не могут оказывать первую помощь; 39,9% респондентов из Чечни и 33,7% ставропольцев имеют некоторые навыки оказания первой помощи; 22,3% респондентов из Чечни и 38,8% опрошенных из СК теоретически могут оказать первую помощь; только 9,1% опрошенных из Чечни и 11,2% жителей СК могут и успешно оказывают первую помощь ($p<0.001$). Умение оказывать первую помощь зависит также от уровня образования респондентов.

Установлено, что среди лиц с высшим образованием 10,1% опрошенных не умеют оказывать первую помощь; 31,4% обладают некоторыми навыками в этой области; 41,1% теоретически могут, а 11,2% успешно оказывают первую помощь. Среди лиц с основным общим образованием результаты оказались намного хуже: 19,3% не могут оказывать первую помощь совсем; 47,1% считают, что обладают некоторыми навыками оказания данной помощи; 26,1% знают, как оказывать ее теоретически и только 5,9% ее успешно оказывают ($p=0.002$) (Рисунок 3.16).

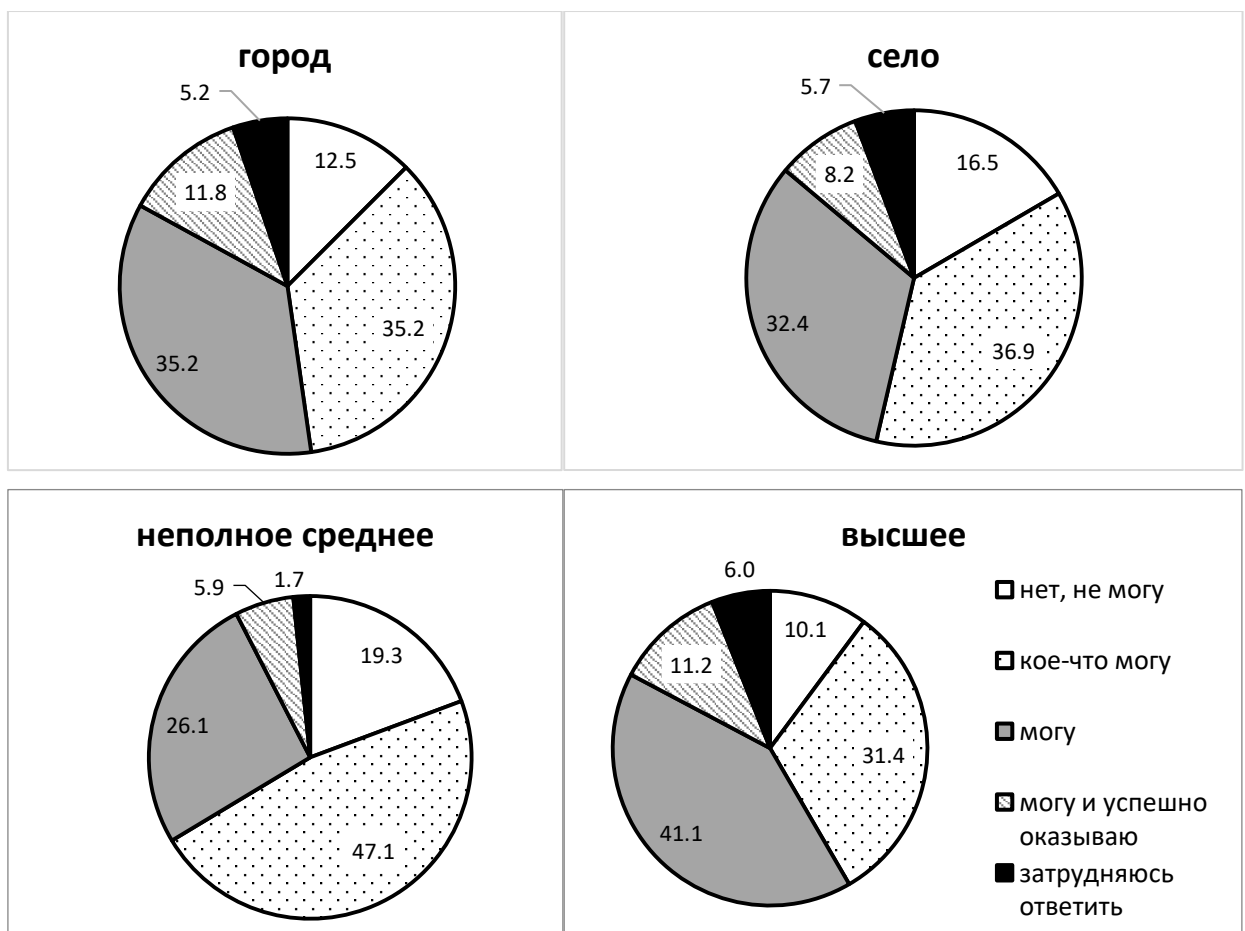


Рисунок 3.16 – Оценка респондентами своего умения оказать первую помощь в зависимости от места жительства и уровня образования, %

В случае необходимости сменить место жительства с целью улучшения своего здоровья 30,6% (95% ДИ: 26,3-33,9%) опрошенных сделать это будет довольно трудно, а для 12,8% (95% ДИ: 8,0-16,3%) - очень трудно.

Принять участие в спортивных мероприятиях, благоприятно влияющих на здоровье, из-за незнания как это практически сделать, будет довольно трудно для 30,6% (95% ДИ: 25,9-34,8%), а для 12,9% (95% ДИ: 9,6-15,2%) - очень трудно (Рисунок 3.17).

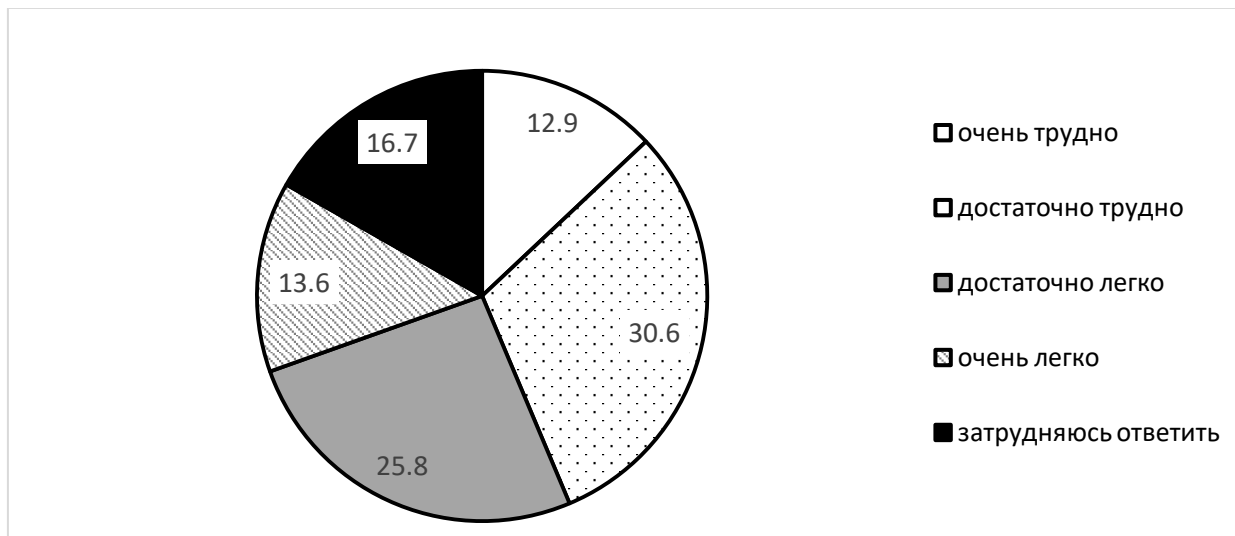


Рисунок 3.17 – Оценка респондентами своих знаний, необходимых для принятия участия в укрепляющих здоровье спортивных мероприятиях, %

Учитывая широкую распространенность инфекционных заболеваний, человеку важно понимать, какие прививки ему необходимы. Ответы на вопрос о вакцинации могут служить показателем уровня критической ГВЗ населения. Проведенный опрос показал, что для 31,5% (95% ДИ: 26,8-35,4%) респондентов достаточно трудно, а для 11,0% (95% ДИ: 9,0-14,2) - очень трудно понять, в каких прививках они нуждаются (Рисунок 3.18). Разобраться, в каких прививках они нуждаются, очень трудно 13,4% мужчин и 9,4% женщин, а достаточно трудно для 29,9% и 32,8% соответственно ($p=0.023$). Сравнение ответов респондентов в зависимости от уровня их жизни продемонстрировало, что чем ниже уровень жизни респондента, тем тяжелее ему понять, в каких прививках он нуждается: для опрошенных с низким уровнем жизни это довольно трудно или очень трудно в более чем в половине случаев (37,9% и 17,1% соответственно). 22,8% респондентов с высоким уровнем жизни довольно трудно, а 6,8% - очень трудно понять, какая им нужна вакцинация ($p<0.001$). Место жительства респондентов также влияет на уровень их

критической ГВЗ: для 29,8% опрошенных горожан довольно трудно, а для 10,6% очень трудно понять, в каких прививках они нуждаются, а среди жителей села данные показатели соответственно равны 34,3% и 11,7% ($p=0.008$) (Рисунок 3.19).

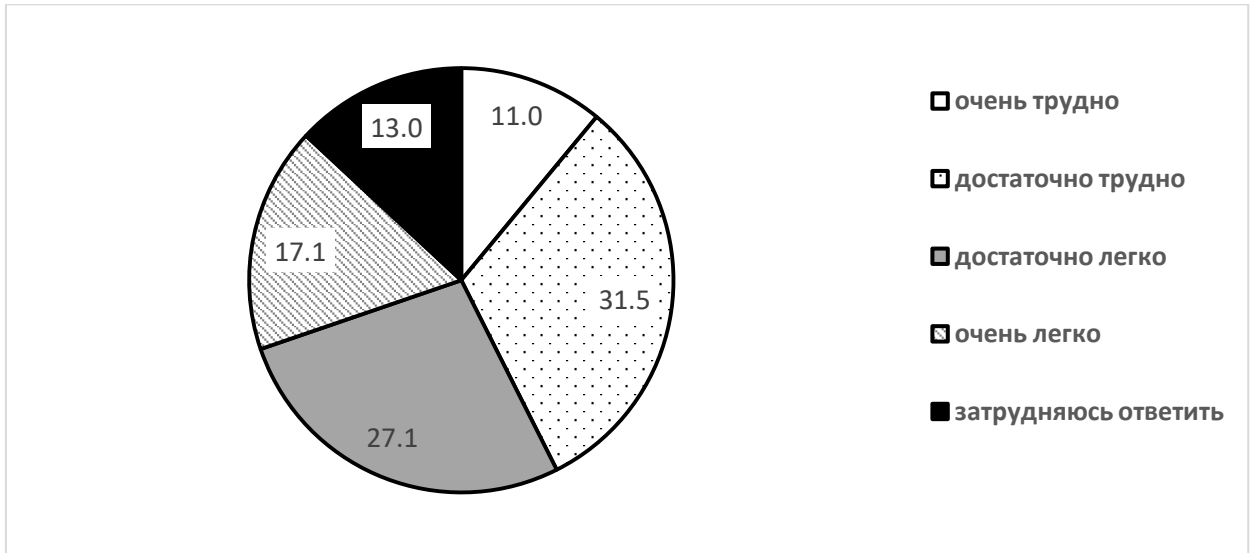


Рисунок 3.18 – Оценка респондентами своих возможностей разобраться в необходимости той или иной вакцинации, %

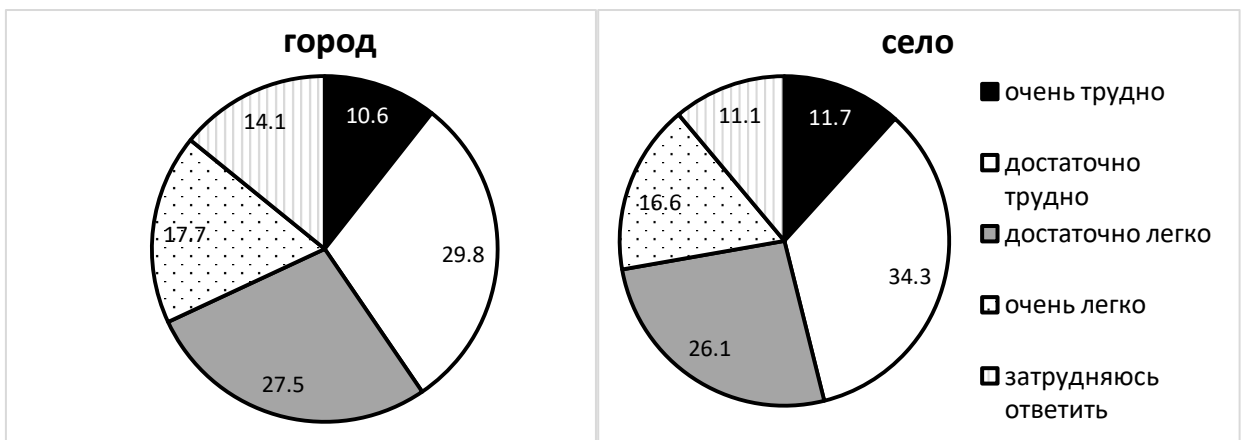


Рисунок 3.19 – Оценка респондентами понимания ими необходимости вакцинации в зависимости от места жительства, %

Исследование показало, что 29,6% (95% ДИ: 25,3-34,1%) с трудом, а 8,4% (95% ДИ: 5,2-10,5%) с большим трудом, могут понять какие плановые осмотры им необходимы. Для женщин довольно трудно понять, в каких плановых осмотрах они нуждаются, в 28,6% случаев; для мужчин в 31,4%. Очень трудно запланировать плановые осмотры 7,3% женщин и 9,9% мужчин ($p=0.002$). Проблемы с планированием осмотров испытывают в большей

степени жители сельской местности: для трети опрошенных (33,3%) понять, какие плановые осмотры им нужны, довольно трудно; для 9,0% - очень трудно. Для горожан эти цифры равны 26,7% и 8,2% соответственно ($p < 0.001$) (Рисунок 3.20).

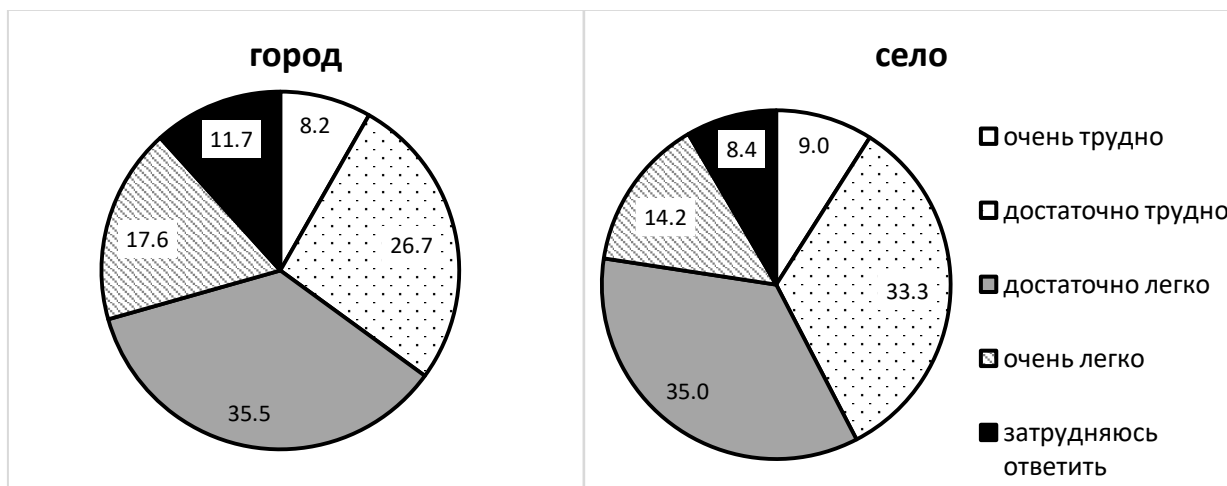


Рисунок 3.20 – Оценка респондентами своих способностей понять, в каких плановых осмотрах они нуждаются, в зависимости от места жительства, %

Опрошенным также трудно оценить достоверность информации, которую они получают из средств массовой информации. 30,3% (95% ДИ: 24,6-32,9%) опрошенных утверждают, что им достаточно трудно, а 9,5% (95% ДИ: 6,3-12,1%), что очень трудно оценить достоверность информации из СМИ, 14,0% затруднились ответить на этот вопрос (Рисунок 3.21). Продумать мероприятия по профилактике заболеваний на основании имеющихся достоверных информационных источников для 28,1% (95% ДИ: 25,3-32,5%) опрошенных довольно трудно, а для 9,9% (95% ДИ: 6,8-12,6%) - очень трудно.

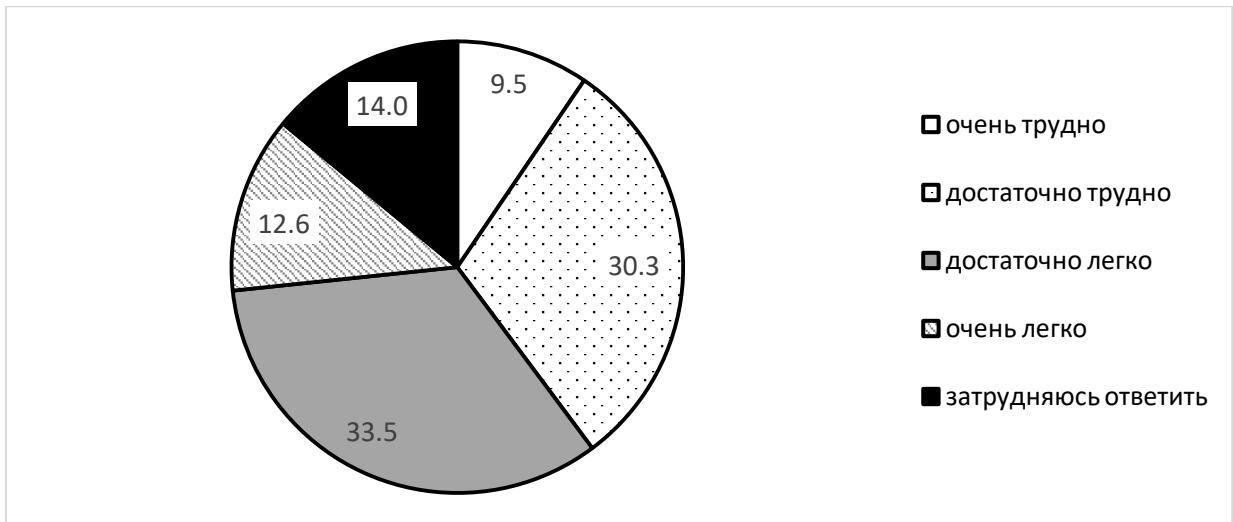


Рисунок 3.21 – Оценка респондентами способности оценить достоверность информации из СМИ о проблемах здоровья, рисках, %

Поиск информации о здоровом образе жизни представляет затруднения для 16,3% респондентов, для 6,0% искать такую информацию очень трудно, в то же время, 45,2% респондентов справятся с этим довольно легко, а 22,0% - очень легко, 10,5% затруднились ответить (Рисунок 3.22). При этом понять зависимость состояния здоровья от образа жизни достаточно трудно для 16,3%, очень трудно для 5,1% опрошенных; для 48,2% это достаточно легко, для 20,8% - очень легко, а 9,4% затруднились ответить. 17,2% мужчин достаточно трудно понять, как образ жизни влияет на их здоровье и благополучие, для 6,9% это очень трудно, у женщин эти цифры равны 15,5% и 3,7% соответственно ($p=0.025$). Жителям села понять связь между образом жизни и состоянием их здоровья труднее, чем горожанам: для 17,3% сельских жителей это довольно трудно, а для 6,4% - очень трудно; доля городских жителей, испытывающих некоторые трудности в этом вопросе, равна 15,7%, выраженные трудности – 4,0% ($p<0.001$). Жители Чеченской республики испытывают определенные трудности при поиске информации о здоровом образе жизни в 27,7% случаев, выраженные трудности в 13,4% случаев, у жителей Ставропольского края эти цифры равны 19,4% и 3,6% соответственно ($p<0.001$).

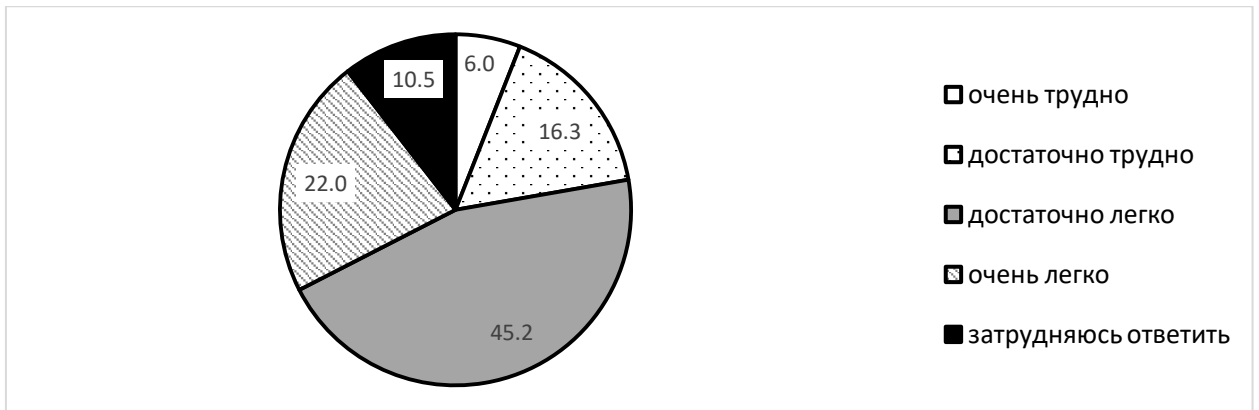


Рисунок 3.22 – Оценка респондентами способности найти информацию о здоровом образе жизни, %

Принять решение о мерах по улучшению своего здоровья достаточно трудно для 28,0%, очень трудно для 6,4% опрошенных, при этом 39,7% респондентов утверждают, что принимают подобные решения довольно легко, 16,9% - очень легко. 8,9% затруднились ответить. Тяжелее такие решения даются жителям сельской местности: 31,2% респондентов из их числа принимать их довольно трудно, 8,2% – очень трудно, у горожан данные цифры равны 25,4% и 5,0% соответственно ($p < 0.001$). Различаются ответы на этот вопрос также в зависимости от уровня жизни респондентов. 34,7% респондентов с низким уровнем жизни достаточно трудно принимать решения о мерах по улучшению своего здоровья, а очень трудно – 9,2%. Среди лиц с высоким уровнем жизни данные цифры равны лишь 19,4% и 5,8% соответственно ($p < 0.001$) (Рисунок 3.23).

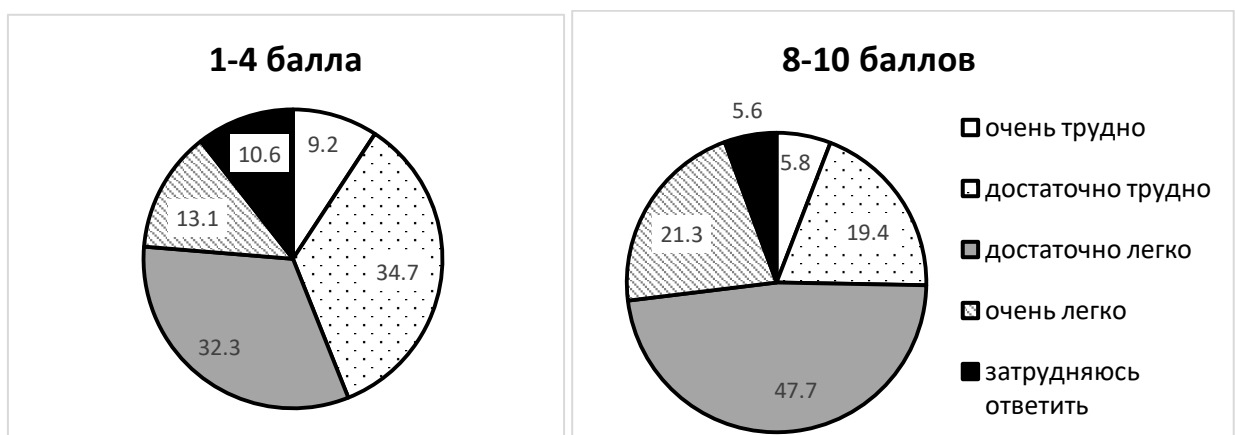


Рисунок 3.23 – Оценка респондентами способности принимать решение о мерах по улучшению своего здоровья в зависимости от уровня жизни, %

Анализ числа госпитализаций респондентов за последний год показал, что 22,1% (95% ДИ: 16,8-26,3%) опрошенных 1-2 раза проходили стационарное лечение, 7,0% (95% ДИ: 5,1-9,3%) получали стационарную помощь 3-5 раз, а еще 2,0% (95% ДИ: 1,2-2,5%) - 6 и более раз за последний год (Рисунок 3.24).

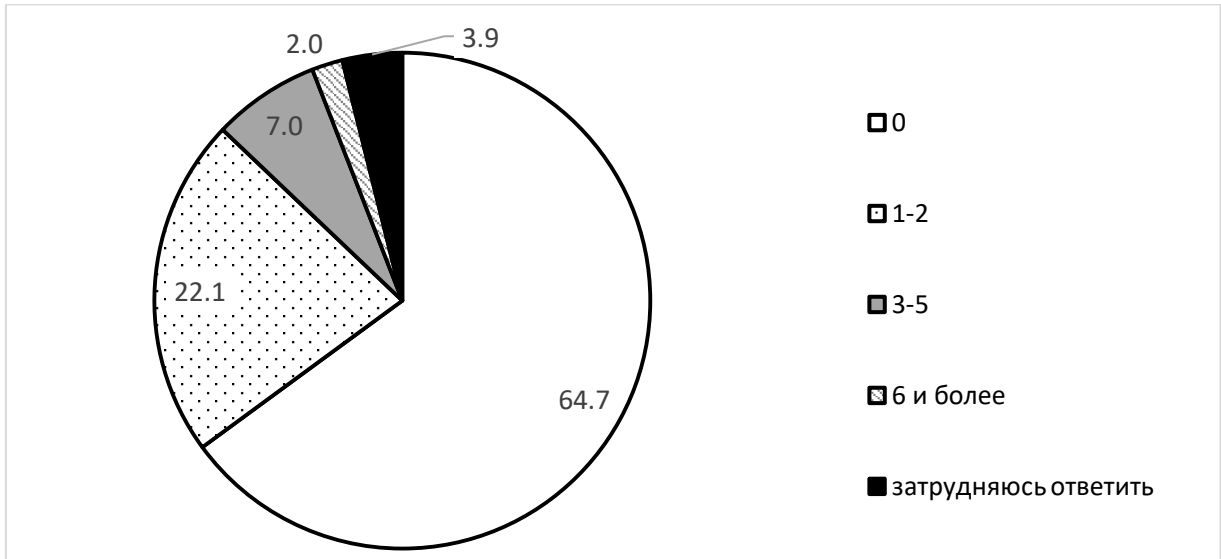


Рисунок 3.24 – Количество госпитализаций респондентов в круглосуточные стационары, %

Более половины опрошенных (51,9%) не обращались за неотложной помощью последние 2 года, 29,7% 1-2 раза нуждались в неотложной помощи, 9,9% обращались за ней 3-5 раз за 2 года, 6,7% нуждались в ней 6 и более раз (Рисунок 3.25). Чаще за неотложной помощью обращаются жители сельской местности: 32,2% прибегали к ней 1-2 раза, 12,0% - 3-5 раз, а 3,8% более 6 раз, 47,6% опрошенных не нуждались в неотложной помощи. Среди горожан 27,8% опрошенных прибегали к ней 1-2 раза, 8,4% - 3-5 раз, 2,5% более 6 раз, 56,0% опрошенных не нуждались в неотложной медицинской помощи за последние два года ($p < 0.001$). Лица с основным общим образованием обращались за неотложной помощью 1-2 раза за 2 года в 36,1% случаев, 20,2% нуждались в ней 3-5 раз, 6,7% обращались за ней более 6 раз. Лица с высшим образованием реже нуждались в неотложной помощи: 25,3% респондентов из их числа обращались за ней 1-2 раза, 6,5% - 3-5 раз, 2,9% обращались за неотложной помощью более 6 раз за 2 года ($p < 0.001$) (Рисунок 3.26).

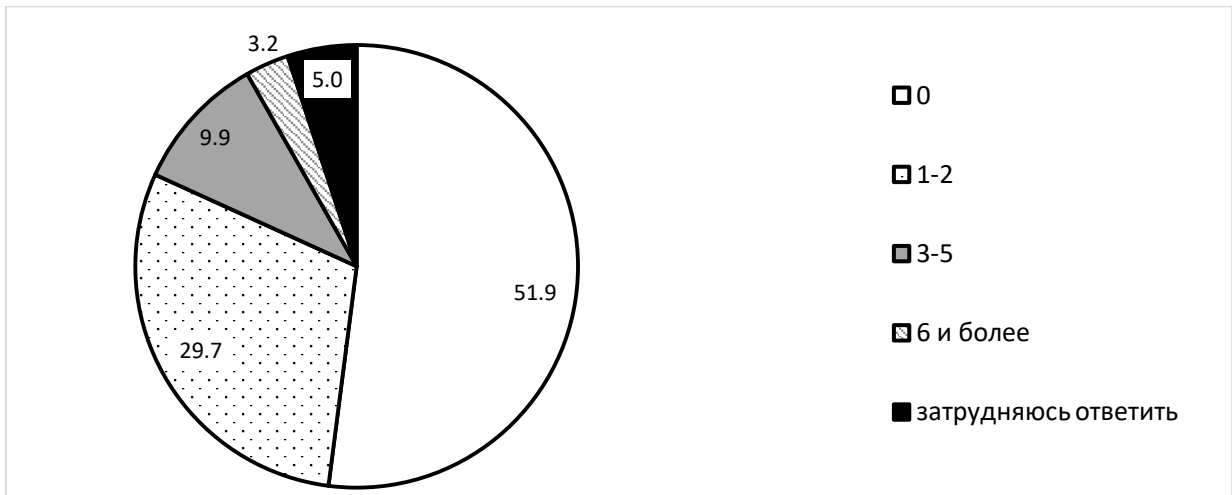


Рисунок 3.25 – Частота обращений респондентов за неотложной медицинской помощью, %

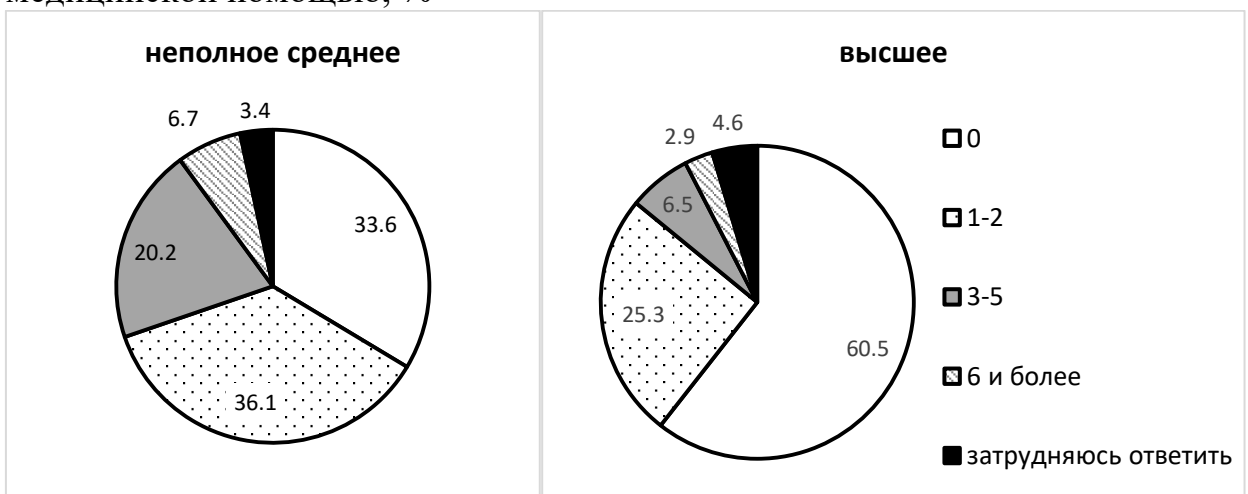


Рисунок 3.26 – Частота обращений респондентов за неотложной медицинской помощью в зависимости от уровня образования, %

Оценка посещения респондентами медицинских специалистов показала, что 43,8% (95% ДИ: 38,5-46,2%) опрошенных обращались к участковому терапевту; 23,4% (95% ДИ: 18,1-27,6%) посещали врачей частных клиник; 7,6% (95% ДИ: 5,3-9,6%) респондентов лечились у стоматолога, 38,2% (95% ДИ: 32,5-42,7%) – у психолога или психотерапевта, 4,4% (95% ДИ: 2,6-5,8%) – у мануального терапевта, а 2,7% (95% ДИ: 1,9-3,2%) прибегали к услугам представителей нетрадиционной медицины.

При этом системе здравоохранения «полностью доверяет» 21,3% (95% ДИ: 17,9-24,6%), «скорее доверяет» 41,5% (95% ДИ: 36,8-44,5%) населения. Уровень доверия респондентов системе здравоохранения варьирует в зависимости от уровня жизни: среди лиц с низким уровнем жизни 19,5% опрошенных «полностью доверяют», 34,4% «скорее доверяют» системе

здравоохранения; среди лиц с высоким уровнем жизни эти цифры равны 27,1% и 44,4% соответственно ($p < 0.001$). Очень высокий уровень доверия системе здравоохранения продемонстрировали респонденты из Чечни: 39,6% ей «полностью доверяют», 32,0% «скорее доверяют», в то время как в Ставропольском крае ей «полностью доверяют» 18,5%, «скорее доверяют» 47,5% опрошенных ($p < 0.001$). Примечательно, что жители сельской местности в большей степени доверяют системе здравоохранения, чем горожане: 23,2% ей «полностью доверяет», а 46,2% «скорее доверяет»; доля горожан, которые «полностью доверяют» системе здравоохранения, равна 19,9%, а 37,6% ей «скорее доверяет» ($p < 0.001$) (Рисунок 3.27).

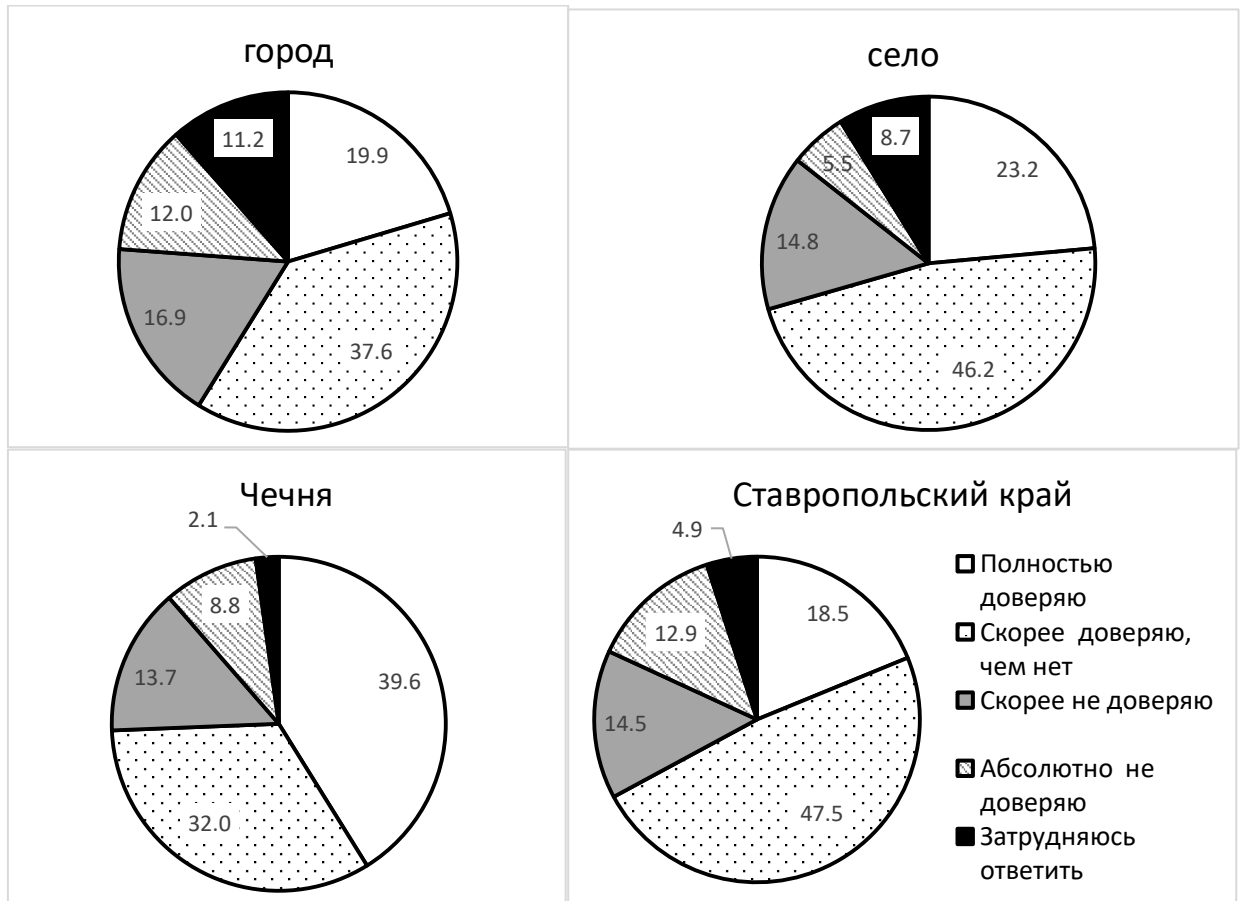


Рисунок 3.27 – Уровень доверия респондентов системе здравоохранения в зависимости от места жительства, %

Значительно меньшим доверием у населения пользуются СМИ. Им «полностью доверяет» 12,0 % опрошенных, «скорее доверяет» 24,8% респондентов (Рисунок 3.28). В наименьшей степени СМИ доверяют люди с низким уровнем жизни (11,3% «доверяют полностью», 17,4% «скорее

доверяют»), лица с высоким уровнем жизни демонстрируют большую степень доверия СМИ (18,5% и 30,4% соответственно) ($p < 0.001$).

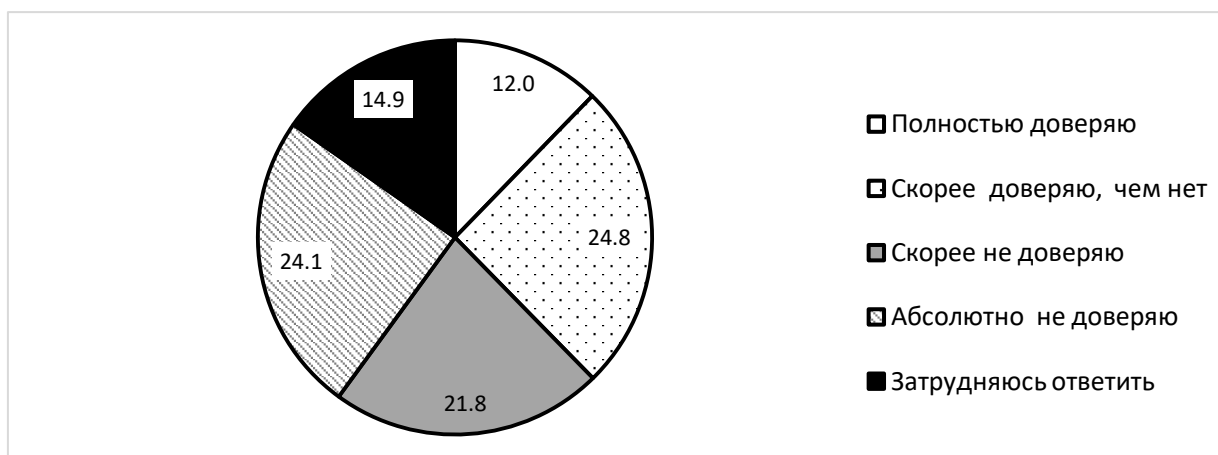


Рисунок 3.28 – Уровень доверия респондентов СМИ, %

Удовлетворенность населения работой медицинских организаций оценивалась отдельно применительно к стационарной и амбулаторной помощи. Режим работы участкового терапевта «устраивает» 34,2%, «скорее устраивает» 33,4% опрошенных (Рисунок 3.29). Респонденты также удовлетворены стоимостью назначенного лечения: 19,9% она «устраивает», 32,9% «скорее устраивает». В зависимости от уровня жизни опрошенных их ответы отличаются: 31,8% респондентов с высоким уровнем жизни в целом довольны, а 40,9% скорее довольны стоимостью назначенного лечения, тогда как в группе сравнения с низким уровнем жизни данные цифры равны лишь 14,8% и 23,5% соответственно ($p < 0.001$). Отношение к пациентам специалистов амбулаторного звена «устраивает» 26,7%, «скорее устраивает» 37,9% опрошенных. Качеством лечения в поликлинике опрошенные довольны в 18,8%, в целом довольны 36,4% респондентов. В большей степени качеством лечения в поликлиниках довольны мужчины: качество лечения устраивает 20,8%, скорее устраивает 38,6% респондентов, чем женщины (17,3% довольны, 35,2% скорее довольны) ($p \leq 0.001$); лица с высоким уровнем жизни: качество лечения устраивает 27,6%, скорее устраивает 42,5%, среди лиц с низким уровнем жизни цифры составляют 14,9% и 27,3% соответственно ($p < 0.001$) (Рисунок 3.30).

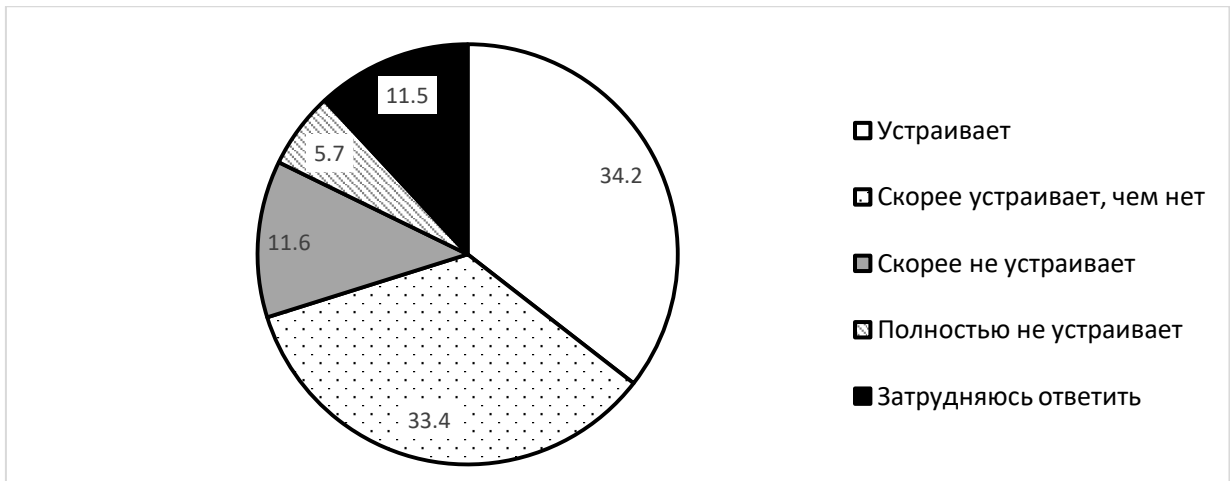


Рисунок 3.29 – Оценка респондентами удовлетворенности режимом работы поликлиник, %

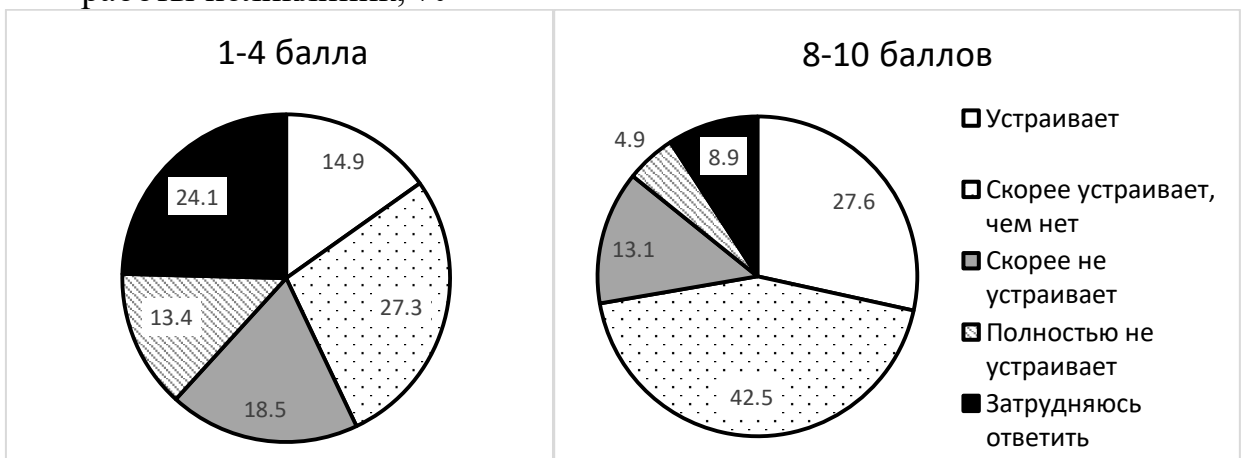


Рисунок 3.30 – Оценка респондентами удовлетворенности качеством лечения в поликлиниках в зависимости от уровня их жизни, %

Оценка удовлетворенности населения работой стационарной службы показала, что большинство населения в целом ею удовлетворены. Стоимость назначенного в стационаре лечения «устраивает» 23,1%, «скорее устраивает» 28,4% респондентов (Рисунок 3.31). Отношением к пациенту в стационаре «полностью довольны» 23,4% респондентов, «скорее довольны» 36,6%. Качество лечения в больницах «полностью устраивает» 20,9%, «скорее устраивает» 32,5% опрошенных.

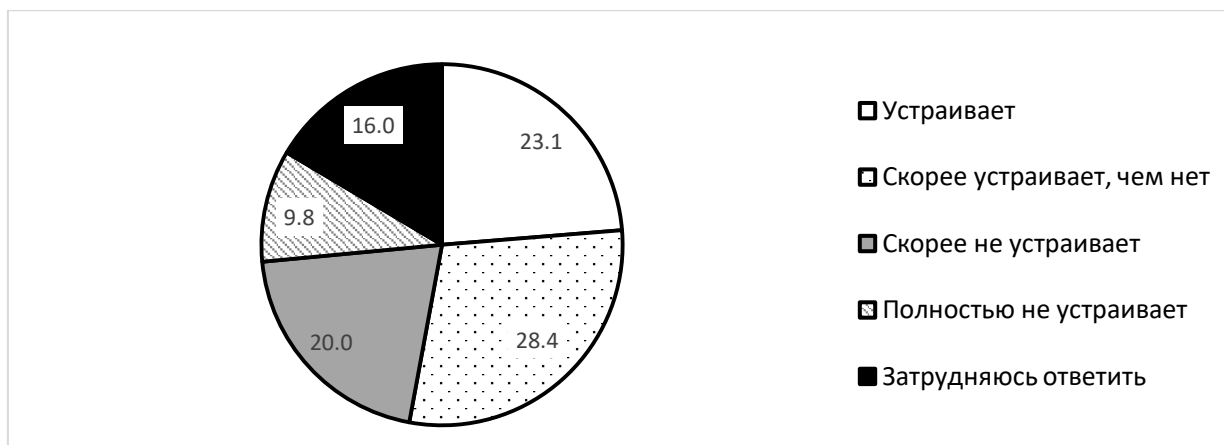


Рисунок 3.31 – Оценка респондентами удовлетворенности стоимостью платных услуг в стационаре, %

При этом отмечена связь между уровнем жизни респондентов и их удовлетворенностью работой стационара: стоимостью платных услуг «довольны» 31,5%, «скорее довольны» 38,6% опрошенных с высоким уровнем жизни, в то время как среди лиц с низким уровнем жизни эти цифры равны лишь 19,7% и 16,5% соответственно ($p < 0.001$). Отношением к пациентам довольны полностью 32,9%, скорее довольны 42,5% опрошенных из группы с высоким уровнем жизни, и только 17,7% опрошенных с низким уровнем жизни «довольны», а 27,1% «скорее довольны» отношением к пациенту в стационаре ($p < 0.001$) (Рисунок 3.32). Та же тенденция прослеживается в вопросе качества лечения в стационарах: 34,1% лиц с высоким уровнем жизни ответили, что «довольны», а 37,6%, что «скорее довольны» качеством лечения в стационаре, среди респондентов с низким уровнем жизни эти цифры равны 16,1% и 20,6% соответственно ($p < 0.001$).

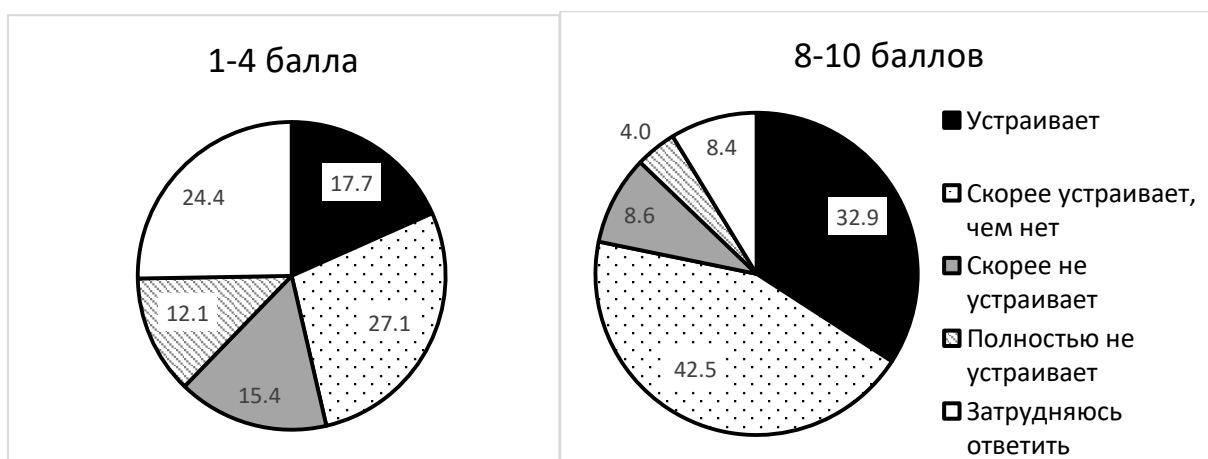


Рисунок 3.32 – Оценка респондентами удовлетворенности отношением к пациенту в стационаре в зависимости от уровня их жизни, %

29,3% респондентов мужского пола «скорее устраивает», а 26,4% «полностью устраивает» стоимость назначенного в стационаре лечения, 27,9% женщин «скорее устраивает» стоимость лечения, 20,6% женщин ею полностью удовлетворены ($p < 0.001$). 35,8% опрошенных мужчин «скорее удовлетворены», а 21,7% полностью удовлетворены качеством лечения в стационаре. У женщин эти цифры равны 30,2% и 20,4% соответственно ($p \leq 0.001$). Уровень образования респондентов также влиял на выбор ими ответов на вопросы. Так, лица с основным общим образованием в 15,1% удовлетворены, в 38,7% случаев скорее удовлетворены отношением к пациентам в стационаре, при этом доля лиц с высшим образованием, довольных отношением к пациентам в больницах была равна 23,3%, а 35,1% респондентов им скорее удовлетворены ($p = 0.044$). Качество лечения устраивает 16,8%, скорее устраивает 26,9% опрошенных с основным общим образованием, у лиц с высшим образованием цифры равны 20,5% и 32,0% соответственно ($p = 0.048$) (Рисунок 3.33).

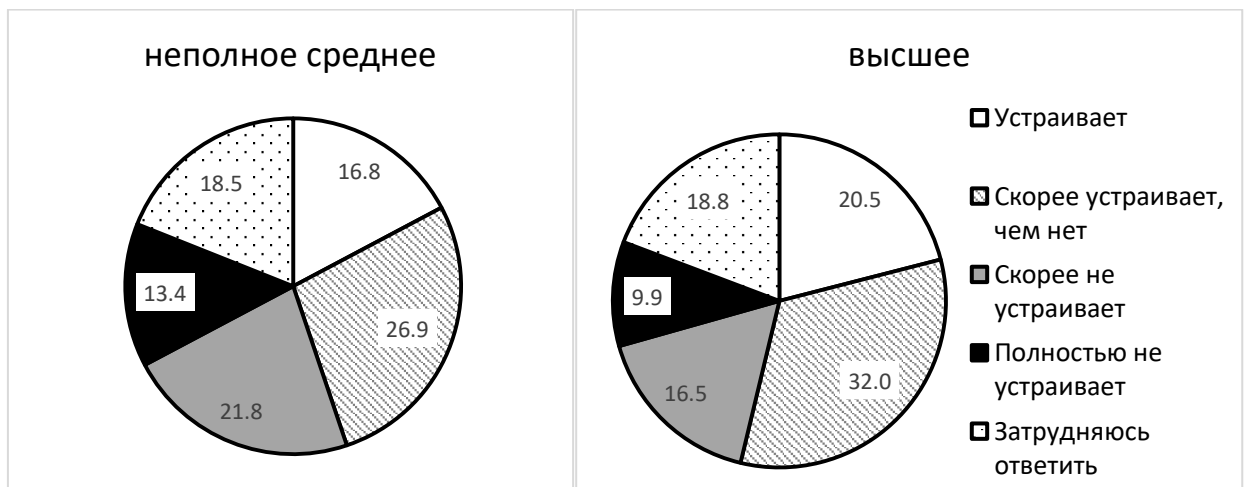


Рисунок 3.33 – Оценка респондентами удовлетворенности качеством лечения в стационаре в зависимости от уровня их образования, %

При этом на вопрос, легко ли госпитализироваться в стационар, 17,4% опрошенных утверждают, что легко, а 27,3% что скорее легко. Для 20,5% это скорее сложно, а для 12,8% сложно это сделать, 16,3% затруднились с ответом. Сложнее госпитализироваться в стационар при необходимости лицам с низким уровнем жизни: 22,4% респондентов это скорее сложно, для 18,8% сложно, в то время как респонденты с высоким уровнем жизни

испытывали трудности при госпитализации в 14,0% случаев, выраженные трудности лишь в 6,5% случаев ($p < 0.001$).

Резюме

С целью разработки мер по улучшению уровня ГВЗ был выполнен анализ анкет 2140 жителей СКФО. При оценке ответов была изучена их зависимость от социально-демографических характеристик респондентов.

Субъективная оценка респондентами собственного здоровья показала, что своё здоровье они оценивают, как: неплохое/удовлетворительное – 44,7%; хорошее – 29,2%, плохое – 8,7%, очень хорошее – 8,2%, очень плохое – 3,8% респондентов. Среди оценивших свое здоровье как хорошее преобладают жители города ($p < 0,001$), мужчины ($p < 0,001$), лица с высоким уровнем жизни ($p < 0,001$).

Изучение факторов риска неинфекционных заболеваний, имеющих у респондентов, показало, что 22,5% респондентов не занимаются физической активностью, 19,9% занимаются ею несколько раз в месяц, 18,2% респондентов – несколько раз в неделю, 16,4% занимаются практически ежедневно, у 11,4% не было возможности заниматься; 63,6% респондентов не курят и никогда не курили, 13,7% бросили курить, лишь 12,4% курят; 64,2% опрошенных ни разу не употребляли алкоголь за последний год. Чаще трудности с восприятием информации о вреде курения, алкоголизма, гиподинамии испытывают мужчины ($p < 0.001$).

Оценка уровня функциональной грамотности показала, что тяжелее понимание слов врача дается мужчинам, чем женщинам ($p < 0.001$), жителям сел ($p \leq 0.001$), респондентам с основным общим образованием ($p < 0.001$).

Изучение понимания респондентами инструкций к лекарственным препаратам показало, что для 18,7% участвующих в опросе достаточно трудно, а для 5,0% - очень трудно их понять. Хуже с инструкциями справляются мужчины ($p < 0.001$), жители сельской местности ($p = 0.018$), лица

с основным общим образованием ($p=0.030$), жители республики Ингушетия ($p<0.001$).

22,3% респондентов испытывают некоторые, а 7,4% - выраженные затруднения в понимании информации на упаковках пищевых продуктов. Наибольшие затруднения при изучении данной информации испытывают жители сельской местности ($p=0.002$) и лица с низким уровнем образования ($p<0.001$).

Для исследования интерактивного уровня ГВЗ оценивалось умение респондентов оказывать первую помощь. Установлено, что 14,3% (95% ДИ: 10,4-18,6%) опрошенных в принципе не могут ее оказать; 35,8% (95% ДИ: 30,1-40,6%) обладают некоторыми знаниями; 34,1% (95% ДИ: 31,2-39,5%) считают, что могут её оказать теоретически и только 10,2% (95% ДИ: 7,1-13,2%) жителей могут и успешно оказывают первую помощь. Умение респондентов оказывать первую помощь достоверно различалось в зависимости от места их жительства ($p=0.002$), пола ($p=0.03$), уровня образования ($p=0.002$) и региона проживания ($p<0.001$).

Для изучения уровня критической ГВЗ населения использовались вопросы, касающиеся вакцинации и плановых медицинских осмотров. Установлено, что для 31,5% (95% ДИ: 26,8-35,4%) опрошенных достаточно трудно, а для 11,0% (95% ДИ: 9,0-14,2) - очень трудно понять, в каких прививках они нуждаются. Разобраться в вопросах вакцинации труднее мужчинам ($p=0.023$), лицам с низким уровнем жизни ($p<0.001$), жителям сельской местности ($p=0.008$).

Анализ результатов исследования показал, что 29,6% респондентов (95% ДИ: 25,3-34,1%) с трудом, а 8,4% (95% ДИ: 5,2-10,5%) с большим трудом разбираются в том, какие плановые осмотры им необходимы. Женщинам труднее понять, в каких плановых осмотрах они нуждаются, чем мужчинам ($p=0.002$); в зависимости от региона проживания труднее всего это сделать жителям Чечни ($p\leq 0.001$), а также проживающим в селах ($p<0.001$).

Проведенная оценка удовлетворенности населения работой медицинской службы (стационарной и амбулаторной медицинской помощью) показала, что режим работы участкового терапевта устраивает 34,2%, скорее устраивает 33,4% опрошенных. Респонденты также удовлетворены стоимостью назначенного лечения, особенно в группе с высоким уровнем жизни ($p < 0.001$). Качеством лечения в поликлиниках в большей степени довольны мужчины ($p < 0.001$), лица с высоким уровнем жизни ($p < 0.001$).

Оценка удовлетворенности населения работой стационарной службы показала, что большинство населения в целом удовлетворены ее работой.

Таким образом, проведенное исследование позволило выявить:

– зависимость между полом, местом жительства, уровнем жизни и образования респондентов и их функциональной грамотностью: уровень функциональной грамотности ниже у мужчин, жителей села, лиц с низким уровнем жизни и образования, а также среди жителей Чеченской республики;

– зависимость между полом, местом жительства, уровнем жизни и образования респондентов и их интерактивной грамотностью: уровень интерактивной грамотности ниже у мужчин, жителей села, проживающих в Чеченской республике, лиц с низким уровнем жизни и образования;

– зависимость между полом, местом жительства, уровнем жизни и образования респондентов и их критической грамотностью: уровень критической грамотности ниже у мужчин, жителей села, лиц с низким уровнем жизни и образования, у жителей Чеченской республики;

– общий низкий уровень функциональной, интерактивной и критической ГВЗ респондентов;

– низкий процент курящих и злоупотребляющих алкоголем респондентов в национальных республиках СКФО;

– зависимость между удовлетворенностью работой медицинских организаций и уровнем жизни респондентов.

ГЛАВА 4. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ПИЩЕВЫХ ПРИВЫЧЕК ЖИТЕЛЬНИЦ СТАВРОПОЛЬСКОГО КРАЯ И ИХ ВКЛАД В РАЗВИТИЕ МАТЕРИНСКОГО ОЖИРЕНИЯ

Оценка режима питания респондентов показала, что их большая часть респондентов питается 3 раза в день (45,8%) или 4 раза в день (36,0%), 15,2% респондентов питаются дважды в сутки, 2,8% успевают поесть лишь 1 раз за день (Рисунок 4.1). При этом большинство участвующих в исследовании женщин едят за 2-3 часа до сна (33,2%), 27,8% последний раз едят за 1 час до сна, за 3 часа до сна питаются 18,6%, 12,2% наедаются непосредственно перед сном.

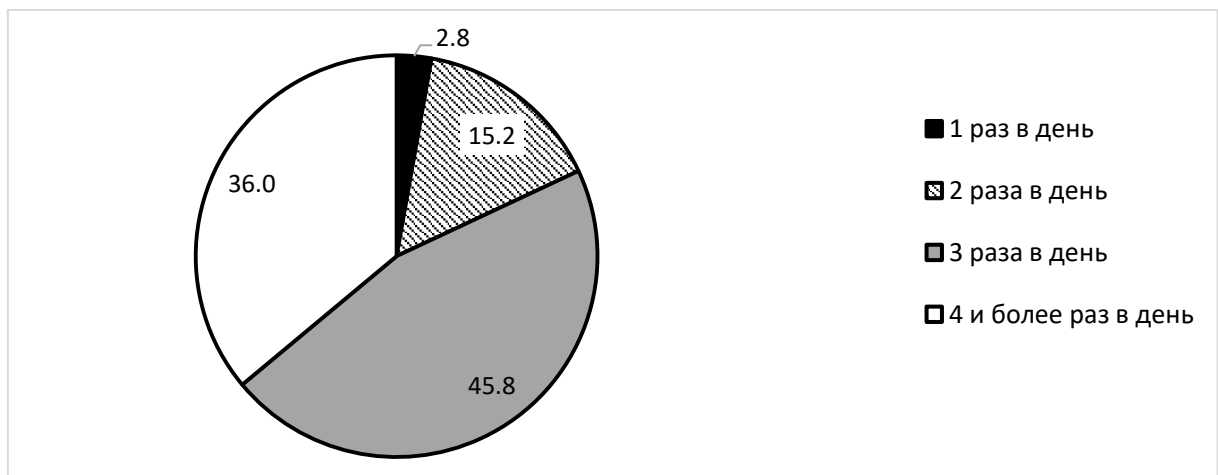


Рисунок 4.1 – Частота приема респондентами пищи за сутки, %.

Количество потребляемых ими калорий всегда считают 11,3% респондентов, иногда ведут их подсчет 25,7% опрошенных, 51,6% - никогда не считают количество потребляемых калорий, 9,2% - затруднились ответить.

Ежедневно завтракают 43,5% опрошенных, 24,0% завтракают время от времени, 22,5% завтракают очень редко, а 8,8% пропускают утренний прием пищи вообще. 52,2% участвующих в опросе всегда перекусывают между основными приемами пищи, 28,5% перекусывают время от времени, 19,3% не перекусывают вообще. В качестве перекуса респонденты предпочитают кондитерские изделия (70,9%), орешки (82,9%), фрукты или овощи (64,0%), хлебобулочные изделия (72,8%) и молочные продукты (83,5%).

При покупке продуктов питания большинство опрошенных (56,5%) всегда обращает внимание на срок годности товара, 19,1% изучают срок годности продуктов часто, 18,6% время от времени, 5,6% не смотрят на срок годности продуктов никогда. Намного реже респонденты обращают внимание на калорийность еды. Никогда не смотрят на калорийность продуктов 37,0% опрошенных, 33,8% делают это время от времени, 16,3% часто и лишь 12,5% опрошенных всегда изучают калорийность покупаемых продуктов питания. 13,3% опрошенных с ИМТ $\geq 30,0$ кг/м² всегда обращают внимание на калорийность продуктов, а 23,0% - часто, в группе женщин с нормальной массой тела всегда контролируют калорийность пищи 11,8%, часто 11,4% респондентов ($p < 0.001$) (Рисунок 4.2).

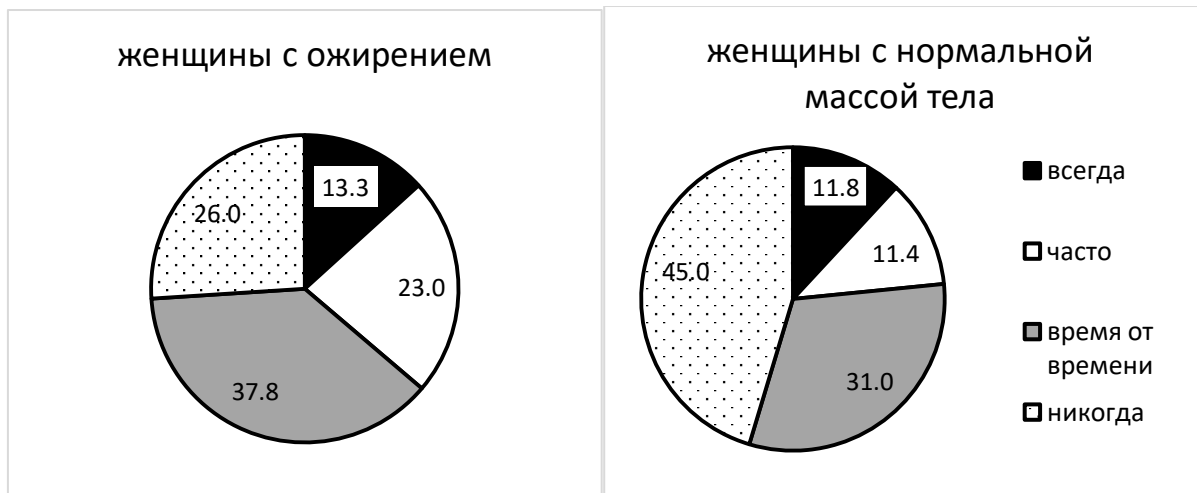


Рисунок 4.2 – Частота оценки респондентами калорийности продуктов в зависимости от исходной массы тела, %.

Выявлено, что женщины, кормящие своих детей грудью, более внимательно следят за калорийностью продуктов. 15,2% кормивших грудью респондентов всегда, а 18,5% часто обращают внимание на калорийность продуктов, в то время как среди женщин, практиковавших искусственное вскармливание, эти цифры равны 11,8% и 5,9% соответственно ($p = 0.002$) (Рисунок 4.3).

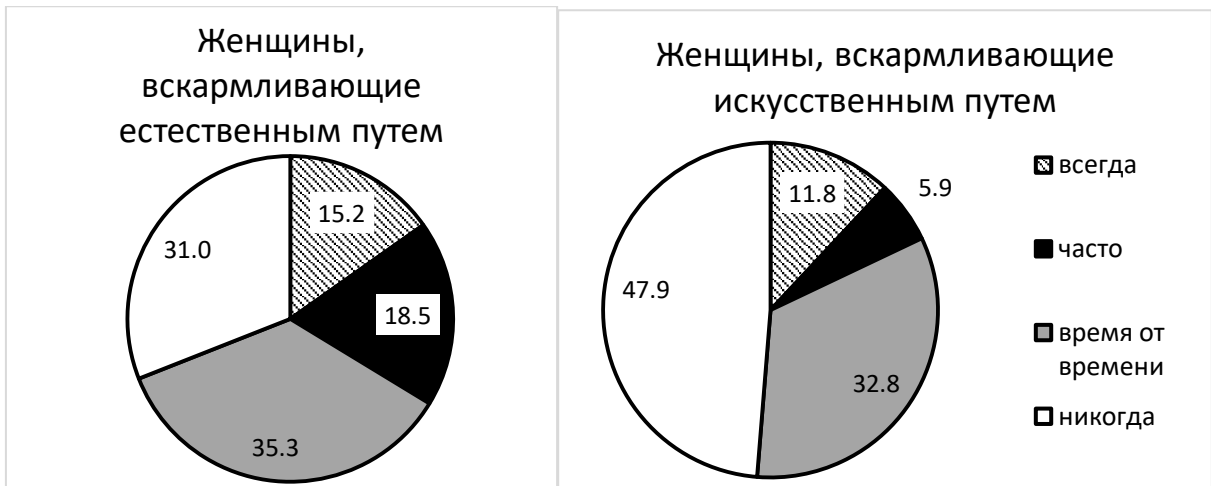


Рисунок 4.3 – Оценка респондентами калорийности покупаемых продуктов в зависимости от способа вскармливания детей, %.

Анализ рациона респондентов показал, что 40,0% опрошенных ежедневно употребляют в пищу мясо, 33,6% едят его 2-3 раза в неделю, 13,9% еженедельно, 8,6% - 1 раз в 2 недели, 2,6% едят мясо 1 раз в месяц, а 1,1% не употребляют его вообще. В основном респонденты предпочитают курицу (61,7%), свинину (39,4%) и говядину (33,6%), реже опрошенные употребляют индейку (27,6%), кролика (9,9%) или другие виды мяса (4,9%). В качестве гарнира к мясу респонденты предпочитают крупы (35,5%), макароны (36,6%), пюре (43,0%), сырые овощи (21,8%), тушеные овощи (33,6%), 6,6% предпочитают есть мясо без гарнира.

Большинство опрошенных старается регулярно включать в рацион овощи. 59,1% едят их ежедневно, 25,2% употребляют в пищу овощи несколько раз в неделю, 13,5% включают их в свой рацион 1-2 раза в неделю. 2,1% едят овощи 1 раз в месяц или реже (Рисунок 4.4).

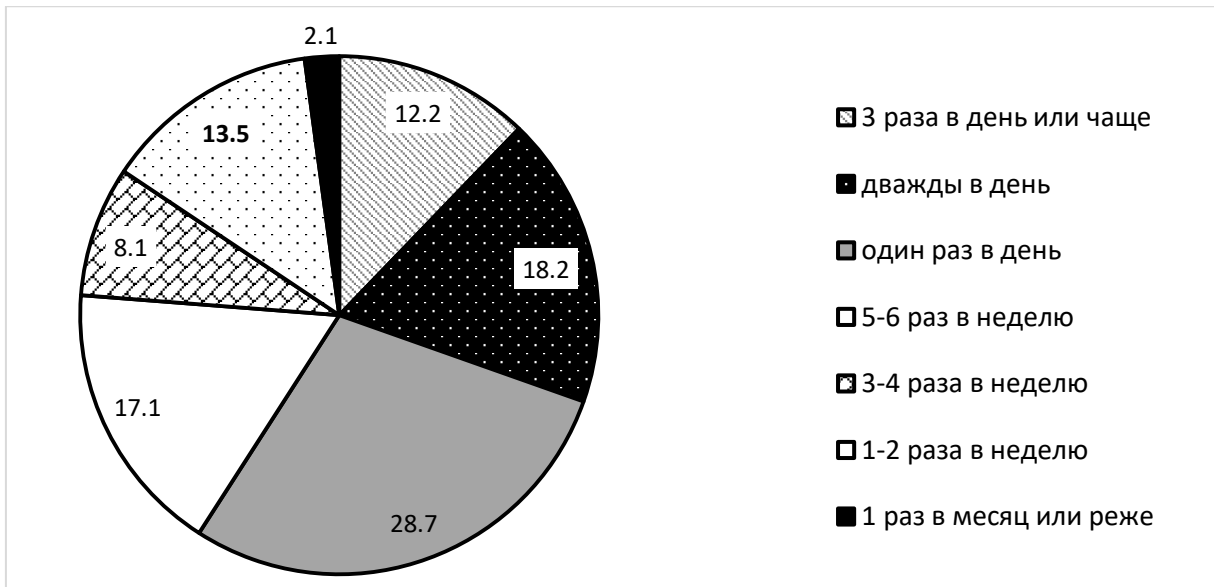


Рисунок 4.4 – Частота потребления респондентами овощей и корнеплодов, %.

63,7% опрошенных едят фрукты ежедневно, 20,2% респондентов употребляют их несколько раз в неделю, а 15,8% - 1-2 раза в неделю. Чаще фрукты встречаются в рационе жителей городской местности: 69,7% горожан едят фрукты ежедневно, 21,1% включают их в рацион несколько раз в неделю, 9,2% употребляют их 1-2 раза в неделю. Для жителей сельской местности эти цифры равны 50,4%, 18,0% и 31,7% соответственно ($p < 0.001$) (Рисунок 4.5).

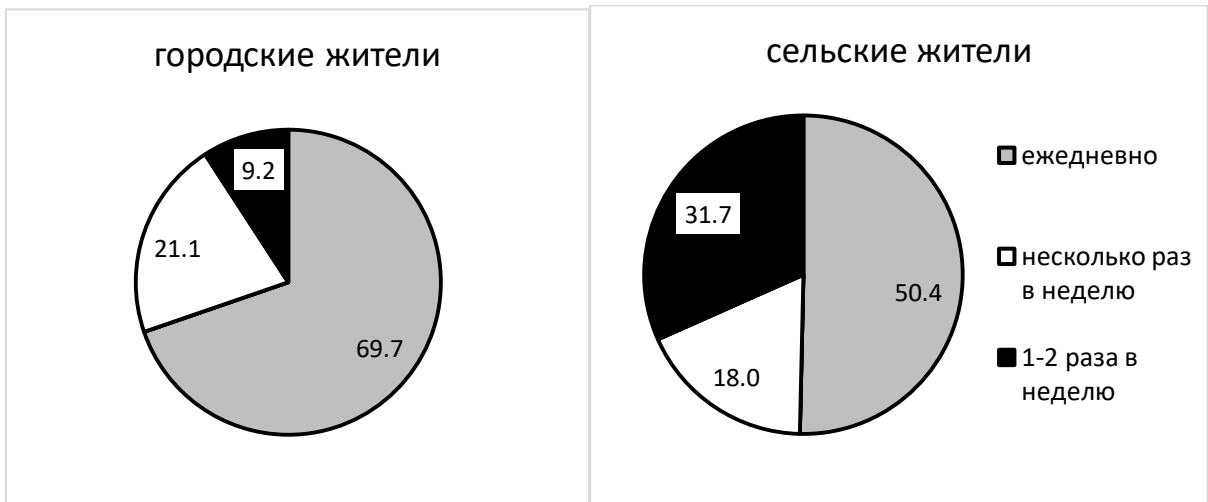


Рисунок 4.5 – Потребление респондентами фруктов в зависимости от места жительства респондента, %.

Большинство респондентов часто включают в свой рацион сладости: 12,2% едят их 3 раза в день и чаще, 19,9% употребляют их в пищу дважды в день, 24,2% - 1 раз в день, 12,0% 5-6 раз в неделю, 8,6% - 3-4 раза в неделю,

9,6% - 1-2 раза в неделю, 4,1% 1-2 раза в месяц употребляют сладкие продукты, 7,3% не едят их вообще.

Больше половины респондентов добавляют сахар в напитки. 29,8% делают это всегда, 27,0% добавляют сахар в свой напиток, когда запивают несладкую еду, 16,1% не добавляют в напитки сахар только если запивают несладкую еду и только 24,4% опрошенных никогда не добавляют сахар в напитки. Чаще злоупотребляют сахаром респонденты с ожирением, они всегда добавляют сахар в свои напитки в 34,9% случаев, 29,1% делают это, если запивают несладкую еду. Для лиц с нормальной массой тела эти цифр равны 27,5% и 26,8% соответственно ($p=0.014$) (Рисунок 4.6).

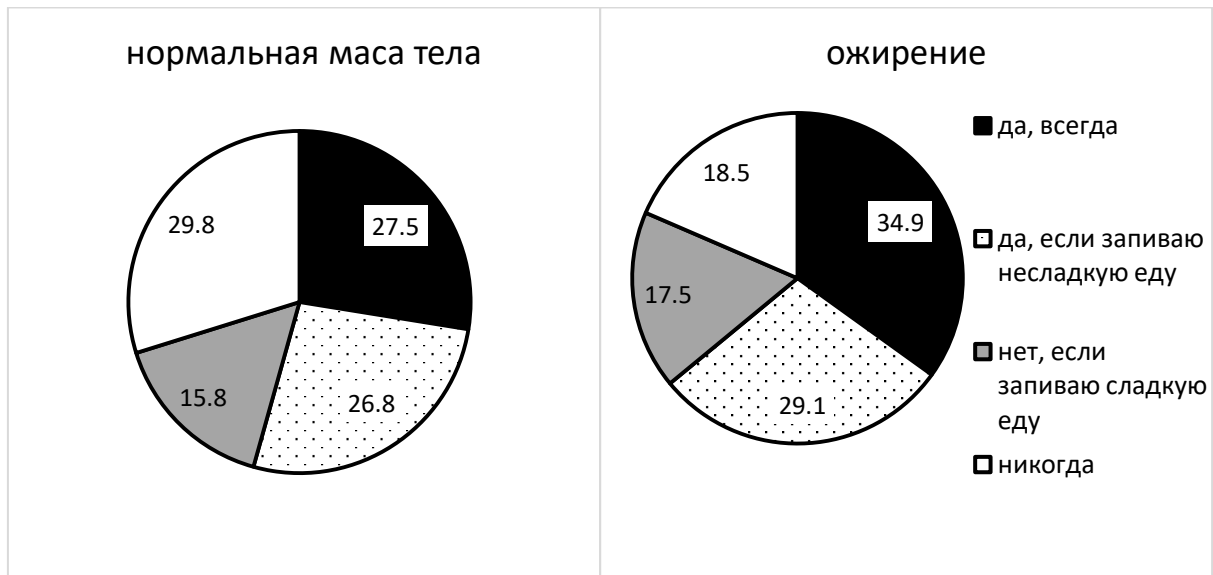


Рисунок 4.6 – Частота добавления сахара респондентами в напитки в зависимости от массы тела, %.

48,6% участвующих в опросе женщин уверены, что у них есть лишний вес, 15,6% считают, что лишний вес у них скорее есть, 26,8% утверждают, что не имеют лишнего веса, 7,7% затруднились ответить на этот вопрос. При этом 51,4% опрошенных никогда не пользовались диетами, а 37,3% уже пытались похудеть с их помощью. Чаще всего информацию о диетах респонденты находили в Интернете (28,9%), получали от родственников/друзей (21,8%), 12,0% опрошенных консультировались с диетологом, а 11,8% разрабатывали свою диету сами. 21,2% респондентам удавалось достичь желаемого веса, используя диету, 20,3% это скорее удавалось, 16,9% скорее не смогли добиться

желаемого веса, 6,2% достичь его не удалось, 6,4% опрошенных затруднились ответить (Рисунок 4.7). 30,0% опрошенных употребляли таблетки или иные лекарственные средства для похудения. 31,9% опрошенных, использовавших таблетки для похудения, оценили их эффект как положительный и долговременный, 35,5% как положительный, но кратковременный, 31,3% респондентов утверждают, что эффекта от них не было.

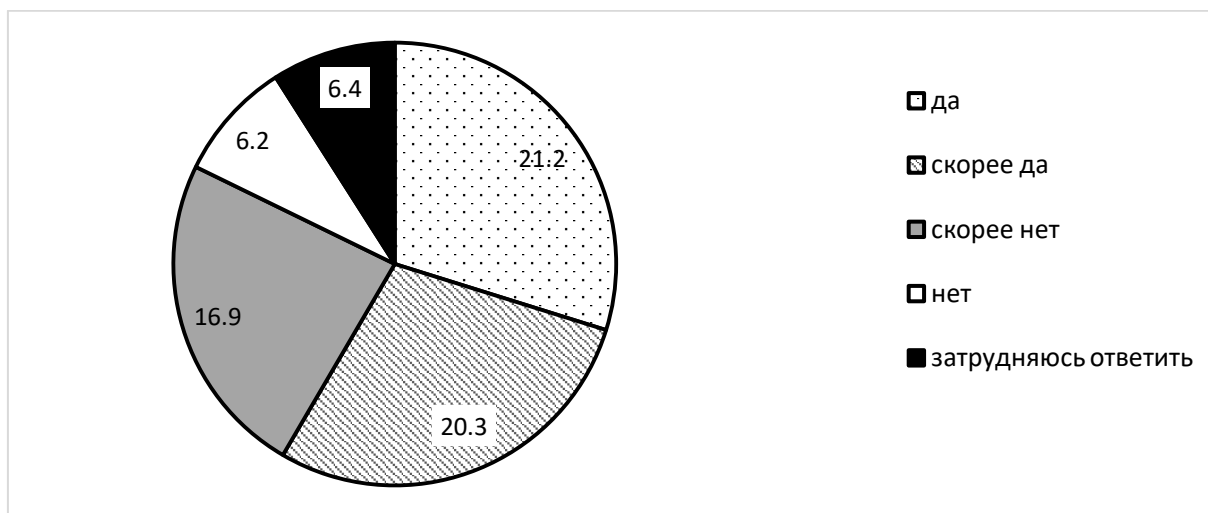


Рисунок 4.7 – Оценка респондентами достижения желаемого веса с помощью диет, %.

Одним из способов повышения уровня ГВЗ населения является санитарно-просветительская деятельность, организуемая медицинскими работниками, в частности, в Школах здоровья.

Для 100 женщин с ожирением и их детей была организована Школа здоровья по коррекции избыточной массы тела и гиподинамии, оставшиеся 98 женщин не проходили занятий в Школе здоровья, занимались похудением вместе с детьми самостоятельно в домашних условиях.

Цель занятий: 1. Коррекция избыточной массы тела – во всех случаях добиться похудения на 5-10-15% от исходной массы тела за полгода, а в дальнейшем добиться стабилизации массы тела. При потере в весе 5% результат может считаться удовлетворительным, 5-10% - хорошим, более 10% – отличным.

2. Повышение ГВЗ в целом и особенно по вопросам здорового питания.

Занятия в Школе здоровья проводились в 10 группах по 10 человек. Количество занятий – 6, периодичность – 1 занятие в месяц. Длительность каждого занятия составляла 1 час. Структура занятия предполагала информационный блок с изложением теоретического материала и показом слайдов (около 20 минут); перерыв (10 минут); активную часть занятий, включающую подсчет индекса массы тела, измерение окружности талии, бедер, взвешивание, разработку рациона питания и плана по ежедневной физической активности, формулировку домашнего задания (около 30 минут).

Результаты снижения массы тела в обеих группах оценивались через 6 месяцев от начала занятий (в конце цикла работы Школы здоровья), оценка стабилизации массы тела у респондентов и их детей оценивалась через 1 год от начала занятий.

В группе женщин с избыточным весом, прошедших обучение в Школе здоровья по коррекции избыточной массы тела и гиподинамии потеря веса более 10 % от исходного за 6 месяцев отмечалась у 9 (9,0%) человек, 5-10% от исходной массы тела – у 29 (29,0%) респонденток, 5% от исходной массы – у 35 (35,0%) женщин. 27 (27,0 %) женщин потеряли менее 5% от исходной массы или не похудели вообще. В группе женщин с избыточным весом, худевших самостоятельно и не посещавших Школу здоровья, результаты были следующими: похудели более чем на 10% от текущего веса 2 (2,0%) опрошенных, на 5-10% от текущей массы тела – 21 (21,4%) женщина, на 5% от текущей массы похудели 23 (23,4%) респондентки, 52 (53,2%) человека похудели менее чем на 5% от исходного веса или не похудели вообще ($p=0.002$) (Рисунок 4.8).

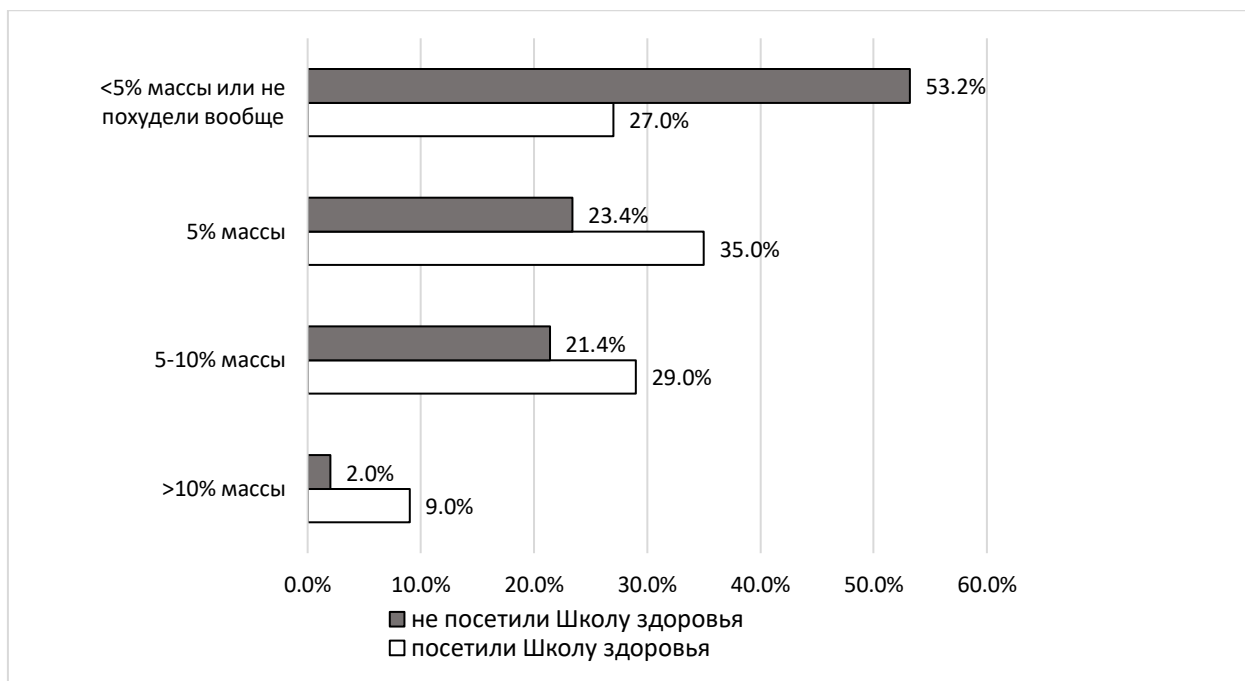


Рисунок 4.8 – Оценка ближайших результатов похудения женщин с ожирением в зависимости от посещения Школы здоровья, %.

Исследовались также результаты похудения детей опрошенных матерей, страдающих ожирением. Были получены следующие результаты: у 100 женщин, посещавших Школу здоровья: дети 12 (12,0%) респонденток похудели более чем на 10% от исходного веса, на 5-10% похудели дети 27 (27,0%) опрошенных, у детей 40 (40,0%) женщин потеря массы тела составила 5% за полгода, у 21 (21,0%) женщины дети не похудели вообще либо похудели менее чем на 5% от исходной массы тела. Среди женщин, участвовавших в опросе, но не посещавших Школу здоровья, потерю массы тела более чем на 10% у своих детей отметили 3 (3,1%) женщины, на 5-10% похудели дети 24 (24,4%) женщин, 5% от исходной массы потеряли дети 26 (27,5%) респонденток, у 44 (45,0%) респонденток дети потеряли менее 5% исходной массы или не похудели вообще ($p < 0.001$) (Рисунок 4.9).

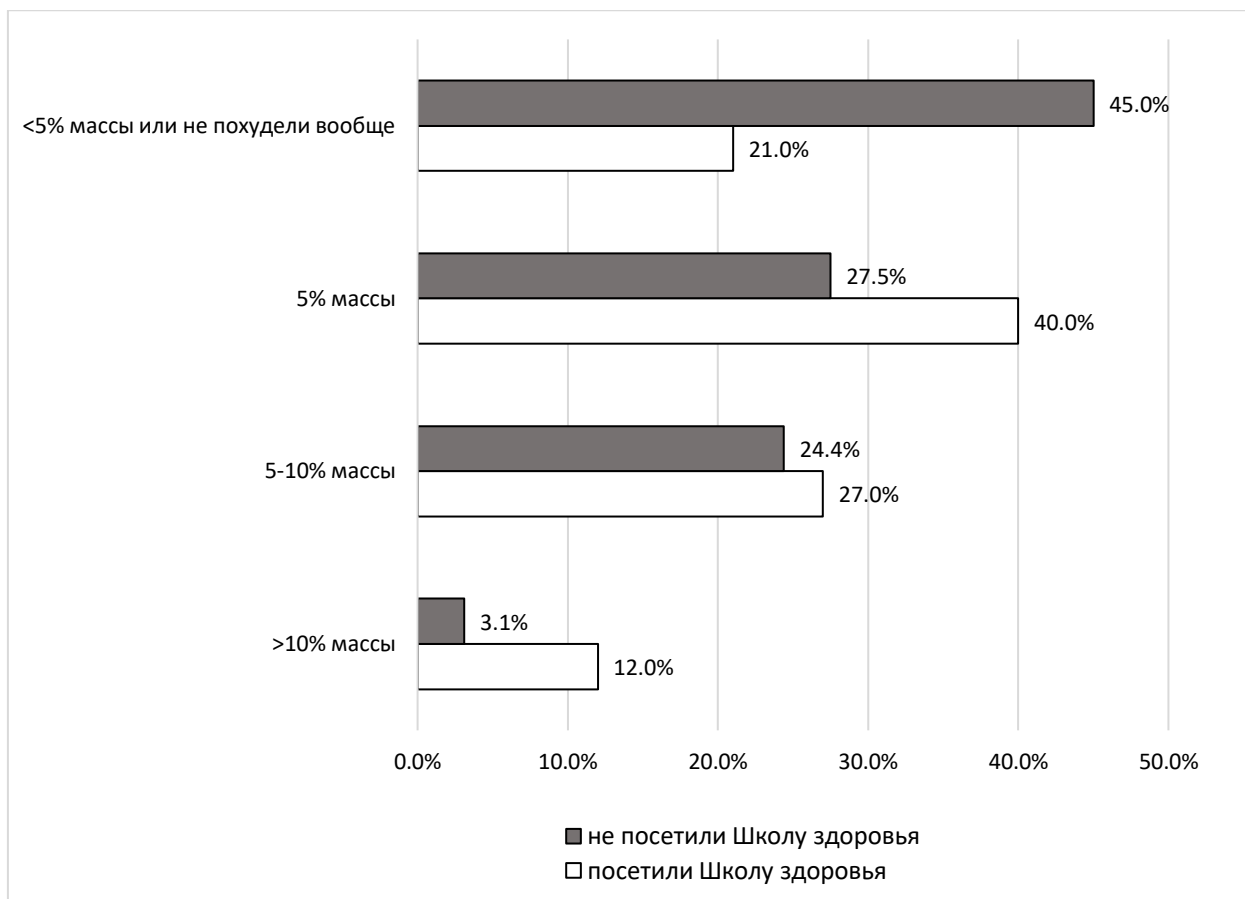


Рисунок 4.9 – Оценка ближайших результатов похудения детей женщин с ожирением в зависимости от посещения Школы здоровья, %.

Оценка стабилизации массы тела проводилась у опрошенных через год после проведения социологического исследования. В группе женщин, обучившихся в Школе здоровья, получены следующие результаты: продолжили худеть 25 (25,0%) опрошенных, сохранили достигнутую массу тела 42 (42,0%) респондентки, снова поправились 33 (33,0%) женщины. Среди женщин, худевших самостоятельно и не посещавших Школу здоровья по коррекции избыточной массы тела и гиподинамии, результаты были менее позитивными: продолжили худеть 13 (13,2%) женщин, сохранили достигнутую массу тела 25 (25,5%) человек, снова начали поправляться 60 (61,3%) респонденток ($p=0.03$) (Рисунок 4.10).

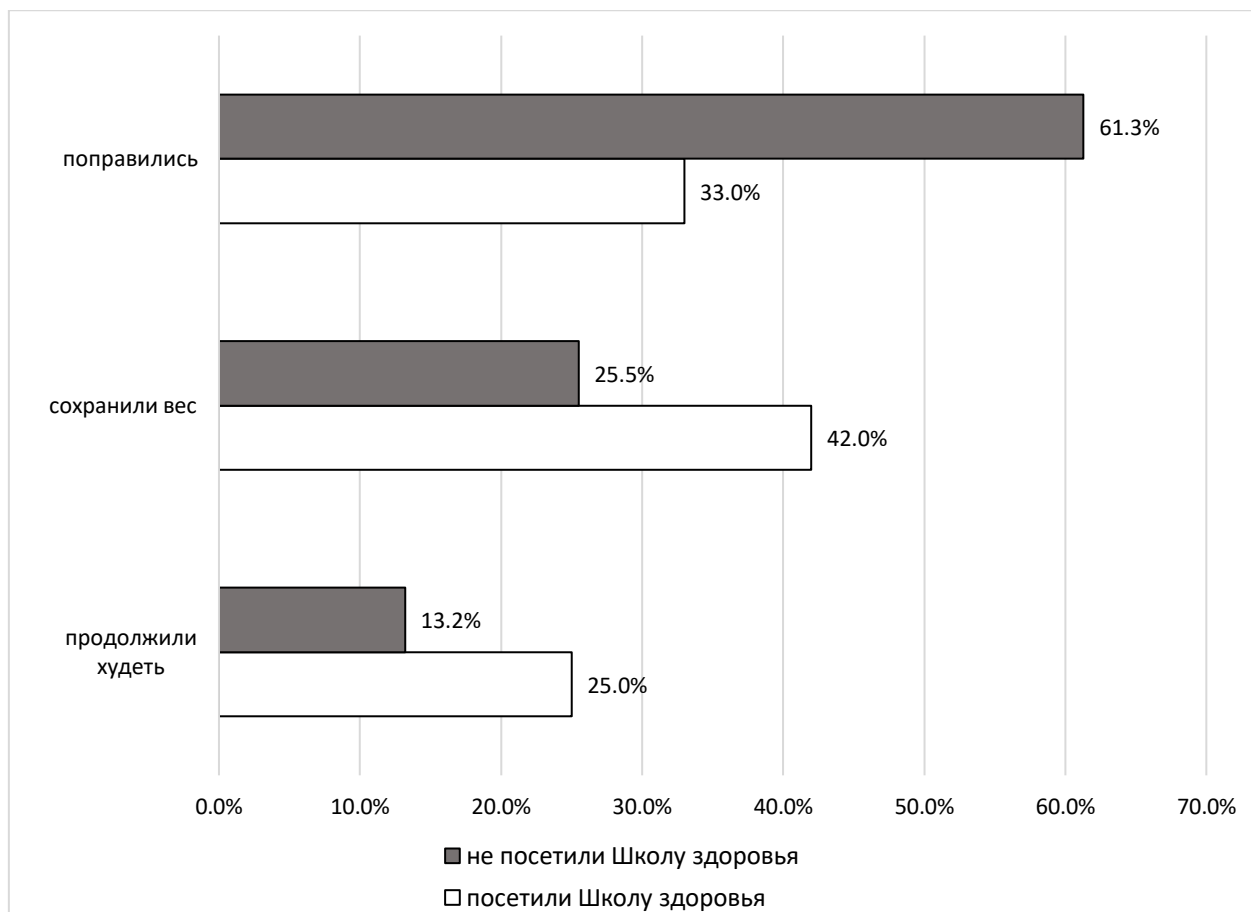


Рисунок 4.10 – Оценка отдаленных результатов похудения женщин с ожирением в зависимости от посещения Школы здоровья, %.

Оценка отдаленных результатов похудения детей матерей, участвовавших в опросе, также показала пользу посещения Школы здоровья. У 24 (24,0%) респонденток, посещавших Школу здоровья по коррекции избыточной массы тела и гиподинамии, дети продолжили худеть через год после проведения исследования, у 46 (46,0%) женщин дети сохранили достигнутый вес, снова начали поправляться дети 30 (30,0%) опрошенных. Среди детей женщин, не посещавших Школу здоровья, были получены следующие результаты: дети 15 (15,3%) женщин продолжили худеть, у 32 (32,7%) респонденток дети сохранили достигнутый вес, у 51 (52,0%) матерей дети поправились ($p < 0.001$) (Рисунок 4.11).

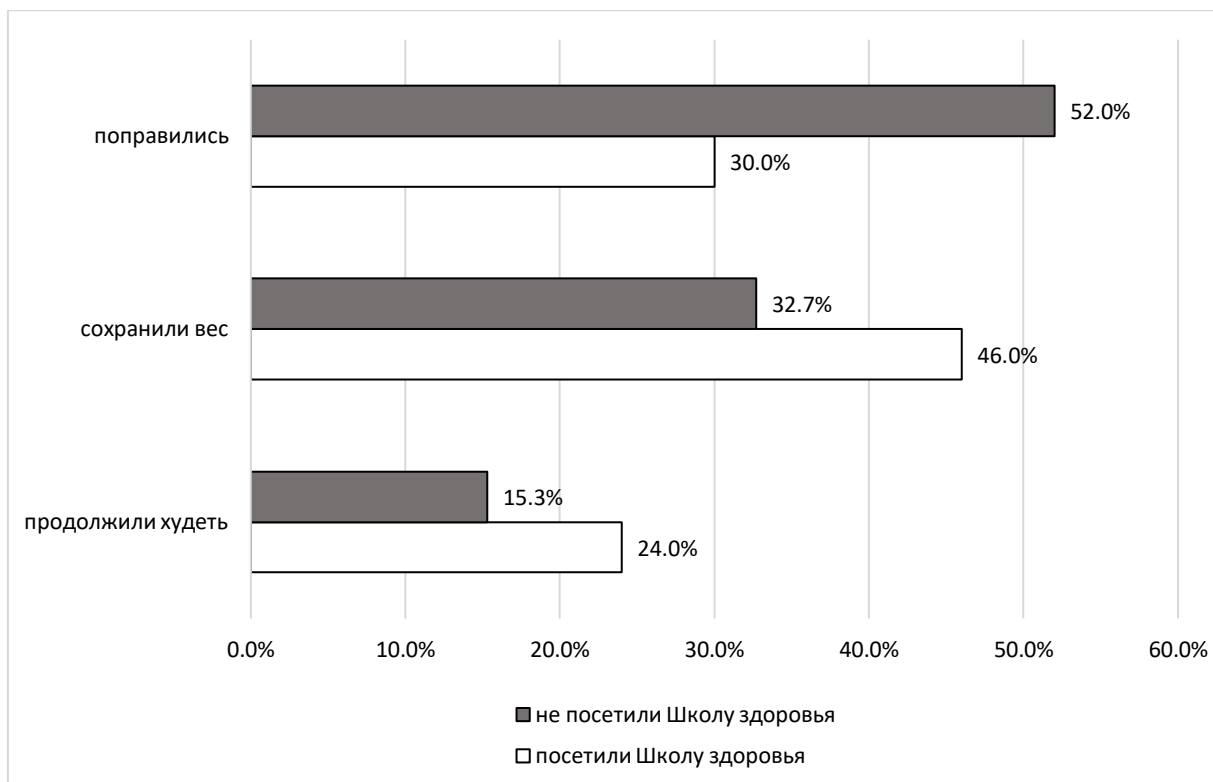


Рисунок 4.11 – Оценка отдаленных результатов похудения детей женщин с ожирением в зависимости от посещения Школы здоровья, %.

Таким образом, активное внедрение Школ здоровья для лиц, страдающих социально значимыми заболеваниями (ожирением), позволит повысить их уровень ГВЗ и улучшить отдаленные результаты по снижению веса.

Резюме

Оценка пищевых привычек респондентов показала, что, хотя большинство опрошенных питается 3-4 раза в сутки, у 40 % опрошенных последний прием пищи происходит достаточно поздно.

Большинство респондентов при покупке пищевых продуктов обращают свое внимание в первую очередь на срок их годности. Лишь 12,5% всегда контролируют калорийность продуктов, которые они покупают. Более внимательны к энергетической ценности потребляемой пищи женщины с ожирением ($p < 0.001$), а также женщины, вскармливающие своих детей грудным молоком ($p = 0.002$).

Оценка рациона респондентов продемонстрировала их стремление к его разнообразию. Опрошенные женщины стараются включать в пищу мясные

продукты, различные гарниры, а также большое количество овощей и фруктов, причем фрукты присутствуют в рационе жителей городской местности чаще, чем в рационе сельских жителей ($p < 0.001$).

Опрошенные в большом количестве употребляют в пищу сладости, больше половины респондентов регулярно добавляют сахар в свои напитки, чаще это делают женщины с уже имеющимся ожирением ($p = 0.014$).

Почти половина опрошенных женщин считает свой вес избыточным, 37,3% респондентов старались похудеть с помощью диет, а 30,0% опрошенных использовали различные лекарственные средства для похудения. При этом достичь желаемого веса смогли лишь 21,2% опрошенных.

Таким образом, содержание профилактических программ должно включать обучение:

- режиму питания,
- подсчету калорийности еды,
- отказу от добавления сахара в напитки или замене его подсластителями,
- правильной тактике снижения избыточного веса.

Кроме того, следует популяризировать грудное вскармливание детей и увеличить долю фруктов в рационе сельских жителей.

В группе женщин с избыточным весом, прошедших обучение в Школе здоровья потеря веса более 10 % от исходного за 6 месяцев отмечалась у 9,0% человек, 5-10% от исходной массы тела – у 29,0% респонденток, 5% от исходной массы – у 35,0% женщин. В группе женщин с избыточным весом, худевших самостоятельно и не посещавших Школу здоровья, результаты оказались хуже: похудели более чем на 10% от текущего веса 2,0% опрошенных, на 5-10% от текущей массы тела – 21,4% женщин, на 5% от текущей массы похудели 23,4% респонденток ($p = 0.002$).

Отдаленные результаты также были лучшими среди респонденток, обучавшихся в Школе здоровья: продолжили худеть 25,0% опрошенных, сохранили достигнутую массу тела 42,0% респонденток, в то время как среди

женщин, худевших самостоятельно и не посещавших Школу здоровья, продолжили худеть лишь 13,2% женщин, а сохранили достигнутую массу тела 25,5% человек ($p=0.03$).

Изменение стереотипа питания матерей сказалось и на питании их детей. Так, дети 12,0% респонденток похудели более чем на 10% от исходного веса, на 5-10% похудели дети 27,0% опрошенных, у детей 40,0% женщин потеря массы тела составила 5% за полгода. Среди женщин, не посещавших Школу здоровья, потерю массы тела более чем на 10% у своих детей отметили лишь 3,1% женщин, на 5-10% похудели дети 24,4% женщин, 5% от исходной массы потеряли дети 27,5% респонденток ($p<0.001$)

Оценка отдаленных результатов похудения детей матерей, участвовавших в опросе, также продемонстрировала позитивное влияние Школы здоровья на массу тела. У 24,0% учениц Школ здоровья дети продолжили худеть через год после проведения исследования, у 46,0% женщин дети сохранили достигнутые значения веса. Дети 15,3% женщин, не посещавших Школу здоровья, продолжили худеть, у 32,7% респонденток дети сохранили достигнутый вес ($p<0.001$).

Представленные факты свидетельствуют о том, что активное внедрение Школ здоровья для лиц, страдающих социально значимыми заболеваниями, такими, как ожирение, позволяет повысить их уровень ГВЗ и улучшить отдаленные результаты лечения избыточного веса и ожирения.

ГЛАВА 5. СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕР ПО ПОВЫШЕНИЮ УРОВНЯ ГРАМОТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ В ВОПРОСАХ ЗДОРОВЬЯ

Наличие высокого уровня ГВЗ особенно важно для пациентов, страдающих заболеваниями, в первичной и вторичной профилактике которых принципиально важны знания о модификации своего образа жизни. При этом, мероприятия по улучшению уровня ГВЗ должны решать следующие задачи:

- обучение населения;
- оптимизация использования медицинской помощи;
- борьба с неравенством в здоровье граждан.

Обеспечить меры по повышению уровня ГВЗ можно различными путями, в том числе на индивидуальном, групповом, индивидуально-групповом, популяционном уровнях. Данное деление условно, некоторые меры можно отнести как к одному уровню, так и к другому. Схематически меры по повышению ГВЗ можно изобразить следующим образом (Рисунок 5.1):



Рисунок 5.1 – Меры по повышению ГВЗ на различных уровнях

Индивидуально-групповой уровень

Предполагает обучение врачей, которые, в свою очередь, будут далее передавать знания своим пациентам. Данные мероприятия могут быть реализованы путем создания учебных пособий для врачей по проблеме ГВЗ.

Тема грамотности в вопросах здоровья также была включена в курс обучения студентов и врачей в виде специального модуля на кафедрах общественного здоровья ФГБОУ ВО «СтГМУ».

Подготовка нормативных документов министерства здравоохранения региона, регламентирующих деятельность по улучшению ГВЗ.

Групповой уровень

Деятельность на этом уровне в основном реализуется с использованием проектного метода в сотрудничестве с некоммерческими организациями региона.

Проект **«Здоровый выбор»** был направлен на повышение потенциала и обучение руководителей, активистов организаций бывших наркозависимых, работающих в сфере реабилитации. Данный проект был реализован на территории Ставропольского края, Ростовской области, Краснодарского края.

В ходе реализации проекта из числа бывших наркозависимых была подготовлена команда волонтеров, обученная ведению профилактической работы и основам здорового образа жизни, для работы с молодежью Северного Кавказа, имеющей проблемы, связанные с употреблением психоактивных веществ.

В результате работы по проекту:

- обучено 50 активистов реабилитационных центров для наркозависимых технологиям профилактической работы с молодежью по таким проблемам, как наркомания, ВИЧ, табакокурение;
- сформирована группа молодежных лидеров, способных нести адекватные медицинские и санитарные знания целевым группам;

□ активисты реабилитационных центров были обеспечены материалами для ведения информационно-пропагандистской деятельности (обучающий фильм, методические материалы).

Основные мероприятия, проведенные в рамках реализации проекта:

- обучающие тренинги: 72 – часовая программа по курсу «Профилактика социально значимых заболеваний»

□ мозговые штурмы, беседы, лекции;

□ круглые столы

Наглядный материал, посвященный вопросам профилактики табачной зависимости и инфекций, передаваемых половым путем, используемый в работе участников проекта, включал видеоматериалы (обучающие фильмы, ролики), а также листовки и информационные буклеты, разработанные специалистами в сфере ОЗЗ в сотрудничестве с некоммерческими организациями на средства гранта Президента РФ. Сотрудники и волонтеры НКО достигли высокого уровня критической ГВЗ в данной области.

Школы здоровья являются эффективным способом группового обучения пациентов с НИЗ, например, с гипертонической болезнью, сахарным диабетом, бронхиальной астмой и т.д. Однако данное направление в силу объективных и субъективных причин развивается недостаточно активно.

Для подтверждения высокой результативности работы школ здоровья в городе Ставрополе, нами был проведен анализ медицинской эффективности работы Школы здоровья для астматиков. На учете в амбулаторных учреждениях г. Ставрополя состояло 1731 человек с бронхиальной астмой, из них 266 пациентов (15,37%) было обучено в школе здоровья. При анализе количества лиц с ГБ, наблюдаемых в поликлиниках, выявлено, что всего на учете в поликлиниках г. Ставрополя состояло 18719 гипертоников, в школе было обучено 782 человека (4,2 %). Направление в школу здоровья давал участковый терапевт, при этом заинтересованность со стороны самих больных была достаточно низкой, что объясняет небольшое количество учеников.

Проводилась оценка медицинской (улучшение результатов лечебных и профилактических мер) эффективности работы школ здоровья.

Через год после завершения обучения в школах здоровья показатели пациентов (частота госпитализаций по основному заболеванию, длительность временной нетрудоспособности, количество вызовов скорой помощи) сравнивались с данными, полученными в год, предшествующий обучению.

Так, обучение в школе здоровья для астматиков привело к снижению на 37% числа обращений за стационарной помощью, на 30% - количества вызовов скорой помощи, на 38,7% - обращаемости в поликлиники за помощью по основному заболеванию, на 14% меньше пациенты были временно нетрудоспособны. Для обучающихся в школе гипертоников эти цифры были равны 12%, 40%, 21% и 17% соответственно ($p < 0.001$). Общее число случаев временной нетрудоспособности снизилось на 24%.

В зарубежной литературе отмечалась важность повышения уровня ГВЗ среди работающих граждан. Проект **«Здоровье на рабочем месте»** реализовывался на базе двух крупных промышленных предприятий г. Ставрополя. Он преследовал несколько целей: обучить работников самооценке своего здоровья; обеспечить работников, считающих свой уровень здоровья неудовлетворительным, углубленными медицинскими осмотрами; разработать рекомендации по улучшению здоровья для организации в целом и каждого работника в частности.

Субъективную оценку состояния личного здоровья дали 208 сотрудников предприятия №1, в том числе, 146 (70,2%) женщин и 62 (29,8%) мужчины. В результате опроса на предприятии № 1 был выявлен статистически значимый высокий процент признаков депрессии среди опрошенных женщин молодого возраста. В этой же группе был выявлен большой процент курящих. Кроме того, у пациентов отмечалась высокая заболеваемость опорно-двигательного аппарата. На основании результатов проведенных исследований были составлены индивидуальные программы мероприятий для улучшения здоровья работников на предприятии. Так, для

лиц с заболеваниями опорно-двигательного аппарата были разработаны комплексы гимнастики и ЛФК, открыты кабинеты психологической помощи для противодействия стрессу. Для профилактики ГБ совместно с ГKB № 3 была организована школа гипертоников на базе предприятий.

На предприятии №2 было проведено анкетирование 200 работников, по результатам которого было выявлено 65 (32,5%) человек, имеющих проблемы со здоровьем. Структура заболеваемости сотрудников изображена на рисунке 5.2.

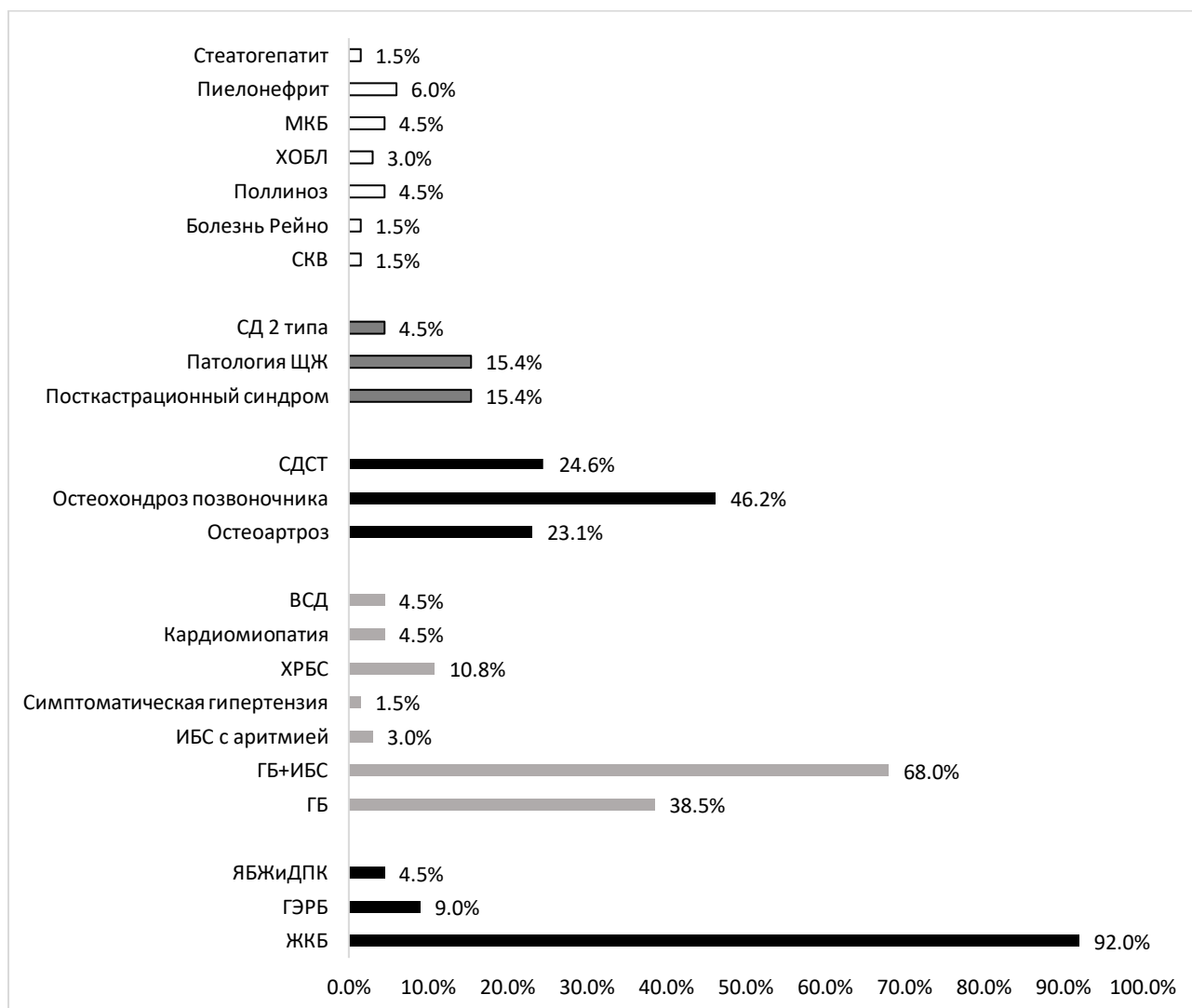


Рисунок 5.2 – Структура заболеваемости работников на предприятии №2
На основании анализа заболеваемости нами было рекомендовано:

1) введение небольших перерывов на работе для организации частого и дробного питания, что связано с высокой заболеваемостью болезнями органов ЖКТ, ограничить контакт работников с профессиональными вредностями.

- 2) организовать школу гипертоников на базе предприятия силами городской поликлиники № 2. Это позволит уменьшить случаи инвалидизации, вызванной ГБ, а также сократить случаи временной нетрудоспособности работников.
- 3) организовать школы для больных ИБС, заболеваниями опорно-двигательного аппарата с участием профильных специалистов городской поликлиники № 2.
- 4) обучение технологиям борьбы со стрессом, используя ресурсы специалистов психологического центра.

В повседневной жизни чрезвычайно важны знания по первой помощи пострадавшим. С этой целью силами отряда «Спасатель» СтГМУ был организован курс **«Оказание первой медицинской помощи пострадавшим от несчастного случая до прихода врача»**. Целевые группы проекта: ученики старших классов городских общеобразовательных школ в количестве 76 человек.

Данный образовательный курс включал в себя 6 теоретических занятий:

Тема №1. Основы анатомии и физиологии. Первая помощь в различных чрезвычайных ситуациях.

Тема №2. Оказание медицинской помощи при ранах, кровотечениях и геморрагическом шоке.

Тема №3. Оказание медицинской помощи при растяжениях, ушибах, вывихах и переломах.

Тема №4. Оказание медицинской помощи при синдроме длительного сдавления конечностей.

Тема №5. Оказание медицинской помощи при поражении лица и ЛОР-органов и органов чувств.

Тема №6. Оказание медицинской помощи при обморожениях и ожогах. Большую роль в проведении обучения в области пропаганды ЗОЖ и проведении различного рода массовых акций сыграли волонтеры-студенты Ставропольского медицинского университета из отряда «Спасатель».

После завершения теоретических занятий проводились практические на фантомах.

Принимая во внимание, что для более эффективной реализации мер по повышению уровня ГВЗ к данной работе целесообразно привлекать обученных волонтеров, представляющих целевые группы, было проведено их обучение проводилась в рамках проекта **«Волонтерская инициатива – учим жить здраво»**. Для волонтеров из числа студентов и старшеклассников была проведена серия тренингов по профилактике ВИЧ/СПИДа в молодежной среде.

Цель проекта: из числа активной молодежи подготовить команду волонтеров, обученную ведению профилактической деятельности и основам здорового образа жизни, для работы с молодежью г. Ставрополя.

Задачи проекта:

- повысить информированность волонтеров о социально значимых явлениях (наркомании, ВИЧ, курении);
- сформировать группу молодежных лидеров, способных нести адекватные медицинские и санитарные знания в свои коллективы;
- обеспечить молодежь материалами для ведения информационно-пропагандистской деятельности (буклеты, листовки);
- подготовить методическое пособие и справочные материалы по теме («Азбука волонтера»).

В рамках проекта были проведены обучающие тренинги с 60 волонтерами из числа социально активной молодежи. В результате работы программы сформирована группа формальных и неформальных лидеров, способных проводить образовательные тренинги, и влиять на образ жизни в своих целевых группах (60 человек).

Высокого уровня ГВЗ населения невозможно достичь без адекватной подготовки медицинского персонала, которая осуществлялась в рамках проекта **«Знания - здоровье»**.

Цель проекта – повысить ГВЗ жителей Ставропольского края в вопросах здоровья, сформировать ответственное отношение у населения к собственному здоровью путем повышения компетентности медицинских работников Ставропольского края в вопросах медицинской профилактики и санитарного просвещения, а также посредством обеспечения жителей доказательной информацией о здоровье и способах его улучшения.

Задачи проекта:

1. Обучить медицинских работников Ставропольского края технологиям профилактики социально значимых заболеваний и повышения грамотности в вопросах здоровья.
2. Разработать и опубликовать буклеты, листовки по профилактике социально значимых заболеваний, а также создать видеоролики по профилактике социально значимых заболеваний
3. Обеспечить население материалами по профилактике социально значимых заболеваний.

В результате реализации проекта «Знания – это здоровье» были:

1. Обучены 160 медицинских работников Ставропольского края высшего и среднего звена по программе профилактики социально-значимых заболеваний (табакокурение, наркомания, ожирение, физическая активность, медицинский скрининг, ВИЧ/СПИД), а также по вопросам прав и обязанностей пациента, законодательным основам охраны здоровья населения.
2. Подготовлены и изданы 10 видов просветительских материалов для населения Ставропольского края (тиражом 20 тысяч экземпляров буклетов и 500 красочных комиксов для детей по профилактике социально значимых заболеваний).

Популяционный уровень

Подготовка коммуникационных адаптеров

Результаты нашего исследования подтвердили необходимость подготовки инструментов, упрощающих коммуникацию (снижение наукоемкости, повышение доступности информации) медицинских

работников и пациентов. Одним из способов решения данной проблемы может быть создание специального словаря медицинских терминов, объясняющего доступным языком те профессионализмы, с пониманием и интерпретацией которых у пациента возникают трудности. Подобный словарь разработан на базе Ставропольского государственного медицинского университета. В работе над ним приняли участие 70 кафедр Ставропольского государственного медицинского университета. Словарь был переведен на хинди, английский, арабский и китайский языки и используется также при обучении иностранных студентов.

Проект **«Конституция – мой, твой, наш Закон!»** был реализован на средства гранта Президента РФ и преследовал цель повышения уровня правовой грамотности врачей и жителей СКФО в вопросах соблюдения основных положений Конституции РФ в части обеспечения права граждан на здоровье. В рамках проекта 92 врачам Ставропольского края были разъяснены основные положения № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан».

Принимая во внимание значимость проблемы табакокурения и его вклад в структуру смертности населения, был разработан и реализован проект **«Здоровые города без табака»**, в котором большая роль отводилась повышению уровня грамотности по данной проблеме различных категорий населения (власть, представители СМИ, волонтеры население и т.д.).

Задачи проекта:

- обеспечить исполнение населением ФЗ № 15 под контролем органов власти;
- привлечь к контролю за исполнением данных закона активных представителей общества;
- с участием жителей разработать стратегию по снижению распространенности курения, утвердить ее в органах местного самоуправления и реализовать ее в гг. Ставрополе и Невинномысске;
- обучить волонтеров, представителей СМИ, общественных деятелей и политиков организации и планированию антитабачной деятельности, а также работе с целевыми группами населения;

- на региональном телевидении осуществить ротацию роликов, посвященных борьбе с табачной зависимостью.
- организовать «горячие линии» для населения по проблеме табакокурения.

Кроме того, в 2019г. в Ставропольском крае был проведен декадник по пропаганде отказа населения от потребления табака и формированию ЗОЖ. В мероприятиях декадника приняли участие более 150000 человек, 247 волонтеров. На сайтах медицинских организаций Ставропольского края были опубликованы научно-популярные материалы по данной проблеме. В эфире FM-радиостанций «Европа плюс», «Авто Радио», «Юмор FM», «Радио 7» состоялась 3041 трансляция аудио-роликов по профилактике табачной зависимости.

В аналогичном формате прошла информационно-просветительская антиалкогольная кампания, организованная краевым клиническим наркологическим диспансером. В ее рамках было проведено 47 мероприятий; прочитано 670 лекций и бесед с охватом более 14 тысяч человек, 32 тематических конференции. Работали школы здоровья и школы пациента, семинары для родительской общественности "Профилактика алкоголизма в молодежной среде", охватившие 9350 слушателей. Специалистами-наркологами проведено 10 видео-лекций в общеобразовательных организациях для несовершеннолетних и их родителей с охватом около 500 человек, а также 1856 индивидуальных бесед. Деятельность и результаты кампании стали информационным поводом, что нашло отражение в телевизионных сюжетах на региональном телевидении.

Для привлечения внимания населения к проблемам сердечно-сосудистых заболеваний была проведена акция «Стоп, гипертония». Она проводилась в 130 пунктах города (на базе супермаркетов, торговых центров) и была приурочена Всемирному дню здоровья. В ходе нее врачами медицинских организаций г. Ставрополя и клиническими ординаторами СтГМУ были проведены измерения АД 11562 желающим. После измерения АД населению раздавались материалы с информацией о ГБ и факторах риска

ГБ; лицам с высоким артериальным давлением вручались приглашения в школу гипертоников.

В ходе проведения акции повышенное артериальное давление было обнаружено у 1850 (16%) участников акции, а впервые выявлено высокое АД было у 427 человек (3,69%) от общего количества участников акции или у 23,1% от лиц с зарегистрированным высоким АД. Этим гражданам были выданы приглашения в школы гипертоников.

Для того, чтобы повысить информированность населения в вопросах профилактики ожирения была реализована акция «Сбрось лишнее!», в ходе которой были измерены антропометрические параметры участников и определен их ИМТ. Полученные данные представлены на рисунках 5.3 и 5.4.

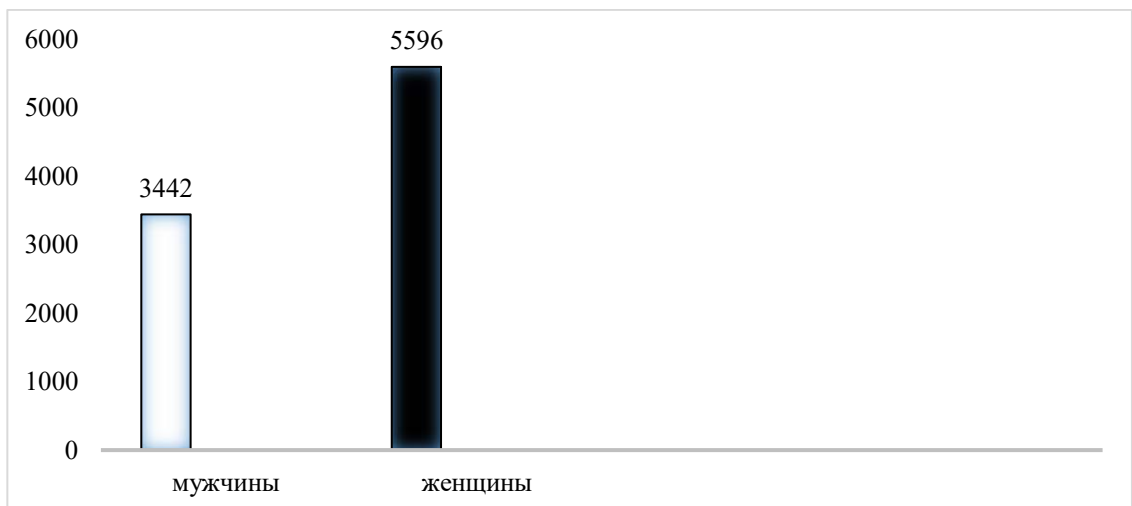


Рисунок 5.3 – Количество участников акции «Сбрось лишнее!», сгруппированных по полу.

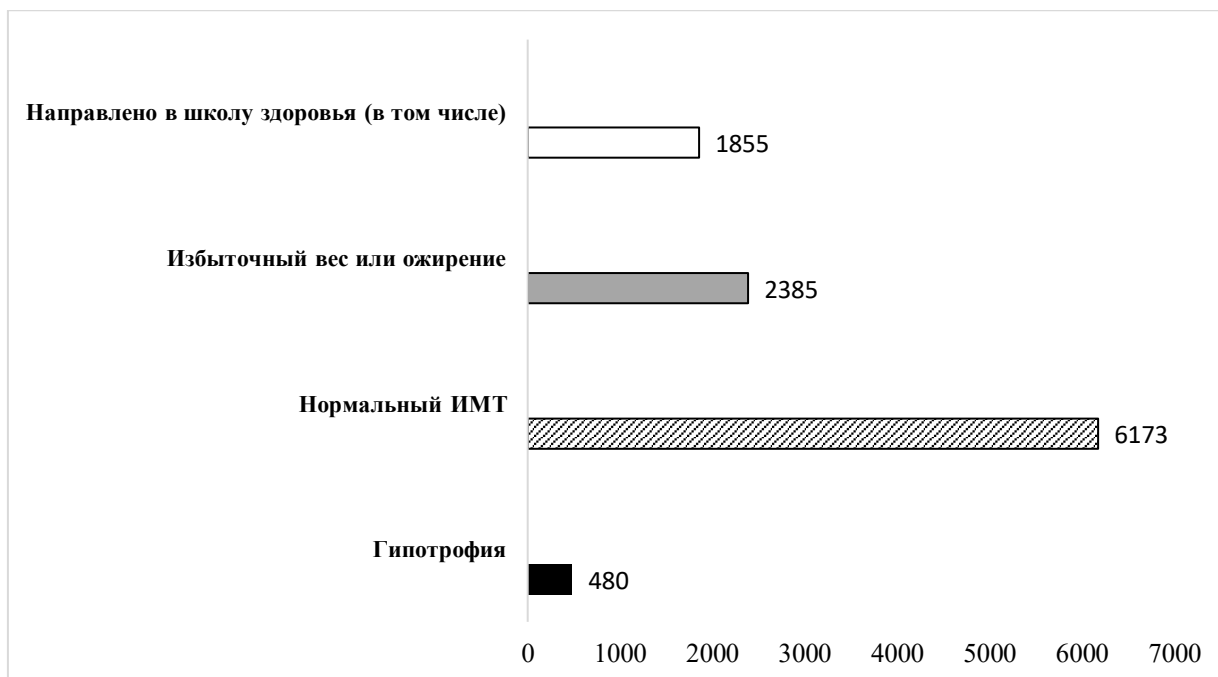


Рисунок 5.4 – Количество участников акции «Сбрось лишнее!», сгруппированных по показателю ИМТ.

Лица, имеющие ИМТ $\geq 25,1$ кг/м², были приглашены на занятия в школу здоровья для лиц, страдающих ожирением и снабжены методическими материалами, посвященными борьбе с лишним весом, принципам здорового питания.

В 47 мероприятиях месячника «Здоровое сердце» приняло участие 80 626 человек. В рамках проведения Декадника борьбы с инсультом было проведено 9 тематических конференций. Для массового информирования населения о первых признаках инсульта и мерах его профилактики в краевом эфире прозвучало 234 повтора 3-х аудио-роликов. В городском общественном транспорте Ставрополя в течение недели на протяжении 12-часового рабочего дня проводилась трансляция 2-х аудио-роликов о признаках инсульта. Кампанией было охвачено более 11 тыс. взрослых граждан.

Для обеспечения максимальной доступности качественной медицинской помощи был разработан гид «Здоровый город». Он содержал следующую информацию:

- о режимах работы медицинских организаций и оказываемых ими услугах, о контролирующих организациях, о правах пациентов при получении медицинских услуг и т.д.;

- о программах для пожилых: социально-психологических тренингах, волонтерстве, помощи больным пожилым гражданам на дому;
- о бесплатной юридической помощи в вопросах здоровья;
- о ВИЧ-инфекции, пунктах, где доступно консультирование по данной проблеме и др.

Данный гид поможет «уязвимым категориям» граждан узнать и защищать свои права, а также получить доступ к городским службам, необходимым для сохранения и улучшения здоровья. Например, пользуясь гидом, граждане могут узнать, как реализовать свое право на здоровье, на санаторно-курортное лечение или высокоспециализированную помощь; смогут получить информацию о взрослых и детских медицинских организациях, центрах специализированной помощи, возможностях санаторно-курортного лечения для себя и своих детей; о том, как оформить инвалидность, воспользоваться своими правами застрахованных в системе ОМС, реализовать право на эффективную реабилитацию, в том числе получить средства реабилитации. Гид содержит информацию о том, где и как получить льготные лекарства. В нем размещено много другой полезной информации, позволяющей в полной мере обеспечить конституционное право граждан на здоровье.

Вопросам экологической составляющей здоровья была посвящена кампания **«Чистый город Ставрополь»**, в ходе которой освещались вопросы экологической безопасности и ее важности для здоровья населения.

Трудно переоценить роль социальной рекламы в XXI веке. Следует в полной мере использовать ее возможности для увеличения доступности информации о здоровье. С этой целью в г. Ставрополе был проведен **открытый Фестиваль социальной рекламы Юга России «СтавПри»**.

Задачи Фестиваля:

- повышение уровня качества рекламы, модернизация социальной рекламы;

- создание качественных социальных рекламных роликов по актуальным проблемам общества;

- пропаганда здорового образа жизни.

Для участия в Фестивале можно было предоставить рекламу следующего формата:

- теле- и видеореклама;

- радиореклама;

- наружная реклама;

- наглядная печатная продукция;

- иные рекламные носители (например, сувенирная продукция).

Представленные работы оценивались членами жюри Фестиваля по следующим критериям:

- оригинальность идеи, соответствующая выбранной номинации;

- актуальность выбранной темы;

- творческий подход, раскрытие выбранной темы;

- эффективность воздействия (позитивное влияние на мышление людей, просматривающих рекламу);

- легкость восприятия и понимания идеи рекламы;

- форма подачи и использование современных технологий при производстве;

- помимо раскрытия проблемы работа должна предлагать способы ее решения.

Кроме того, одновременно был реализован проект **«Социально активные медиа»**, в рамках которого лучшие образцы социальной рекламы, разработанные молодежью, были продемонстрированы жителям города Ставрополя, а 40 активных представителей молодежи были обучены технологиям создания социальной рекламы. Социальная реклама была размещена на всех троллейбусах г. Ставрополя.

Обеспечению доступности знаний в вопросах здоровья и качественной медицинской помощи служил проект **«Здоровье»**.

В его реализацию были вовлечены все структуры отрасли здравоохранения, от фельдшерско-акушерского пункта до специализированных краевых медицинских организаций, в которых были созданы мобильные многопрофильные бригады и временные оперативные бригады специалистов, а также медицинский мобильный комплекс для посещения отдаленных районов края.

Только в 2019 году мобильным комплексом осуществлен 21 выезд в 14 территорий Ставропольского края. Кроме того, были сформированы 50 мобильных бригад, включающих врача-психиатра, врача по медицинской профилактике, клинического психолога, силами которых была организована работа 50 школ психического здоровья, в которых был обучен 1721 человек и выявлено 120 больных психическими заболеваниями.

В 2019 году среди населения края распространено более 50 тыс. экземпляров информационно-профилактических материалов, подготовлено 12 телевизионных сюжетов на телеканале ГТРК «Ставрополье», приуроченных к Дню отказа от курения, к Дню медработника, к Дню борьбы с инсультом, а также 14 тематических выпусков программы «Здоровье» на телеканале «Свое ТВ».

Проведение информационно-коммуникационной кампании:

С целью профилактики неинфекционных заболеваний и пропаганды здорового образа жизни среди населения Ставропольского края в СМИ в 2019г было подготовлено 116 информационных материалов, посвященных важным вопросам медицинской профилактики:

- «Стресс и физическая активность», «Алкоголь и курение», «Профилактика нарушений опорно-двигательного аппарата», «Питание школьников», «Питание дошкольников» (28 тыс. экземпляров);

- брошюры на темы «Бросаем курить самостоятельно», «Как оградить ребенка от алкоголя и наркотиков», «Как правильно заниматься физической культурой» (12 тыс. экземпляров);

- календари «АД», «ИМТ», «Инсульт», «Физическая активность», «Формула здорового сердца» (1000 экземпляров);
- подготовлены материалы для детских летних оздоровительных лагерей.

Кроме того осуществлялась ротация аудио-роликов по ЗОЖ и профилактике факторов риска неинфекционных заболеваний на FM-станции «Новое радио».

Резюме

Меры по повышению ГВЗ осуществляются условно на нескольких уровнях: индивидуальном, групповом, индивидуально-групповом, популяционном.

Индивидуальный уровень включает в себя консультирование пациентов и повышение уровня их общего образования.

Индивидуально-групповой уровень предполагает обучение по проблеме ГВЗ в вузах и ссузах на кафедрах общественного здоровья и в ходе производственной практики.

На групповом уровне могут быть реализованы различные проекты на основе сотрудничества с некоммерческими организациями Ставропольского края. Например, проекты, связанные с реабилитацией наркозависимых (проект «Здоровый выбор»), способствовавшие обучению активистов реабилитационных центров ведению профилактической работы с наркозависимыми.

Еще одним эффективным способом повышения уровня ГВЗ на групповом уровне является организация школ здоровья. Так, работа школы астматиков и школы гипертоников в г. Ставрополе способствовала снижению числа обращений за стационарной помощью (на 37% для астматиков, на 12% для гипертоников), количества вызовов скорой помощи (на 30% и 40% соответственно), сроков нетрудоспособности по астме и ГБ (на 14% и 17% соответственно) ($p < 0.001$).

Положительные результаты продемонстрировали также меры по повышению уровня ГВЗ на двух городских предприятиях в рамках проекта

«Здоровье на рабочем месте». В результате опроса на предприятии № 1 был выявлен высокий процент молодых женщин с симптомами депрессии и табачной зависимостью, высокая заболеваемость патологией опорно-двигательного аппарата. На основании результатов исследований предложены меры профилактики, в частности, разработаны комплексы гимнастики и ЛФК, открыты кабинеты психологической помощи, организована работа школы гипертоников.

На предприятии №2 выявлено 32,5% работников, имеющих проблемы со здоровьем, в основном гастроинтестинальную и сердечно-сосудистую патологию. Предложен ряд профилактических мер: организация школы гипертоников и больных ИБС, введение перерывов для организации правильного питания, обучение копингу стресса.

Повышение уровня ГВЗ в вопросах оказания первой помощи в группе школьников старших классов осуществлялось на курсе «Оказание первой медицинской помощи пострадавшим от несчастного случая до прихода врача», в ходе которого было обучено 76 учеников общеобразовательных школ г. Ставрополя.

Важной мерой по улучшению ГВЗ населения является подготовка и обучение волонтеров, которые проводились при реализации проекта «Волонтерская инициатива – учим жить здорово». В рамках проекта были проведены обучающие тренинги с 60 молодыми волонтерами, сформированы группы опинион-лидеров, которые будут в дальнейшем проводить образовательные мероприятия среди населения.

Очевидно, что высокий уровень ГВЗ не будет достигнут без соответствующей подготовки медицинского персонала, которая осуществлялась в рамках проекта «Знания – здоровье». В результате его реализации были обучены 160 медицинских работников по программе профилактики социально значимых заболеваний и факторов риска НИЗ.

Популяционный уровень мер по улучшению ГВЗ включает разработку инструментов, улучшающих коммуникацию между медицинским работником

и пациентом. Этого можно достичь с помощью специального словаря медицинских терминов, объясняющего врачебные профессионализмы доступным языком. Подобный словарь был разработан ППС Ставропольского государственного медицинского университета и переведен на несколько языков. На базе данного словаря разработано мобильное приложение, а сам словарь широко используется иностранными студентами СтГМУ.

Проект «Здоровые города без табака» был призван повысить уровень ГВЗ населения по проблеме табачной зависимости и снизить распространенность табакокурения. В 2019г. в Ставропольском крае был проведен декадник по пропаганде отказа населения от потребления табака и формированию ЗОЖ, в котором приняли участие более 150000 человек и 247 волонтеров, а материалы по данной проблеме транслировались с помощью городских СМИ. В аналогичном формате прошла информационно-просветительская антиалкогольная кампания, охватившая более 14 тысяч человек.

Проведение массовых акций является значимой формой деятельности по повышению уровня ГВЗ. Акция «Стоп, гипертония» проводилась для привлечения внимания населения к проблеме ГБ. В ходе нее были проведены измерения АД 11562 желающим (у 16% оно было повышенным, из них у 23,1% гипертония была впервые выявленной), распространялась информация о гипертонии и ее факторах риска. В ходе массовой акции «Сбрось лишнее!», посвященной проблеме ожирения, был определен ИМТ у 3442 мужчин и 5596 женщин, выявлено 2385 лиц с избыточным весом или ожирением, из них 1855 направлено в школу больных с ожирением.

Повышение правовой грамотности населения СКФО в вопросах здоровья осуществлялось в рамках президентского грантового проекта «Конституция – мой, твой, наш Закон!», в ходе которого было обучено 92 врача Ставропольского края.

Гид «Здоровый город» был разработан в городе Ставрополе с целью обеспечения максимальной доступности качественной медицинской помощи,

особенно для «уязвимых категорий» граждан. Он содержит много полезной информации, позволяющей в полной мере обеспечить и реализовать конституционное право граждан на здоровье.

В борьбе с низким уровнем ГВЗ следует шире использовать ресурсы СМИ и социальных медиа. С этой целью в г. Ставрополе был проведен открытый Фестиваль социальной рекламы Юга России «СтавПри», реализован проект «Социально активные медиа», в рамках которых лучшие образцы социальной рекламы, посвященные проблемам профилактики социально значимых заболеваний, были размещены в общественном транспорте г. Ставрополя. Кроме того, были подготовлены и распространены среди населения информационные материалы (брошюры, календари и другая полиграфическая продукция), аудио- и видеоролики, позволяющие повысить уровень ГВЗ в вопросах формирования ЗОЖ и профилактики НИЗ.

Обеспечению доступности медицинской помощи населению Ставропольского края в том числе путем повышения уровня ГВЗ служит проект «Здоровье», в ходе которого были созданы мобильные медицинские комплексы, выезжающие в отдаленные районы края, в том числе 50 мобильных психиатрических бригад, организовавших работу 50 школ психического здоровья, в которых был обучен 1721 человек и выявлено 120 больных психическими заболеваниями.

Таким образом, меры по повышению уровня ГВЗ могут и должны осуществляться на различных уровнях с использованием ресурсов медицинских и немедицинских организаций, в том числе НКО, а также при грантовой поддержке государства. Реализация данных проектов позволяет повысить в том числе критический уровень ГВЗ обучаемых: медицинских работников, журналистов, представителей рекламной отрасли и волонтеров.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проблема грамотности населения в вопросах здоровья является одной из актуальных проблем современного сообщества. Однако, несмотря на ее важность, комплексных исследований и публикаций по теме ГВЗ в Российской Федерации крайне мало.

С целью проведения мониторинга уровня ГВЗ жителей Северо-Кавказского Федерального округа на базе существующих европейских опросников по изучению ГВЗ нами был скомпилирован, переведён и адаптирован опросник для изучения различных аспектов ГВЗ. Разработке мер по улучшению уровня грамотности населения в вопросах здоровья предшествовало проведенное нами анкетирование 2140 жителей СКФО с помощью созданного опросника. При оценке результатов анкетирования была изучена зависимость ответов от социально-демографических характеристик респондентов.

Большинство респондентов оценили свое здоровье как неплохое/удовлетворительное (44,7%), 29,2% как хорошее, 8,7% как плохое, 3,8% респондентов считают, что имеют очень плохое здоровье. Более высокие оценки своему здоровью дали горожане ($p < 0,001$), мужчины ($p = 0,001$), респонденты с высоким уровнем жизни ($p < 0,001$).

При изучении имеющихся у респондентов факторов риска НИЗ выявлено, что 22,5% респондентов не занимаются физической активностью, 19,9% занимаются ею несколько раз в месяц, 18,2% респондентов – несколько раз в неделю, 16,4% занимаются практически ежедневно, у 11,4% не было возможности ею заниматься. Изучение статуса табакокурения показало, что 63,6% респондентов никогда не курили, 13,7% курили раньше, но бросили, курят сейчас 12,4% опрошенных. Отмечено, что 64,2% респондентов за последний год ни разу не выпивали алкоголь. При этом вред курения, алкоголизма и гиподинамии труднее осознать мужчинам ($p < 0,001$).

При оценке функциональной грамотности респондентов выявлено, что с большим трудом понимают речь медицинских работников мужчины ($p < 0,001$), жители сельской местности ($p < 0,001$) и лица с основным общим образованием ($p < 0,001$).

Исследование показало, что для 18,7% участвующих в опросе достаточно трудно, а для 5,0% - очень трудно понять инструкции к лекарственным препаратам. Хуже с инструкциями справляются мужчины ($p < 0,001$), жители сёл ($p = 0,018$), респонденты с основным общим образованием ($p = 0,030$), жители республики Ингушетия ($p < 0,001$).

Понимание информации на упаковках пищевых продуктов дается с трудом 22,3% респондентов, с большим трудом 7,4% опрошенных. Наибольшие затруднения при изучении данной информации испытывают жители сельской местности ($p = 0,002$) и лица с низким уровнем образования ($p < 0,001$).

Уровень интерактивной ГВЗ населения оценивался в том числе на основании наличия навыков оказания первой помощи. 14,3% (95% ДИ: 10,4-18,6%) опрошенных не в состоянии ее оказать; 35,8% (95% ДИ: 30,1-40,6%) обладают некоторыми знаниями в этом вопросе; 34,1% (95% ДИ: 31,2-39,5%) скорее всего смогут её оказать, и только 10,2% (95% ДИ: 7,1-13,2%) жителей могут и успешно оказывают первую помощь. Способность оказать первую помощь более развита у горожан ($p = 0,002$), мужчин ($p = 0,03$), жителей Ставропольского края ($p < 0,001$), лиц с высшим образованием ($p = 0,002$).

Уровень критической грамотности населения изучался в том числе на основании оценки уровня знаний респондентов о вакцинации и плановых медицинских осмотрах. 31,5% (95% ДИ: 26,8-35,4%) респондентов с трудом, а 11,0% (95% ДИ: 9,0-14,2) с большим трудом могут понять, в каких прививках они нуждаются. Разобраться в таких вопросах труднее мужчинам ($p = 0,023$), лицам с низким уровнем жизни ($p \leq 0,001$), жителям сельской местности ($p = 0,008$). Для 29,6% респондентов (95% ДИ: 25,3-34,1%) трудно, а 8,4% (95% ДИ: 5,2-10,5%) очень трудно понять, какие плановые медицинские осмотры

им необходимы. С большим трудом могут разобраться с этим вопросом женщины ($p=0,002$), сельские жители ($p<0,001$), а также жители Чеченской республики ($p<0,001$).

Таким образом, исследование позволило выявить общий низкий уровень всех видов ГВЗ респондентов, а также зависимость между социально-демографическими характеристиками респондентов и их функциональной, интерактивной и критической грамотностью: уровень функциональной грамотности ниже у мужчин, жителей села, лиц с низким уровнем жизни и образования, а также среди жителей Чеченской республики; уровень интерактивной грамотности ниже у мужчин, жителей села, проживающих в Чеченской республике, лиц с низким уровнем жизни и образования; уровень критической грамотности ниже у мужчин, жителей села, лиц с низким уровнем жизни и образования, среди жителей Чеченской республики.

Кроме того, была выявлена низкая распространенность табачной и алкогольной зависимости среди респондентов, что вероятно, обусловлено спецификой регионов, участвующих в исследовании. Следует отметить, что более низкие уровни ГВЗ населения Чеченской республики могут быть связаны с масштабным социально-экономическим потрясением – военными действиями на протяжении десятилетия.

Более детально проблема ГВЗ была изучена на популяции женщин и их детей с ожирением. Исследование пищевых привычек респондентов показало, что, хотя большинство опрошенных питается дробно, однако у 40% опрошенных последний прием пищи происходит достаточно поздно. Лишь 12,5% опрошенных следят за энергетической ценностью приобретаемых покупаемых продуктов. Чаще на калорийность продуктов обращают внимание женщины с ожирением ($p<0,001$), а также матери детей, находящихся на естественном вскармливании ($p=0,002$).

При высокой частоте употребления сладостей в рационе респондентов, которые добавляют сахар в свои напитки, респонденты с ожирением делают

это значительно чаще ($p=0,014$). 48,6% опрошенных женщин считает свой вес избыточным, при этом 37,3% респондентов пытались похудеть с помощью диет, почти треть опрошенных использовали различные лекарственные средства для похудения, но лишь 21,2% смогли достичь желаемого веса.

Для изучения влияния курса по повышению уровня ГВЗ для лиц с избыточным весом была организована соответствующая школа на базе СтГМУ. Её проведение позволило достичь снижения избыточного веса, как в ближайший, так и в отдаленный период после ее проведения. Таким образом, профилактические меры, направленные на снижение распространенности ожирения, включающие обучение слушателей режиму питания, подсчету калорийности принимаемой пищи, уменьшению количества сахара и увеличению количества фруктов в рационе, популяризацию грудного вскармливания детей, а также правильной тактике снижения избыточного веса.

Меры по повышению уровня ГВЗ населения, разработанные нами, были реализованы на условно разделенных уровнях: индивидуальном, групповом, индивидуально-групповом, популяционном.

На индивидуальном уровне следует повысить уровень общего образования населения, а также обеспечить индивидуальное консультирование пациентов квалифицированными медицинскими работниками.

На индивидуально-групповом уровне следует обеспечить обучение студентов вузов и ссузов, а также врачей на модуле «ГВЗ» на кафедрах общественного здоровья.

На групповом уровне повышение уровня ГВЗ может быть осуществлено преимущественно в виде различных проектов. К ним можно отнести, например, проект «Здоровый выбор», направленный на подготовку волонтеров для работы с наркозависимыми.

Важным и эффективным способом повышения уровня ГВЗ является работа школ здоровья. На примере работы школ астматиков и гипертоников в

г. Ставрополе было выявлено их позитивное влияние на снижение сроков временной нетрудоспособности уменьшение числа обращений за экстренной и стационарной помощью ($p < 0,001$).

Положительные результаты продемонстрировали также меры по повышению уровня ГВЗ непосредственно на рабочих местах. На двух крупных предприятиях г. Ставрополя нами были организованы школы гипертоников непосредственно на территории предприятий, разработаны комплексы гимнастики и ЛФК, открыты кабинеты психологической помощи, предложены меры по снижению распространенности заболеваний ЖКТ.

Повышение грамотности населения в вопросах доврачебной помощи осуществлялось в рамках проекта «Оказание первой медицинской помощи пострадавшим от несчастного случая до прихода врача». В результате реализации данного проекта было обучено 76 учеников городских школ навыкам оказания экстренной помощи.

Большим потенциалом в вопросах обучения ГВЗ обладают обученные волонтеры. В рамках проекта «Волонтерская инициатива – учим жить здорово» были обучены 60 волонтеров, способных продолжить образовательные мероприятия в вопросах здоровья среди целевых групп.

Обучение медицинских работников профилактике НИЗ и факторов их риска потенциально может повысить уровень ГВЗ. В результате реализации проекта «Знания – здоровье» были обучены 160 медицинских работников по данной проблеме.

Для повышения уровня правовой грамотности населения в вопросах здоровья был разработан и внедрен проект «Конституция – мой, твой, наш Закон!», в ходе которого разъяснялись основные положения ФЗ №323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ».

Снизить распространение курения был призван проект «Здоровые города без табака» и соответствующие декадни, в которых приняли участие более 150000 человек и 247 волонтеров. В аналогичном формате была проведена антиалкогольная кампания, охватившая 14 тысяч участников.

С целью вовлечения в образовательные мероприятия максимального количества жителей были организованы и проведены массовые акции «Стоп, гипертония» и «Сбрось лишнее!». В ходе первой акции измерено АД 11000 желающих, а лица с выявленной гипертонией были направлены в школу гипертоников. При проведении массовой акции «Сбрось лишнее!» было выявлено 2385 лиц с избыточным весом или ожирением, а 1855 из них направлены в школу больных с ожирением.

На популяционном уровне меры по улучшению ГВЗ включали разработку словаря медицинских терминов, облегчающего коммуникацию между медицинскими работниками и пациентами. Над данным словарем работали 70 кафедр Ставропольского государственного медицинского университета. В настоящее время на базе словаря разрабатывается мобильное приложение для граждан.

Обеспечение максимальной доступности медицинской помощи гражданам, в том числе их наиболее «уязвимым категориям», осуществлялось с помощью гида «Здоровый город», содержащего разнообразную информацию о правах граждан на здоровье и о том, как их реализовать.

Борьба с низкой ГВЗ не может быть эффективной без участия СМИ и социальных медиа. Социальная реклама, способствующая повышению знаний населения в вопросах профилактики неинфекционных заболеваний и их факторов риска, создавалась в том числе в рамках проведения Фестиваля социальной рекламы Юга России «СтавПри» и проекта «Социально активные медиа». Лучшие образцы рекламы были размещены в общественном транспорте г. Ставрополя, а также распространены в виде полиграфических информационных материалов, аудио- и видеороликов.

Приближение медицинской помощи жителям отдаленных сельских населенных пунктов Ставропольского края обеспечивалось путем реализации проекта «Здоровье», в рамках которого были организованы мобильные медицинские комплексы, которые занимались в том числе обучением населения.

Таким образом, комплекс мер по повышению ГВЗ должен включать: мониторинг уровня ГВЗ как в различных территориях, так и у представителей разнообразных этно-социальных групп, применение интегрированных модулей по повышению ГВЗ во всех стратегиях профилактики (индивидуальной, групповой, популяционной и т.д.) на основе полученных данных мониторинга. Стратегии должны реализовываться одновременно в отношении всех групп с усилением по градиенту в направлении «уязвимых территорий и групп населения».

ВЫВОДЫ

1. Оценка уровня ГВЗ в данном исследовании показала, что функциональная грамотность респондентов СКФО низка и составляет лишь 41,9% при необходимом показателе 100%. Установлено, что функциональная грамотность респондентов находится в зависимости от их пола, уровня образования, уровня жизни и места проживания опрошенных: более низкий уровень этого типа грамотности демонстрируют мужчины, жители сельской местности, население Чеченской республики и республики Ингушетия, лица с низким уровнем жизни, респонденты с более низким уровнем образования ($p < 0.05$).

2. Суммарный показатель интерактивной ГВЗ жителей СКФО не достигает рекомендуемых ВОЗ 70-80%. Интерактивный уровень ГВЗ был выше среди женщин, жителей городов, лиц с высшим образованием, проживающих в Ставропольском крае. Отмечено, что лица, оценившие свой уровень жизни, как высокий, продемонстрировали более высокий уровень интерактивной грамотности ($p < 0,05$).

3. Процент респондентов, обладающих критическим уровнем ГВЗ, недостаточен. Ориентирующихся в вопросах проведения плановых медицинских осмотров и вакцинации больше среди женщин, горожан, жителей Ставропольского края, а также лиц с высокими уровнями образования и жизни ($p < 0,05$). Кроме того, 43,8% респондентов испытывают трудности с оценкой достоверности информации о здоровье, получаемой из СМИ.

4. Изучение пищевых привычек женщин Ставропольского края продемонстрировало, что лишь 12,5% респондентов всегда контролируют калорийность продуктов, которые они покупают. Более внимательны к энергетической ценности потребляемой пищи женщины с ожирением, а также женщины, вскармливающие своих детей грудным молоком. Больше половины респондентов регулярно добавляют сахар в свои напитки, 34,9% женщины с

уже имеющимся ожирением всегда добавляют сахар в свои напитки, 29,1% делают это, если запивают несладкую еду. Для лиц с нормальной массой тела эти цифр равны 27,5% и 26,8% соответственно ($p=0.014$).

5. Активное внедрение Школ здоровья для лиц, страдающих социально значимыми заболеваниями, позволяет повысить их уровень ГВЗ и улучшить отдаленные результаты их лечения. На примере женщин с ожирением, посещавших Школу здоровья, выявлено ее позитивное влияние на скорость снижения массы тела и возможность долговременного удержания веса. Так, в группе женщин с избыточным весом, прошедших обучение в Школе здоровья потеря веса более 10% от исходного за 6 месяцев отмечалась у 9,0% человек, а у худевших самостоятельно больше 10% от исходной массы потеряли 2,0% опрошенных. Отдаленные результаты также были лучшими среди респондентов, обучавшихся в Школе здоровья ($p=0.03$).

6. Меры по повышению уровня ГВЗ должны осуществляться одновременно на индивидуальном, групповом, индивидуально-групповом и популяционном уровнях с использованием ресурсов медицинских и немедицинских организаций. Их реализация позволяет повысить общий уровень ГВЗ, снизить частоту обращаемости за экстренной, стационарной помощью, уменьшить сроки временной нетрудоспособности.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Проведённое исследование позволило сформулировать рекомендации по повышению уровня грамотности в вопросах здоровья населения.

1. Министерством просвещения и здравоохранения субъектов СКФО рекомендуется реализация следующих мероприятий:

- 1.1. Повысить уровень общего образования населения;
- 1.2. Повысить качество индивидуального консультирования пациентов на приеме в медицинских организациях;
- 1.3. Использовать в деятельности медицинских работников словари медицинских терминов, облегчающие коммуникацию с пациентами и их родственниками.
- 1.4. Обеспечить прохождение модуля ГВЗ в медицинских университетах, колледжах и на курсах повышения квалификации врачей;
- 1.5. Улучшить профессиональную подготовку медицинского персонала в вопросах коммуникации с пациентами.

2. Министерству здравоохранения Российской Федерации рекомендуется:

- 2.1. Усилить работу по организации Школ здоровья пациентов с социально значимыми заболеваниями на базе медицинских организаций и непосредственно на рабочих местах, определить источники их финансирования;
- 2.2. Обучить волонтеров из числа представителей целевых групп основам медицинской профилактики с формированием пула опинион-лидеров, транслирующих населению доказательные данные о здоровье;
- 2.3. Организовать обучение населения приемам и навыкам доврачебной помощи;
- 2.4. Реализовывать проекты, направленные на улучшение уровня ГВЗ в вопросах профилактики социально значимых заболеваний, а также в вопросах правовой грамотности в вопросах здоровья.

3. Министерству цифрового развития связи и массовых коммуникаций Российской Федерации рекомендуется разработать графические материалы, направленные на повышение уровня ГВЗ, обеспечить их распространение в достаточных количествах в медицинских организациях и публичных местах;

4. Министерству здравоохранения Российской Федерации рекомендуется активно использовать ресурсы социальных медиа для улучшения ГВЗ.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

- АД – артериальное давление
- ВИЧ – вирус иммунодефицита человека
- ВСД – вегето-сосудистая дистония
- ГБ – гипертоническая болезнь
- ГВЗ – грамотность в вопросах здоровья
- ГКБ – городская клиническая больница
- ГТРК – государственная телевизионная и радиовещательная компания
- ГЭРБ – гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь
- ДИ – доверительный интервал
- ЖКБ – желчнокаменная болезнь
- ЗОЖ – здоровый образ жизни
- ИБС – ишемическая болезнь сердца
- ИМТ – индекс массы тела
- КБР – Кабардино-Балкарская республика
- КЧР – Карачаево-Черкесская республика
- ЛФК – лечебная физкультура
- МЗО – метаболически здоровое ожирение
- МКБ – мочекаменная болезнь
- НИЗ – неинфекционные заболевания
- НИР – научно-исследовательская работа
- НКО – некоммерческая организация
- ОЗЗ – общественное здоровье и здравоохранение
- ОМС – обязательное медицинское страхование
- ППС – профессорско-преподавательский состав
- СД – сахарный диабет
- СДСТ – синдром дисплазии соединительной ткани
- СК – Ставропольский край
- СКВ – системная красная волчанка

СКФО – Северо-Кавказский Федеральный округ

СМИ – средства массовой информации

СПИД – синдром приобретенного иммунодефицита

ХОБЛ – хроническая обструктивная болезнь легких

ХРБС – хроническая ревматическая болезнь сердца

ЦНС – центральная нервная система

ЩЖ – щитовидная железа

ЯБЖиДПК – язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Амлаев К.Р., Блинкова Л.Н., Дахкильгова Х.Т. Ожирение: современный взгляд на проблему / К.Р. Амлаев, Л.Н. Блинкова, Х.Т. Дахкильгова // Врач – 2020. – Т31 №3. – С.3-10.
2. Амлаев К.Р., Дахкильгова Х.Т. Грамотность в вопросах здоровья: понятие, классификация, методы оценки, меры по повышению (научный обзор). / К.Р. Амлаев, Х.Т. Дахкильгова // Профилактическая и клиническая медицина – 2018. – №4(69). – С. 21-26.
3. Амлаев К.Р., Дахкильгова Х.Т. Меры по повышению грамотности в вопросах здоровья / К.Р. Амлаев, Х.Т. Дахкильгова // Врач – 2018. – Т.29 №12. – С. 83-92.
4. Амлаев К.Р., Дахкильгова Х.Т., Хрипунова А.А. Результаты изучения уровня грамотности в вопросах здоровья жителей Северо-Кавказского Федерального округа. / К.Р.Амлаев, Х.Т.Дахкильгова, А.А.Хрипунова // Профилактическая и клиническая медицина – 2020. – №3(76). – С. 34-39.
5. Амлаев К. Р., Койчужева С. М., Махов З.Д., Койчужев А. А. Формирование грамотности в вопросах здоровья у некоторых категорий пациентов /К.Р. Амлаев, С. М. Койчужева, З.Д. Махов, А. А. Койчужев // Профилактическая медицина.- №2. – 2013. - С.18-22.
6. Амлаев К. Р., Зафировва В. Б. Грамотность врачей в вопросах профилактики туберкулёза / К. Р. Амлаев, В. Б. Зафировва //Туберкулёз и болезни лёгких.- 2014.-№9.- С.6-7.
7. Амлаев К.Р. Грамотность в вопросах здоровья: монография / К. Р. Амлаев. – Ставрополь : Изд-во СтГМУ, 2017. – 144 с.
8. Амлаев К.Р., Зафировва В. Б., Степанова Е. В. Отношение девушек Ставрополя к официальной медицине и профилактике заболеваний / К. Р. Амлаев В. Б. Зафировва Е. В., Степанова//Врач.- 2015.- №1.-С.87-88.
9. Амлаев К.Р., Зафировва В. Б., Степанова Е. В., Узденов И.М., Айбазов Р. У. Результаты изучения образа жизни и грамотности молодёжи в вопросах

здоровья / К. Р. Амлаев, В. Б. Зафиров Е. В., Степанова, И.М. Узденов, Р. У. Айбазов // Профилактическая медицина.- №3. – 2014. - С.40-44.

10. Амлаев, К. Р., Иванова Е. В., Муравьева В.Н., Францева В. О., Шалина Е. П. Медико-экономическая эффективность работы школ здоровья / К. Р. Амлаев, Е. В. Иванова, В.Н. Муравьева, В. О. Францева, Е. П. Шалина //Врач.- 2007.- №7.- С.76-78

11. Баринаова А.Н. Обоснование организационной модели профилактики социально-значимых заболеваний, опасных для окружающих [Текст]: автореф. дис. на соиск. учен. степ. док. мед. наук : 14.02.03 / Баринаова А.Н.; Северо-Западный государственный медицинский университет имени И. И. Мечникова» Министерства здравоохранения Российской Федерации – Санкт-Петербург, 2016. – 47 с.

12. Денисов А.П. Медико-социальные аспекты формирования здоровья детей раннего возраста [Текст]: автореф. дис. на соиск. учен. степ. док. мед. наук : 14.02.03 / Денисов А.П.; Научно-исследовательский институт комплексных проблем гигиены и профессиональных заболеваний. – Москва, 2018. – 47 с.

13. Зелионко А.В. Обоснование организационно-профилактических мероприятий по совершенствованию системы формирования здоровьесберегающего поведения и улучшения качества жизни населения [Текст]: автореф. дис. на соиск. учен. степ. канд. мед. наук : 14.02.03 / Зелионко А.В.; Северо-Западный государственный медицинский университет имени И. И. Мечникова» Министерства здравоохранения Российской Федерации – Санкт-Петербург, 2016. – 25 с.

14. Каспарова А.О. Анализ уровня грамотности взрослого населения г. Бийска в вопросах стоматологического здоровья / А.О. Каспарова // Материалы XI Всероссийской научно-практической конференции, посвящённой 40-летию образования кафедры стоматологии детского возраста Иркутского государственного медицинского университета (1980-2020). Под общей редакцией Т.А. Гайдаровой. – 2020. – С. 32-36

15. Киртадзе И.Д. Влияние социальных детерминант на состояние здоровья и качество жизни населения старших возрастных групп [Текст]: автореф. дис. на соиск. учен. степ. канд. мед. наук : 14.02.03 / Киртадзе И.Д.; Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – Москва, 2019. – 26 с.
16. Кирщина И.А., Шестакова Т.В., Курылева М.А., Солонина А.В., Михайлова В.Н. Фармацевтическая компетентность как неотъемлемый компонент санитарной грамотности. *Медицинский альманах*. 2020;1(62):102-108
17. Лопатина М.В., Драпкина О.М. Грамотность в вопросах здоровья выходит на передовые позиции повестки дня в профилактике и контроле неинфекционных заболеваний. *Профилактическая медицина*. 2018;21(3):31-37. <https://doi.org/10.17116/profmed201821331>
18. Лопатина М.В., Попович М.В., Драпкина О.М. Европейская сеть действий ВОЗ по измерению грамотности в вопросах здоровья на популяционном и организационном уровнях: перспективы участия Российской Федерации. *Профилактическая медицина*. 2019;22(5):112-117. <https://doi.org/10.17116/profmed201922051112>
19. Лопатина М.В., Попович М.В., Концевая А.В., Драпкина О.М. Изучение зарубежного опыта по измерению грамотности в вопросах здоровья взрослого населения на популяционном уровне. *Профилактическая медицина*. 2019;22(6):106-113. <https://doi.org/10.17116/profmed201922062106>
20. Малинаускас Р.К., Калвайтис А. Особенности грамотности в вопросах здоровья у сидячих работников / Р.К. Малинаускас, А. Калвайтис // Материалы III Международной научно-практической конференции «Педагогическое мастерство и современные педагогические технологии». Под ред. Широкова О.Н. и др. – 2017. – С. 146-148
21. Медицинская грамотность (компетентность): состояние проблемы, способы оценки, методики повышения грамотности пациентов в вопросах

здоровья / К.Р. Амлаев, В.Н. Муравьева, А.А. Койчуев, Г.Ю.Уткина // Медицинский вестник Северного Кавказа. - № 4. – 2012. – С. 75-79

22. Найденова Н.Е. Совершенствование организационных технологий профилактической помощи работающему населению в центре здоровья [Текст]: автореф. дис. на соиск. учен. степ. канд. мед. наук : 14.02.03 / Найденова Н.Е.; Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей» Министерства здравоохранения Российской Федерации. – Москва, 2016. – 26 с.

23. План действий Португалии по развитию грамотности в вопросах здоровья помогает людям заботиться о собственном здоровье/ “k/ ресурс. Режим доступа: <https://www.euro.who.int/ru/health-topics/noncommunicable-diseases/pages/news/news/2019/01/portuguese-health-literacy-action-plan-helps-people-to-help-themselves>

24. Сафронова Н.Б., Корнеева И.Е. Маркетинговые исследования [Электронный ресурс]: учеб. пособие. – М.: Дашков и К, 2017. – 296 с.

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

26. Шехонин А.А., Тарлыков В.А., Харитонов О.В., Багаутдинова А.Ш., Джавлах Е.С. Интерактивные технологии в образовательном процессе Университета ИТМО. Учебно-методическое пособие. - СПб.: Университет ИТМО, 2017. - 100 с.

27. Якушина И.И., Ильченко И.Н. Медицинская грамотность будущих матерей в вопросах здоровья новорожденных и детей раннего возраста / И.И. Якушина, И.Н. Ильченко // Социология медицины. – Т.17-№1. – 2018. – С. 18-21.

28. “A lot of sacrifices”: work-family spillover and the food choice coping strategies of low-wage employed parents / С.М. Devine [et al.] // Social Science and Medicine. – 2006. – 63(10):2. – P. 591–603.

29. A tale of two health literacies: public health and clinical approaches to health literacy / A. Pleasant [et al.] // *Health Promot. Int.* – 2008. - 23 (2). – P. 152-159.
30. A transdisciplinary approach to improve health literacy and reduce disparities / LLJ. Lloyd [et al.] // *Health Promot. Pract.* – 2006. - 7 (3). – P. 331-335.
31. A Vision for a Health Literate Canada: Report of the Expert Panel on Health Literacy [Electronic resource] / I. Rootman I [et al.] // Ottawa, ON: Canadian Public Health Association. – 2008. – Mode of Access: www.cpha.ca/uploads.
32. Abel, T. Cultural capital and social inequality in health / T.Abel // *Journal of Epidemiology and Community Health.* – 2008. – 62:e13.
33. Addressing obesity in the workplace: the role of employers / L. Heinen [et al.] // *Milbank Quarterly*, 2009. – 87. – P. 101–122
34. Adult Literacy and Lifeskills Survey (ALL) [Electronic resource] / Washington, DC, National Center for Education Statistics. – 2012. – Mode of access: <http://nces.ed.gov/surveys/all>.
35. Akbari M, Hassan-Zadeh V. IL-6 signalling pathways and the development of type 2 diabetes. *Inflammopharmacology*. 2018;26(3):685-698
36. Amano SU, Cohen JL, Vangala P, et al. Local Proliferation of Macrophages Contributes to Obesity-Associated Adipose Tissue Inflammation. *Cell Metabolism*. 2014;19(1):162-171
37. Annarumma C, Palumbo R. Contextualizing Health Literacy to Health Care Organizations. *J Health Manag.* 2016;18(4):611-624. doi:10.1177/0972063416666348
38. Antonopoulos AS, Tousoulis D. The molecular mechanisms of obesity paradox. *Cardiovascular Research*. 2017;113(9):1074-1086
39. Arora T, Singh S, Sharma RK. Probiotics: Interaction with gut microbiome and antiobesity potential. *Nutrition*. 2013;29(4):591-596
40. Ash T, Agaronov A, Young T, Aftosmes-Tobio A, Davison KK. Family-based childhood obesity prevention interventions: a systematic review and quantitative content analysis. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2017 Aug 24;14(1):113

41. Attributes of a health literate organization . Washington, DC, Institute of Medicine [Electronic resource] / C. Brach [et al.] – 2012. – Mode of Access: http://www.iom.edu/~media/Files/Perspectives-Files/2012/Discussion-Papers/BPH_HLit_Attributes.pdf.
42. Australian Bureau of Statistics: Adult literacy and life skills survey. Summary results / Australia, Canberra: Australian Bureau of Statistics. 2008. - vol. 88.
43. Azizi N, Karimy M, Abedini R, Armoon B, Montazeri A. Development and Validation of the Health Literacy Scale for Workers. *The International Journal of Occupational and Environmental Medicine*. 2019;10(1):30-39. doi:10.15171/ijoem.2019.1498
44. Baker, D.W. The meaning and the measure of health literacy / D.W. Baker // *J. Intern. Med.* – 2006. – 21. – P. 878-883.
45. Bell JA, Kivimaki M, Hamer M. Metabolically healthy obesity and risk of incident type 2 diabetes: a meta-analysis of prospective cohort studies. *Obesity Reviews*. 2014;15(6):504-515
46. Berkman, N.D. Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review / N.D. Berkman // *Annals of Internal Medicine*. – 2011. – 155. – P. 97–107.
47. Berkman, N.D. Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review / N.D. Berkman // *Annals of Internal Medicine*. – 2011. – 155. – P. 97–107.
48. Bilingual health literacy assessment using the Talking Touchscreen/la Pantalla Parlanchina: development and pilot testing / K.J. Yost [et al.] // *Patient Educ. Couns.* – 2009. - 75(3). – P. 295-301.
49. Bitzer E, Sørensen K. Gesundheitskompetenz – Health Literacy. *Das Gesundheitswesen*. 2018;80(08/09):754-766. doi:10.1055/a-0664-0395
50. Blüher M. Adipose tissue dysfunction contributes to obesity related metabolic diseases. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*. 2013;27(2):163-177.

51. Blüher M. Are metabolically healthy obese individuals really healthy? *European journal of endocrinology*. 2014;171(6):R209-19.
52. Bostock, Sophie. Association between low functional health literacy and mortality in older adults: longitudinal cohort study / Sophie Bostock // *BMJ*. – 2012. – 344 e1602
53. Boulangé CL, Neves AL, Chilloux J, Nicholson JK, Dumas M-E. Impact of the gut microbiota on inflammation, obesity, and metabolic disease. *Genome Medicine*. 2016;8(1)
54. Borges FM, Silva ARVD, Lima LHO, Almeida PC, Vieira NFC, Machado ALG. Health literacy of adults with and without arterial hypertension. *Rev Bras Enferm*. 2019;72(3):646-653. Published 2019 Jun 27. doi:10.1590/0034-7167-2018-0366
55. Bozkurt H, Demirci H. Health literacy among older persons in Turkey. *Aging Male*. 2019;22(4):272-277. doi:10.1080/13685538.2018.1437901
56. Capitals and capabilities: linking structure and agency to reduce health inequalities / T. Abel [et al.] // *Social Science and Medicine*. – 2012. – 74. P. 236 – 244.
57. Carmona R, Pleasant A. Becoming Literate in Health Literacy. *JAMA Surgery*. 2018;153(2):143. doi:10.1001/jamasurg.2017.3835
58. Choe SS, Huh JY, Hwang IJ, Kim JI, Kim JB. Adipose Tissue Remodeling: Its Role in Energy Metabolism and Metabolic Disorders. *Frontiers in Endocrinology*. 2016;7
59. Choudhry F, Ming L, Munawar K, et al. Health Literacy Studies Conducted in Australia: A Scoping Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2019;16(7):1112. doi:10.3390/ijerph16071112
60. Christakis, N, Fowler, J. *Connected* / N. Christakis, J. Fowler. – New York: Little, Brown and Company, 2009. – 39 p.
61. Christison AL, Gupta SK. Weight loss surgery in adolescents. *Nutr ClinPract*. 2017 Aug;32(4):481-492.

62. Cohen P, Spiegelman BM. Brown and Beige Fat: Molecular Parts of a Thermogenic Machine. *Diabetes*. 2015;64(7):2346-2351
63. Communicating incentives for health. *Journal of Health Communication: International Perspectives* / Anderson P [et al.] // *Journal of Health Communication*. – 2011. – 16 (Suppl. 2). – P. 107–133
64. 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>.
65. Costa VRS, Costa PDR, Nakano EY, Apolinário D, Santana ANC. Functional health literacy in hypertensive elders at primary health care. *Rev Bras Enferm*. 2019;72(suppl 2):266-273. doi:10.1590/0034-7167-2018-0897
66. Critical appraisal of health literacy indices revealed variable underlying constructs, narrow content and psychometric weaknesses / J.E. Jordan [et al.] // *Journal of Clinical Epidemiology*. – 2011. – 64. P. 366–379.
67. de Wit L, Fenenga C, Giammarchi C, et al. Community-based initiatives improving critical health literacy: a systematic review and meta-synthesis of qualitative evidence. *BMC Public Health*. 2017;18(1). doi:10.1186/s12889-017-4570-7
68. Developing a measure of communicative and critical health literacy: a pilot study of Japanese office workers / H. Ishikawa [et al.] // *Health Promot. Int.* – 2008. – 23 (3). – P. 269-274.
69. Di Angelantonio E, Bhupathiraju SN, Wormser D, et al. Body-mass index and all-cause mortality: individual-participant-data meta-analysis of 239 prospective studies in four continents. *The Lancet*. 2016;388(10046):776-786
70. Dunn P, Hazzard E. Technology approaches to digital health literacy. *Int J Cardiol*. 2019;293:294-296. doi:10.1016/j.ijcard.2019.06.039
- 71.
72. Durkin N, Desai AP. What is the evidence for paediatric/adolescent bariatric surgery? *Curr Obes Rep*. 2017 Sep;6(3):278-285

73. Eastman P. The Link Between Health Literacy & Cancer Communication. *Oncology Times*. 2019;41(16):1. doi:10.1097/01.cot.0000580012.29312.15
74. Elbashir M, Awaisu A, El Hajj MS, Rainkie DC. Measurement of health literacy in patients with cardiovascular diseases: A systematic review. *Res Social Adm Pharm*. 2019;15(12):1395-1405. doi:10.1016/j.sapharm.2019.01.008
75. Eliason MJ, Robinson P, Balsam K. Development of an LGB-specific health literacy scale. *Health Communication*. 2017;33(12):1531-1538. doi:10.1080/10410236.2017.1372052
76. Ellermann C. Promoting health literacy to reduce health inequalities in societies. *European Journal of Public Health*. 2017;27(suppl_3). doi:10.1093/eurpub/ckx187.517
77. Ellis, A. *Overcoming Destructive Beliefs, Feelings, and Behaviors: New Directions for Rational Emotive Behavior Therapy*; Prometheus Books: Amherst, NY, USA, 2001
78. Equality and diversity [Electronic resource] / Bradford, Bradford Teaching Hospitals Foundation Trust. – 2013. – Mode of Access: <http://www.bradfordhospitals.nhs.uk/about-us/equalityand-diversity>.
79. Erdogdu UE, Cayci HM, Tardu A, Demirci H, Kisakol G, Guclu M. Health Literacy and Weight Loss After Bariatric Surgery. *Obes Surg*. 2019;29(12):3948-3953. doi:10.1007/s11695-019-04060-7
80. EU High Level Group of Experts on Literacy / Report of the EU High Level Group of Experts on Literacy // Brussels, European Commission. – 2012. – 120 p.
81. European Commission: public health [Electronic resource] / Brussels, European Commission. – 2013. – Mode of Access: http://ec.europa.eu/health/index_en.htm.
82. European Commission: Together for health: a strategic approach for the EU 2008-2013 / Com. – 2007. – 630 final. – 11p.
83. Fair society, healthy lives [Electronic resource] / M. Marmot [et al.]. – London, Marmot Review. – 2008. – Mode of Access:

<http://www.hospitaldr.co.uk/features/marmot-review-reducing-health-inequalities-in-england>

84. Fair society, healthy lives [Electronic resource] / M. Marmot [et al.]. – London, Marmot Review. – 2008. – Mode of Access: <http://www.hospitaldr.co.uk/features/marmot-review-reducing-health-inequalities-in-england>.

85. Fawns-Ritchie C, Davies G, Hagenars SP, Deary IJ. Genetic Contributions to Health Literacy. *Twin Research and Human Genetics*. 2019;22(03):131-139. doi:10.1017/thg.2019.28

86. Fleary S, Ettienne R. Social Disparities in Health Literacy in the United States. *HLRP: Health Literacy Research and Practice*. 2019;3(1):e47-e52. doi:10.3928/24748307-20190131-01

87. Fleary S, Joseph P, Pappagianopoulos J. Adolescent health literacy and health behaviors: A systematic review. *J Adolesc*. 2018;62:116-127. doi:10.1016/j.adolescence.2017.11.010

88. Fonseca-Junior SJ, Sá CGA de B, Rodrigues PAF, Oliveira AJ, Fernandes-Filho J. Physical exercise and morbid obesity: a systematic review. *Arquivos brasileiros de cirurgia digestiva : ABCD = Brazilian archives of digestive surgery*. 2013;26 Suppl 1:67-73

89. Garcia-Codina O, Juvinyà-Canal D, Amil-Bujan P, et al. Determinants of health literacy in the general population: results of the Catalan health survey. *BMC Public Health*. 2019;19(1):1122. Published 2019 Aug 16. doi:10.1186/s12889-019-7381-1

90. Geboers B, Reijneveld S, Koot J, de Winter A. Moving towards a Comprehensive Approach for Health Literacy Interventions: The Development of a Health Literacy Intervention Model. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2018;15(6):1268. doi:10.3390/ijerph15061268

91. Glick AF, Brach C, Yin HS, Dreyer BP. Health Literacy in the Inpatient Setting: Implications for Patient Care and Patient Safety. *Pediatr Clin North Am*. 2019;66(4):805-826. doi:10.1016/j.pcl.2019.03.007

92. Grover SA, Kaouache M, Rempel P, et al. Years of life lost and healthy life-years lost from diabetes and cardiovascular disease in overweight and obese people: a modelling study. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*. 2015;3(2):114-122
93. Hadden K, Martin R, Prince L, Barnes CL. Patient Health Literacy and Diabetic Foot Amputations. *J Foot Ankle Surg*. 2019;58(5):877-879. doi:10.1053/j.jfas.2018.12.038
94. Health citizenship – leaving behind the policies of sickness. In: Exeter C, ed. *Advancing opportunity: health and healthy living*. London, Smith Institute [Electronic resource] / H. Cayton [et al.] – 2008. – Mode of Access: <http://www.smith-institute.org.uk/file/AdvancingOpportunityHealthandHealthyLiving.pdf>.
95. Health co-benefits of climate change mitigation – transport sector. *Health in the green economy* [Electronic resource] / J. Hosking [et al.] // Geneva, World Health Organization. – 2011. - Mode of Access: http://www.who.int/hia/green_economy/transport_sector_health_cobenefits_climate_change_mitigation/en.
96. Health literacy – “the basics”. Revised ed. Somerset, World Health Communication Associates [Electronic resource] / F. Apfel [et al.] – 2011. – P. 23–30. – Mode of access: <http://www.whcaonline.org/publications.html>.
97. Health literacy – a strategic asset for corporate social responsibility in Europe / K. Sørensen [et al.] // *Journal of Health Communication*. – 2011. – 16(Suppl.3). – P. 322–327
98. Health literacy / I. Kickbusch [et al.] // *International encyclopedia of public health*. – 2008. - Vol. 3. – P. 204–211.
99. Health literacy / I. Kickbusch [et al.] // *International encyclopedia of public health*. – 2008. - Vol. 3. – P. 204–211.
100. Health literacy and health actions: a review and a framework from health psychology / C. von Wagner [et al.] // *Health Education & Behaviour*. – 2009. - 36(5). – P. 860-877.

101. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models / K. Sorensen [et al.] // BMC Public Health. – 2012. - 12:80
102. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models / K. Sorensen [et al.] // BMC Public Health. – 2012. - 12:80
103. Health Literacy as an Empowerment Tool for Low-Income Mothers / Porr Caroline [et al.] // Family & Community Health. – 2006. – 29 (4). – P. 328-335.
104. Health literacy for improved health outcomes: effective capital in the marketplace / N.R. Adkins [et al.] // Journal of The Consumer Affairs. – 2009. – 43 (2). – P. 199-222.
105. Health literacy research in Europe: a snapshot / B.K. Kondilis [et al.] // Eur. J. Public Health. – 2006. – 16 (1). – P. 113-113.
106. Health literacy revisited: what do we mean and why does it matter? / A. Peerson [et al.] // Health Promot. Int. – 2009. – 24 (3). – P. 285-296.
107. Health literacy, culture and community / D. Levin-Zamir [et al.] // In: Begoray D., Gillis D.E., Rowlands G, eds. Health literacy in context: international perspectives. Hauppauge, NY, Nova Science Publishers. – 2012. – P. 99–123.
108. Health literacy. A new concept for general practice / R. J. Adams [et al.] // Australian Family Physician. – 2009. – 38 (3). – P. 144-147.
109. Health Literacy. Programmes for Training on Research in Public Health for South Eastern Europe / Edited by G. Pavlekovic. – 2008. – 4.
110. Health literacy. The solid facts [Electronic resource] / I. Kickbusch [et al.]. – 2013. Mode of Access: http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf
111. Health literacy. The solid facts [Electronic resource] / I. Kickbusch [et al.]. – 2013. – Mode of Access: http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf
112. Hernández-Díaz A, Arana-Martínez JC, Carbó R, Espinosa-Cervantes R, Sánchez-Muñoz F. Omentina: papel en la resistencia a la insulina, inflamación y protección cardiovascular. *Archivos de Cardiología de México*. 2016;86(3):233-243

113. Hill SJ, Sofra TA. How could health information be improved? Recommended actions from the Victorian Consultation on Health Literacy. *Australian Health Review*. 2018;42(2):134. doi:10.1071/ah16106
114. Hill SJ, Sofra TA. How could health information be improved? Recommended actions from the Victorian Consultation on Health Literacy. *Australian Health Review*. 2018;42(2):134. doi:10.1071/ah16106
115. Hochhauser M, Brusovansky M, Sirotin M, Bronfman K. Health literacy in an Israeli elderly population. *Isr J Health Policy Res*. 2019;8(1):61. Published 2019 Jul 10. doi:10.1186/s13584-019-0328-2
116. 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;20(12):e10273. doi:10.2196/10273
117. International Network of Health Promoting Hospitals and Health Services [Electronic resource] / The WHO, Copenhagen. Mode of Access: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/99801/E90777.pdf.
118. International Network of Health Promoting Hospitals and Health Services [Electronic resource] / The WHO, Copenhagen. Mode of Access: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/99801/E90777.pdf
119. Itani O, Jike M, Watanabe N, Kaneita Y. Short sleep duration and health outcomes: a systematic review, meta-analysis, and meta-regression. *Sleep Medicine*. 2017;32:246-256
120. Judging nudging: can nudging improve population health? / T. Marteau [et al.] // *British Medical Journal*. – 2011. – 342:d228
121. Karpe F, Pinnick KE. Biology of upper-body and lower-body adipose tissue—link to whole-body phenotypes. *Nature Reviews Endocrinology*. 2014;11(2):90-100
122. Kickbusch, I. Health literacy, social determinants and public policy / I. Kickbusch // 20th IUHPE World Conference on 43. – 2008
123. Kim H, Goldsmith JV, Sengupta S, et al. Mobile Health Application and e-Health Literacy: Opportunities and Concerns for Cancer Patients and

Caregivers. *Journal of Cancer Education*. 2017;34(1):3-8. doi:10.1007/s13187-017-1293-5

124. Kim SH, Utz S. Association of health literacy with health information-seeking preference in older people: A correlational, descriptive study. *Nursing & Health Sciences*. 2018;20(3):355-360. doi:10.1111/nhs.12413

125. Kucharska, A.M.; Pyrzak, B.; Demkow, U. Regulatory T Cells in Obesity. *Adv Exp Med Biol*. 2015;866:35-40

126. Kumar S, Kelly AS. Review of childhood obesity: from epidemiology, etiology, and comorbidities to clinical assessment and treatment. *MayoClin Proc*. 2017 Feb;92(2):251-265

127. Kyrou I, Tsigos C. Stress hormones: physiological stress and regulation of metabolism. *Curr Opin Pharmacol* 9: 787–793, 2009

128. Learning a living: first results of the Adult Literacy and Life Skills Survey [Electronic resource] / Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development. – 2012. – Mode of Access: <http://www.oecd.org/education/country-studies/34867438.pdf>.

129. Lennon H, Sperrin M, Badrick E, Renehan AG. The Obesity Paradox in Cancer: a Review. *Current Oncology Reports*. 2016;18(9)

130. Life Regional Advocacy Center [Electronic resource] / Kyiv, Life Regional Advocacy Center. – 2013. – Mode of Access: <http://center-life.org/en>. -

131. Limited health literacy: an underestimated problem and equity challenge [Electronic resource] / Prevention. – 2011. – Mode of Access: <http://www.cdc.gov/healthliteracy/researchevaluate/index.html#Assessment>.

132. Literacy assessment instruments [Electronic resource] / Chapel Hill, NC Program on Health Literacy. – 2011. – Mode of Access: <http://nchealthliteracy.org/instruments.html>.

133. Liu H, Zeng H, Shen Y et al. Assessment Tools for Health Literacy among the General Population: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(8):1711. doi:10.3390/ijerph15081711

134. Liu YB, Chen YL, Xue HP, Hou P. Health Literacy Risk in Older Adults With and Without Mild Cognitive Impairment. *Nurs Res.* 2019;68(6):433-438. doi:10.1097/NNR.0000000000000389
135. Lloyd J, Thomas L, Powell-Davies G, Osten R, Harris M. How can communities and organisations improve their health literacy? *Public Health Research & Practice.* 2018;28(2). doi:10.17061/phrp2821809
136. Lorini C, Caini S, Ierardi F, Bachini L, Gemmi F, Bonaccorsi G. Health Literacy as a Shared Capacity: Does the Health Literacy of a Country Influence the Health Disparities among Immigrants?. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(4):1149. doi:10.3390/ijerph17041149
137. Luong Q, Huang J, Lee KY. Deciphering White Adipose Tissue Heterogeneity. *Biology.* 2019;8(2):23
138. Mackert M, Mabry-Flynn A, Champlin S, Donovan E, Pounders K. Health Literacy and Health Information Technology Adoption: The Potential for a New Digital Divide. *J Med Internet Res.* 2016;18(10):e264. doi:10.2196/jmir.6349
139. Mancuso, J.M. Health literacy: a concept/dimensional analysis / J.M. Mancuso // *Nurs. Health Sci.* – 2008. – 10. – P.248-255.
140. Manganello J, Gerstner G, Pergolino K, Graham Y, Falisi A, Strogatz D. The Relationship of Health Literacy With Use of Digital Technology for Health Information. *Journal of Public Health Management and Practice.* 2017;23(4):380-387. doi:10.1097/phh.0000000000000366
141. Manganello, J.A. Health literacy and adolescents: a framework and agenda for future research / J.A. Manganello // *Health Educ. Res.* – 2008. - 23 (5). – P. 840-847.
142. Manna P, Jain SK. Obesity, Oxidative Stress, Adipose Tissue Dysfunction, and the Associated Health Risks: Causes and Therapeutic Strategies. *Metabolic Syndrome and Related Disorders.* 2015;13(10):423-444
143. Mapping health literacy research in the European union: a bibliometric analysis / B.K. Kondilis [et al.] // *PLoS One.* – 2008. – 3 (6). – E2519-10.1371/journal.pone.0002519.

144. Marchi J, Berg M, Dencker A, Olander EK, Begley C. Risks associated with obesity in pregnancy, for the mother and baby: a systematic review of reviews. *Obesity Reviews*. 2015;16(8):621-638
145. Margat A, Gagnayre R, Lombrail P, de Andrade V, Azogui-Levy S. Interventions en littératie en santé et éducation thérapeutique : une revue de la littérature. *Santé Publique*. 2017;29(6):811. doi:10.3917/spub.176.0811
146. Margat A. Littératie en santé et éducation thérapeutique, des finalités convergentes. *La Revue de l'Infirmière*. 2018;67(238):38-39. doi:10.1016/j.revinf.2017.11.030
147. Martins NFF, Abreu DPG, Silva BT da, Semedo DS dos RC, Pelzer MT, Ienczak FS. Functional health literacy and adherence to the medication in older adults: integrative review. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2017;70(4):868-874. doi:10.1590/0034-7167-2016-0625
148. Matas H, Bronstein J. A qualitative inquiry of old people's health literacy in situations of health uncertainty. *Health Information & Libraries Journal*. 2018;35(4):319-330. doi:10.1111/hir.12234
149. McQueen, D.V. [et al.]. Health and Modernity: the Role of Theory in Health Promotion / D.V. McQueen [et al.] – New York: Springer, 2007. – 167p.
150. Milić S, Lulić D, Štimac D. Non-alcoholic fatty liver disease and obesity: biochemical, metabolic and clinical presentations. *World journal of gastroenterology*. 2014;20(28):9330-9337
151. Miller MJ, Nutbeam D. Advancing international understanding of health literacy in pharmacy: Current trends and future directions. *Research in Social and Administrative Pharmacy*. 2018;14(9):v-vi. doi:10.1016/j.sapharm.2018.07.018
152. Mitic, W., Rootman, I. An intersectoral approach for improving health literacy for Canadians / W. Mitic, I. Rootman. – Ottawa, Public Health Agency of Canada, 2012. – 57p
153. Mitic, W., Rootman, I. An intersectoral approach for improving health literacy for Canadians / W. Mitic, I. Rootman. – Ottawa, Public Health Agency of Canada, 2012. – 57p.

154. Moura NDS, Lopes BB, Teixeira JJD, Oriá MOB, Vieira NFC, Guedes MVC. Literacy in health and self-care in people with type 2 diabetes mellitus. *Rev Bras Enferm.* 2019;72(3):700-706. Published 2019 Jun 27. doi:10.1590/0034-7167-2018-0291
155. National Research Council. Measures of health literacy: workshop summary [Electronic resource] / Washington, DC, National Academies Press. – 2009. – Mode of Access: http://www.nap.edu/openbook.php?record_id=12690.
156. Navarro Rubio MD, Gálvez P, Vázquez J; en representación del Grupo de Trabajo VACS; Componentes del Grupo de Trabajo VACS. Valoración de las competencias en salud de los pacientes: Instrumento VACS [Patients' competences and health literacy assessment questionnaire]. *J Healthc Qual Res.* 2019;34(4):193-200. doi:10.1016/j.jhqr.2019.04.005
157. Neter E, Brainin E. Association Between Health Literacy, eHealth Literacy, and Health Outcomes Among Patients With Long-Term Conditions. *Eur Psychol.* 2019;24(1):68-81. doi:10.1027/1016-9040/a000350
158. NHS Direct [Electronic resource] / London, NHS. – 2013. – Mode of Access: <http://www.nhsdirect.nhs.uk>.
159. Nutbeam D, McGill B, Premkumar P. Improving health literacy in community populations: a review of progress. *Health Promot Int.* 2017;33(5):901-911. doi:10.1093/heapro/dax015
160. Nutbeam, D. The evolving concept of health literacy / D. Nutbeam // Soc. Sci. Med. 2008. – 67. – P. 2072–2078.
161. Okan O, Jochimsen M, Hendricks J, Wasem J, Bauer U. Health literacy in children and adolescents: associations between health literacy and health inequalities. *European Journal of Public Health.* 2018;28(suppl_4). doi:10.1093/eurpub/cky212.365
162. Oliffe JL, Rossnagel E, Kelly MT, Bottorff JL, Seaton C, Darroch F. Men's health literacy: a review and recommendations [published online ahead of print, 2019 Sep 23]. *Health Promot Int.* 2019;daz077. doi:10.1093/heapro/daz077

163. Oscalices MIL, Okuno MFP, Lopes MCBT, Batista REA, Campanharo CRV. Health literacy and adherence to treatment of patients with heart failure. *Rev Esc Enferm USP*. 2019;53:e03447. Published 2019 Jul 15. doi:10.1590/S1980-220X2017039803447
164. Ottawa Charter for Health Promotion [Electronic resource] / Geneva, World Health Organization. – 1986. – Mode of Access: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index.html>
165. Paakkari L, Kokko S, Villberg J, Paakkari O, Tynjälä J. Health literacy and participation in sports club activities among adolescents. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2017;45(8):854-860. doi:10.1177/1403494817714189
166. Paasche-Orlow, M.K. Bridging the international divide for health literacy research / M.K. Paasche-Orlow // *Patient Educ. Couns.* – 2009. – 75. – P.293-294
167. Parson K, Allen M, Alvarado-Little W, Rudd R. Health Literacy Insights for Health Crises. *NAM Perspectives*. 2017;7(7). doi:10.31478/201707f
168. Patient health literacy and participation in the health-care process / H. Ishikawa [et al.] // *Health Expect.* – 2008. – 11 (2). – P. 113-122.
169. Patientslikeme.com. (2017). Live better, together! Accessed July 24, 2017. <http://www.patientslikeme.com>
170. Plain Language Medical Dictionary [Electronic resource] / Ann Arbor, Taubman Health Science Library, University of Michigan. – 2013. – Mode of Access: <http://www.lib.umich.edu/plain-language-dictionary>. - Date of Access: 15 May, 2013
171. Pleasant A. Health literacy measurement: a brief review and proposal [Electronic resource] / Washington, DC, Institute of Medicine of the National Academies. – 2009. – Mode of Access: <http://www.iom.edu/~media/Files/Activity%20Files/PublicHealth/HealthLiteracy/Pleasant.pdf>.
172. Poureslami I, Nimmon L, Rootman I, Fitzgerald M. Health literacy and chronic disease management: drawing from expert knowledge to set an agenda. *Health Promot Int*. 2016:daw003. doi:10.1093/heapro/daw003

173. Priority actions for the noncommunicable disease crisis / R. Beaglehole [et al.] // *Lancet*. – 2011. – 377. – P. 1438–1447.
174. Public health literacy defined / D.A. Freedman [et al.] // *Am. J. Prev. Med.* – 2009. – 36 (5). – P. 446-451.
175. Quaglio G, Sørensen K, Rübzig P, et al. Accelerating the health literacy agenda in Europe. *Health Promotion International*. April 2016:daw028. doi:10.1093/heapro/daw028
176. Rababah JA, Al-Hammouri MM, Drew BL, Aldalaykeh M. Health literacy: exploring disparities among college students. *BMC Public Health*. 2019;19(1):1401. Published 2019 Oct 29. doi:10.1186/s12889-019-7781-2
177. Rademakers J, Heijmans M. Beyond Reading and Understanding: Health Literacy as the Capacity to Act. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2018;15(8):1676. doi:10.3390/ijerph15081676
178. Rehabilitation consumers' use and understanding of quality information: a health literacy perspective / S. Magasi [et al.] // *Arch. Phys. Med. Rehabil.* – 2009. – 90 (2). – P. 206-212.
179. Robbins, A. Public health literacy for lawyers: teaching population-based legal analysis / A. Robbins // *Environ. Health Perspect.* – 2003. – 111(14). – P. 744-745.
180. Robbins D, Dunn P. Digital health literacy in a person-centric world. *Int J Cardiol*. 2019;290:154-155. doi:10.1016/j.ijcard.2019.05.033
181. Robert Lustig M. The real truth about sugar: Dr. Robert Lustig's lecture "Sugar: The Bitter Truth." 2011. Available at: <https://youtube.com/watch?v=dBnniua6-oM>
182. Rosen ED, Spiegelman BM. What We Talk About When We Talk About Fat. *Cell*. 2014;156(1-2):20-44
183. Rudd, R.E., Anderson, J.E. The health literacy environment of hospitals and health centers / R.E. Rudd, J.E. Anderson. – Partners for action: making your healthcare facility literacy-friendly. Cambridge, MA, Health and Adult Literacy and Learning Initiative, Harvard School of Public Health, 2006. – 164p

184. Rüegg R, Abel T. The relationship between health literacy and health outcomes among male young adults: exploring confounding effects using decomposition analysis. *International Journal of Public Health*. 2019;64(4):535-545. doi:10.1007/s00038-019-01236-x
185. Salmon A. Beyond Diabetes: Does Obesity-Induced Oxidative Stress Drive the Aging Process? *Antioxidants*. 2016;5(3):24
186. Sansom-Daly U, Lin M, Robertson E et al. Health Literacy in Adolescents and Young Adults: An Updated Review. *J Adolesc Young Adult Oncol*. 2016;5(2):106-118. doi:10.1089/jayao.2015.0059
- Healthy Literacy Collaboration – Developing Understanding to Tackle Health Inequalities across Settings Conference Report 17th May 2012 [Electronic resource] / Report Compiled by Gulab Singh. – 2012. – Mode of access: gulab.singh@centrallancashire.nhs.uk
187. Scaling up interventions for preventing chronic disease: the evidence / T.A. Gaziano [et al.] // *Lancet*, 2007. – 370. – P. 1939–1946
188. Scaling up interventions for preventing chronic disease: the evidence / T.A. Gaziano [et al.] // *Lancet*, 2007. – 370. – P. 1939–1946
189. Schyve, P.M. Language differences as a barrier to quality and safety in health care: the joint commission perspective / P.M. Schyve // *J. Gen. Intern. Med.* – 2007. - 22(Suppl 2). – P. 360-361.
190. Sierra M, Cianelli R. Health Literacy in Relation to Health Outcomes: A Concept Analysis. *Nurs Sci Q*. 2019;32(4):299-305. doi:10.1177/0894318419864328
191. Speros, C. Health literacy: concept analysis / C. Speros // *J. Adv. Nurs.* – 2005. – 50. – P. 633-640.
192. Sramkova V, Berend S, Siklova M, et al. Apolipoprotein M: a novel adipokine decreasing with obesity and upregulated by calorie restriction. *The American Journal of Clinical Nutrition*. 2019;109(6):1499-1510
193. Stefan N, Häring H-U, Hu FB, Schulze MB. Metabolically healthy obesity: epidemiology, mechanisms, and clinical implications. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*. 2013;1(2):152-162.

194. Stinkens R, Goossens GH, Jocken JWE, Blaak EE. Targeting fatty acid metabolism to improve glucose metabolism. *Obesity Reviews*. 2015;16(9):715-757
195. Styne DM, Arslanian SA, Connor EL, et al. Pediatric obesity assessment, treatment, and prevention: an Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *J Clin Endocrinol Metab*. 2017 Mar 1;102(3):709-757
196. T2X (Teen2Xtreme) [Electronic resource] / Teen2Xtreme. – 2013. – Mode of Access: <http://www.t2x.me>
197. Testing health literacy skills in older Korean adults / T.W. Lee [et al.] // *Patient Educ Couns*. – 2009. – 75 (3). – P. 302-307.
198. The causal pathways linking health literacy to health outcomes / M.K. Paasche-Orlow [et al.] // *Am. J. Health Behav*. – 2007. – 31 (Suppl 1). – P. 19-26.
199. The costs of limited health literacy: a systematic review / K. Eichler [et al.] // *International Journal of Public Health*. – 2009. – 54. – P. 313–324.
200. The Health Literacy of America's Adults Results From the 2003 National Assessment of Adult Literacy [Electronic resource] / Mark Kutner [et al.] // Sept. 2006. – Mode of Access: <https://nces.ed.gov/pubs2006/2006483.pdf>
201. The Health Literacy of America's Adults Results From the 2003 National Assessment of Adult Literacy [Electronic resource] / Mark Kutner [et al.] // Sept. 2006. – Mode of Access: <https://nces.ed.gov/pubs2006/2006483.pdf>.
202. Trasande L, Chatterjee S. The impact of obesity on health service utilization and costs in childhood. *Obesity (Silver Spring)*. 2009;17(9):1749-1754
203. Understanding health literacy: an expanded model / C. Zarcadoolas [et al.] // *Health Promot. Int*. – 2005. – 20. – P.195–203.
204. UNESCO: Literacy for all. Education for All Global Monitoring Report 2006 / UNESCO // 2005.
205. Up to a quarter of the Australian population may have suboptimal health literacy depending upon the measurement tool: results from a population-based survey / M.N. Barber [et al.] // *Health Promot. Int*. – 2009. – 24 (3). – P. 252-261.
206. Uwamahoro NS, Ngwira B, Vinther-Jensen K, Rowlands G. Health literacy among Malawian HIV-positive youth: a qualitative needs assessment and

- conceptualization [published online ahead of print, 2019 Nov 6]. *Health Promot Int.* 2019;daz107. doi:10.1093/heapro/daz107
207. Validation of a health literacy screening tool (REALM) in a UK population with coronary heart disease / S.Y. Ibrahim [et al.] // *Journal of Public Health (Oxf).* – 2008. – 30. P. 449-455.
208. van Hoof, P. Improving health for Roma children –together for better health, for us, by us [Electronic resource] / P. van Hoof // Arlington, VA, Changemakers. – 2013. Mode of Access: <http://www.changemakers.com/intrapreneurs/entries/improvinghealth-roma-children-together-better-health-us>
209. van Vliet-Ostaptchouk JV, Nuotio M-L, Slagter SN, et al. The prevalence of metabolic syndrome and metabolically healthy obesity in Europe: a collaborative analysis of ten large cohort studies. *BMC Endocrine Disorders.* 2014;14(1)
210. Vetter ML, Faulconbridge LF, Webb VL, Wadden TA. Behavioral and pharmacologic therapies for obesity. *Nature Reviews Endocrinology.* 2010;6(10):578-588
211. Wang, J., Schmid, M. Regional differences in health literacy in Switzerland / J. Wang, M. Schmid // Zürich: University of Zürich. Institute of Social and Preventive Medicine, 2007.
212. Waters EA, Biddle C, Kaphingst KA, et al. Examining the Interrelations Among Objective and Subjective Health Literacy and Numeracy and Their Associations with Health Knowledge. *Journal of General Internal Medicine.* 2018;33(11):1945-1953. doi:10.1007/s11606-018-4624-2
213. Wei Y, McGrath PJ, Hayden J, Kutcher S. Measurement properties of mental health literacy tools measuring help-seeking: a systematic review*. *Journal of Mental Health.* 2017;26(6):543-555. doi:10.1080/09638237.2016.1276532
214. Weiss, B.D. Health literacy and patient safety: help patients understand. Manual for clinicians [Electronic resource] / B.D. Weiss. – 2nd ed. – Chicago, American Medical Association Foundation and American Medical Association. –

2007. – Mode of Access: <http://www.ama-assn.org/ama1/pub/upload/mm/367/healthlitclinicians.pdf>
215. Wills J, Sykes S, Hardy S, Kelly M, Moorley C, Ocho O. Gender and health literacy: men's health beliefs and behaviour in Trinidad [published online ahead of print, 2019 Aug 13]. *Health Promot Int.* 2019;daz076. doi:10.1093/heapro/daz076
216. World Health Organization. Ministerial Conference on Counteracting Obesity. European Charter on Counteracting Obesity/WHO Regional Office for Europe. – Istanbul, Copenhagen: 16 November 2006
217. World Literacy Foundation. The Economic and Social Cost of Illiteracy: A Snapshot of Illiteracy and its Causes. – 2012. – Mode of Access: <http://www.r4d.org/about-us/press-room/new-study-looks-why-more-children-lack-access-books-and-how-we-can-change?gclid=CM-alPK11dICFR2MGQodnx0EjQ>
218. Zarcadoolas C. Advancing health literacy: A framework for understanding and action / C. Zarcadoolas [et al.]. - Jossey Bass: San Francisco, CA, 2006

ПРИЛОЖЕНИЕ А

Анкета по изучению грамотности населения в вопросах здоровья

Приглашаем Вас принять участие в социологическом исследовании вопросов здоровья и качества жизни. Результаты исследования послужат основой для улучшения работы служб здравоохранения. Анонимность Вашего участия в исследовании гарантирована.

Как заполнять анкету?

Перед тем, как ответить на вопрос, пожалуйста, внимательно прочтите вопросы и варианты ответов. Рекомендуется выбрать либо один, либо несколько из предложенных вариантов. Отмечать нужный ответ Вы можете, поставив в соответствующую клеточку галочку, крестик или иной знак или обведя цифру ответа. В нескольких случаях Вам надо будет написать цифры в рамке. При заполнении анкеты пользуйтесь, пожалуйста, черной или синей ручкой. В случае сомнений, пожалуйста, по возможности подберите наиболее подходящий ответ.

1. Тяжело ли Вам находить информацию о симптомах заболеваний, которые Вас беспокоят?

- очень трудно
- достаточно трудно
- достаточно легко
- очень легко
- затрудняюсь ответить

2. Тяжело ли Вам находить информацию о лечении заболеваний, которые Вас беспокоят?

- очень трудно
- достаточно трудно
- достаточно легко
- очень легко
- затрудняюсь ответить

3. Тяжело ли Вам продумать порядок действий в случае, когда Вам нужна неотложная медицинская помощь?

- очень трудно
- достаточно трудно
- достаточно легко
- очень легко
- затрудняюсь ответить

4. Тяжело ли Вам получить профессиональную медицинскую помощь, когда Вы больны?

- очень трудно
- достаточно трудно
- достаточно легко
- очень легко

затрудняюсь ответить

5. Тяжело ли Вам понять, что Вам говорит доктор?

- очень трудно
- достаточно трудно
- достаточно легко
- очень легко

затрудняюсь ответить

6. Тяжело ли Вам понять инструкции к лекарственным препаратам?

- очень трудно
- достаточно трудно
- достаточно легко
- очень легко

затрудняюсь ответить

7. Можете ли Вы оказать экстренную помощь?

- нет, не могу
- кое-что могу
- могу
- могу и успешно оказываю

затрудняюсь ответить

8. Тяжело ли Вам понять инструкции Вашего врача или фармацевта по принятию выписанных препаратов?

- очень трудно
- достаточно трудно
- достаточно легко
- очень легко
- затрудняюсь ответить

9. Тяжело ли Вам понять, как применить к себе рекомендации врача?

- очень трудно
- достаточно трудно
- достаточно легко
- очень легко
- затрудняюсь ответить

10. Тяжело ли Вам оценить достоинства и недостатки различных методов лечения?

- очень трудно
- достаточно трудно
- достаточно легко
- очень легко
- затрудняюсь ответить

11. Тяжело ли Вам понять, что Вам, возможно, требуется консультация другого специалиста?

- очень трудно
- достаточно трудно
- достаточно легко

- очень легко
- затрудняюсь ответить

12. Тяжело ли Вам оценить достоверность информации о болезни, полученной из СМИ (ТВ, интернет, газеты и т.д.)?

- очень трудно
- достаточно трудно
- достаточно легко
- очень легко
- затрудняюсь ответить

13. Тяжело ли Вам принимать решения касательно Вашего заболевания, основываясь на указаниях доктора?

- очень трудно
- достаточно трудно
- достаточно легко
- очень легко
- затрудняюсь ответить

14. Тяжело ли Вам следовать инструкциям к препаратам? (предписаниям по лечению)

- очень трудно
- достаточно трудно
- достаточно легко
- очень легко
- затрудняюсь ответить

15. Тяжело ли Вам решиться на вызов скорой помощи в случае чрезвычайной ситуации?

- очень трудно
- достаточно трудно
- достаточно легко
- очень легко
- затрудняюсь ответить

16. Тяжело ли Вам следовать инструкциям Вашего лечащего врача/фармацевта?

- очень трудно
- достаточно трудно
- достаточно легко
- очень легко
- затрудняюсь ответить

17. Считаете ли Вы затруднительным поиск информации об отказе от вредных привычек/зависимостей (таких как курение, пассивный образ жизни, алкоголизм)?

- очень трудно
- достаточно трудно
- достаточно легко
- очень легко

затрудняюсь ответить

18. Считаете ли Вы затруднительным поиск информации о борьбе с психологическими проблемами (такими как стресс, депрессия)?

очень трудно

достаточно трудно

достаточно легко

очень легко

затрудняюсь ответить

19. Считаете ли Вы затруднительным поиск информации об обязательной вакцинации и медосмотрах?

очень трудно

достаточно трудно

достаточно легко

очень легко

затрудняюсь ответить

20. Считаете ли Вы затруднительным поиск информации о профилактике и лечении ожирения, гипертонии, повышенного уровня холестерина в крови?

очень трудно

достаточно трудно

достаточно легко

очень легко

затрудняюсь ответить

21. Считаете ли Вы трудными для понимания/малоэффективными предупреждения о вреде курения, пассивного образа жизни и алкоголизма?

очень трудно

достаточно трудно

достаточно легко

очень легко

затрудняюсь ответить

22. Трудно ли Вам осознать необходимость обязательной вакцинации?

очень трудно

достаточно трудно

достаточно легко

очень легко

затрудняюсь ответить

23. Трудно ли Вам осознать необходимость регулярных медосмотров?

очень трудно

достаточно трудно

достаточно легко

очень легко

затрудняюсь ответить

24. Сложно ли Вам оценить достоверность предупреждений о вреде курения, пассивного образа жизни и алкоголизма?

- очень трудно
- достаточно трудно
- достаточно легко
- очень легко
- затрудняюсь ответить

25. Сложно ли Вам понять, когда Вам нужно проверить здоровье?

- очень трудно
- достаточно трудно
- достаточно легко
- очень легко
- затрудняюсь ответить

26. Знаете ли Вы, в каких прививках Вы нуждаетесь?

- нет, ничего не знаю
- что-то знаю
- знаю, но не все
- отлично знаю
- затрудняюсь ответить

27. Сложно ли Вам понять в каких плановых осмотрах Вы нуждаетесь?

- очень трудно
- достаточно трудно
- достаточно легко
- очень легко
- затрудняюсь ответить

28. Сложно ли Вам понять, достоверна ли информация из СМИ о возможных проблемах со здоровьем, рисках?

- очень трудно
- достаточно трудно
- достаточно легко
- очень легко
- затрудняюсь ответить

29. Сложно ли Вам решить, нуждаетесь ли Вы в прививке от гриппа?

- очень трудно
- достаточно трудно
- достаточно легко
- очень легко
- затрудняюсь ответить

30. Сложно ли Вам выбрать меры профилактики различных болезней, основываясь на советах родных и близких?

- очень трудно
- достаточно трудно
- достаточно легко
- очень легко

затрудняюсь ответить

31. Сложно ли Вам выбрать меры профилактики различных болезней, основываясь на информации из СМИ?

очень трудно

достаточно трудно

достаточно легко

очень легко

затрудняюсь ответить

32. Считаете ли Вы затруднительным поиск информации о факторах здорового образа жизни (физических упражнениях, здоровом питании и т. д.)?

очень трудно

достаточно трудно

достаточно легко

очень легко

затрудняюсь ответить

33. Считаете ли Вы трудным поиск информации о мерах поддержки Вашего психического здоровья?

очень трудно

достаточно трудно

достаточно легко

очень легко

затрудняюсь ответить

34. Считаете ли Вы затруднительным поиск информации о том, как сделать Ваш двор/район/город более благоприятным для здоровья?

очень трудно

достаточно трудно

достаточно легко

очень легко

затрудняюсь ответить

35. Считаете ли Вы затруднительным поиск информации о политических или экономических изменениях, способных повлиять на здоровье?

очень трудно

достаточно трудно

достаточно легко

очень легко

затрудняюсь ответить

36. Считаете ли Вы затруднительным поиск информации о способах поддержания своего здоровья на работе?

очень трудно

достаточно трудно

достаточно легко

очень легко

затрудняюсь ответить

37. Сложно ли Вам понимать и использовать на практике медицинские советы родных и близких?

- очень трудно
- достаточно трудно
- достаточно легко
- очень легко
- затрудняюсь ответить

38. Сложно ли Вам понять информацию, указанную на упаковках пищевых продуктов?

- очень трудно
- достаточно трудно
- достаточно легко
- очень легко
- затрудняюсь ответить

39. Сложно ли Вам понимать и использовать на практике информацию о способах укрепления здоровья, полученную из СМИ?

- очень трудно
- достаточно трудно
- достаточно легко
- очень легко
- затрудняюсь ответить

40. Сложно ли Вам поддерживать «здоровый дух»?

- очень трудно
- достаточно трудно
- достаточно легко
- очень легко
- затрудняюсь ответить

41. Сложно ли Вам понять, как Ваш образ жизни влияет на Ваше здоровье и благополучие?

- очень трудно
- достаточно трудно
- достаточно легко
- очень легко
- затрудняюсь ответить

42. Сложно ли Вам понять, как жилищные условия отражаются на Вашем здоровье?

- очень трудно
- достаточно трудно
- достаточно легко
- очень легко
- затрудняюсь ответить

43. Сложно ли Вам понять, как повседневная жизнь и привычки влияют на Ваше здоровье?

- очень трудно

- достаточно трудно
- достаточно легко
- очень легко
- затрудняюсь ответить

44. Сложно ли Вам принимать решения о мерах по улучшению Вашего здоровья?

- очень трудно
- достаточно трудно
- достаточно легко
- очень легко
- затрудняюсь ответить

45. Если Вы захотели присоединиться к какому-либо спортклубу/пойти в спортзал, сложно ли Вам это сделать?

- очень трудно
- достаточно трудно
- достаточно легко
- очень легко
- затрудняюсь ответить

46. Сложно ли Вам изменить вредные для здоровья и благополучия жилищные условия?

- очень трудно
- достаточно трудно
- достаточно легко
- очень легко
- затрудняюсь ответить

47. Сложно ли Вам принимать участие в укрепляющих здоровье спортивных мероприятиях или физических упражнениях, которые проводятся в Вашем районе/городе/регионе?

- очень трудно
- достаточно трудно
- достаточно легко
- очень легко
- затрудняюсь ответить

Доступность медицинской помощи

1. Как Вы оцениваете состояние своего здоровья?

- очень хорошее
- хорошее
- неплохое/удовлетворительное
- плохое
- очень плохое
- затрудняюсь ответить

2. Есть ли у Вас какие-либо хронические заболевания, долговременные проблемы со здоровьем? (Под долговременными, понимаются проблемы, продолжающиеся/наблюдающиеся более полугода)

- да, несколько
- да, одна
- нет
- затрудняюсь ответить

3. За последние полгода насколько сильно проблемы со здоровьем затрудняли Вашу привычную деятельность?

- сильно затрудняли
- незначительно затрудняли
- не затрудняли
- затрудняюсь ответить

4. Какая у Вас медицинская страховка?

- государственная (ОМС)
- частная и государственная (ОМС и ДМС)
- частная (ДМС)
- я не застрахован
- затрудняюсь ответить

5. Сколько раз Вам приходилось прибегать к неотложной медицинской помощи за последние два года?

- 0
- 1-2
- 3-5
- 6 и более
- затрудняюсь ответить

6. Сколько раз за последний год Вы посещали доктора?

- 0
- 1-2
- 3-5
- 6 и более
- затрудняюсь ответить

7. Сколько раз за последний год Вы были госпитализированы?

- 0
- 1-2
- 3-5
- 6 и более
- затрудняюсь ответить

8. Сколько раз за последний год Вы прибегали к помощи других медицинских специалистов (стоматолога, физиотерапевта, психиатра, диетолога, окулиста)?

- 0
- 1-2
- 3-5

- 6 и более
- затрудняюсь ответить

9. Вы курите?

- курите сигареты/сигары/трубку
- бросили курить сигареты/сигары/трубку
- никогда не курили сигареты/сигары/трубку
- затрудняюсь ответить

10. Употребляли ли Вы какие-либо алкогольные напитки (пиво, вино, сидр, водку и др.) за последний год?

- да
- нет
- затрудняюсь ответить

В случае выбора ответа 1 в вопросе 10, ответьте на вопросы 11-12:

11 Как часто Вы выпивали 5 или более алкогольных напитков/порций напитка за раз?

- несколько раз в неделю
- раз в неделю
- несколько раз в месяц
- раз в месяц
- никогда
- затрудняюсь ответить

12. Пили ли Вы какие-либо алкогольные напитки (пиво, вино, сидр, водку и др.) за последний месяц?

- да
- нет
- затрудняюсь ответить

В случае выбора ответа 1 в вопросе 12, ответьте на вопросы 13-14:

13. Как часто в этом месяце Вы употребляли алкоголь?

- каждый день
- 4-5
- 2-3
- раз в неделю
- 2-3 раза в месяц
- один раз
- затрудняюсь ответить

14. Сколько вы обычно выпиваете алкоголя за день?

- менее 1 напитка/1 порции
- 1-2
- 3-4
- 5-6
- 7-9
- 10 и более
- по-разному
- не помню/затрудняюсь ответить

15. Как часто Вы занимались физической активностью? (30 минут и больше)

- почти каждый день
 несколько раз в неделю
 несколько раз в месяц
 не занимался (ась)
 не было возможности заниматься
 не помню/затрудняюсь ответить

16. Есть ли у Вас друг или родственник, обычно сопровождающий Вас на приемы к доктору?

- да
 нет
 затрудняюсь ответить

17. Являетесь ли Вы активным членом общества (как часто занимаетесь волонтерством, общественной работой, принимаете участие в мероприятиях)?

- почти каждый день
 несколько раз в неделю
 несколько раз в месяц
 несколько раз в год
 не являюсь
 затрудняюсь ответить

18. К каким из перечисленных служб и специалистам Вы обращались в течение последних 3 месяцев?

Количество ответов не ограничено

- участковый врач или специалист в поликлинике 1
врач-специалист вне больницы 2
экстренная помощь (скорая мед. помощь) 3
лечение или обследование в стационаре 4
социальные службы (центры социального обслуживания) 5
стоматолог 6
психотерапевт, психолог 7
мануальный терапевт 8
участковая медицинская сестра 9
физиотерапевт 10
социальная помощь на дому 11
альтернативное лечение (целитель, знахарь, экстрасенс и т.д.) 12

19. В какой степени Вы доверяете следующим социальным институтам?

Выберите 1 вариант в каждой строчке

	Полностью доверяю	Скорее доверяю, чем нет	Скорее не доверяю	Абсолютно не доверяю	Затрудняю сь ответить

Система здравоохранения	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Система образования	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Милиция	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Социальная служба	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Служба занятости	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Службы социального страхования	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Страховые компании	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Прокуратура, суды	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Законодательные органы власти	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Глава администрации города	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
СМИ (радио, телевидение, газеты)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

20. Оцените, пожалуйста, качество работы Вашего участкового врача по следующим параметрам:

Выберите 1 вариант в каждой строчке

	Устраивает	Скорее устраивает, чем нет	Скорее не устраивает	Полностью не устраивает	Затрудняюсь ответить
Режим работы	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Стоимость назначаемого лечения	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Отношение к пациенту	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Качество лечения	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

21. Оцените, пожалуйста, качество лечения в стационаре по следующим параметрам:

Выберите 1 вариант в каждой строчке

	Устраивает	Скорее устраивает, чем нет	Скорее не устраивает	Полностью не устраивает	Затрудняюсь ответить
Стоимость назначаемого лечения	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Отношение к пациенту	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Качество лечения	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

22. Легко ли при необходимости госпитализироваться на лечение в стационар?

Выберите только один вариант

- Легко 1
- Скорее легко, чем сложно 2
- Скорее сложно 3
- Сложно 4
- Затрудняюсь ответить 5

23. Как часто на работе на Вас воздействуют следующие вредные факторы?

Выберите 1 вариант в каждой строке

	Никогда	Редко	Часто	Каждый день
23.1. Шум (необходимо повышать голос)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
23.2. Контакт с химическими веществами, жидкостями, газом	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
23.3. Малоподвижная деятельность перед компьютером	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
23.4. Монотонные, повторяющиеся движения в процессе работы	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
23.5. Подъем тяжести больше 20 кг	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

Личная информация

1. Пол

- мужской
- женский

2. Возраст _____

3. Рост _____

4. Вес _____

5. Каково Ваше семейное положение?

- не женат/не замужем
- женат/замужем
- разведен/разведена
- вдовец/вдова
- другое
- затрудняюсь ответить

6. У Вас есть дети?

- да, 1 ребенок
- да, 2 ребенка
- да, 3 и более детей
- у меня нет детей
- затрудняюсь ответить

7. Какого они возраста?

- 0-6 лет
- 7-12 лет
- 13-17 лет
- 18 лет или старше

8. Каков уровень Вашего образования?

- неполное общее
- среднее (полное) общее
- среднее профессиональное
- неоконченное высшее
- высшее

9. Каков Ваш статус занятости?

- работаю (включая не оплачиваемую официально занятость в семейном бизнесе, оплачиваемую стажировку и др.)
- полная занятость
- частичная занятость
- безработный(ая)
- ученик/ студент/ прохожу спецкурсы/ нахожусь на неоплачиваемой стажировке
- пенсионер

- нетрудоспособен
- прохожу срочную службу/военный
- домохозяйка/в декрете/работаю на дому
- в данный момент неактивен
- другое
- затрудняюсь ответить

10. Вы когда-либо обучались или работали в сфере здравоохранения (медсестрой, врачом, фармацевтом)?

- да
- нет
- другое
- затрудняюсь ответить

11. Сможете ли Вы заплатить за необходимые лекарства?

- легко
- довольно легко
- довольно трудно
- очень трудно
- другое
- затрудняюсь ответить

12. Вы можете себе позволить платный прием у доктора?

- легко
- довольно легко
- довольно трудно
- очень трудно
- другое
- затрудняюсь ответить

13. Испытывали ли Вы материальные трудности за последний год?

- часто испытывал(а)
- иногда испытывал(а)
- никогда не испытывал(а)
- затрудняюсь ответить

14. Оцените свой уровень жизни по десятибалльной шкале (1 – самый низкий в обществе...10 – самый высокий в обществе):

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10

15. Каков месячный доход Вашей семьи?

- менее 10 тысяч руб.
- 10-20 тысяч руб.
- 20-30 тысяч руб.
- 30-40 тысяч руб.
- 40-50 тысяч руб.
- 50-70 тысяч руб.
- 70-100 тысяч руб.
- 100-200 тысяч руб.
- свыше 200 тысяч руб.
- затрудняюсь ответить

16. Размер Вашего населенного пункта:

- краевой, областной, республиканский центр
- город с населением 500 тыс.-1 млн человек
- город с населением 250тыс.- 500 тыс. человек
- город с населением менее 250тыс. человек
- поселок городского типа
- деревня
- хутор
- аул

17. Ваш регион проживания? _____

ПРИЛОЖЕНИЕ Б

Анкета по изучению пищевых привычек женщин Ставропольского края
Приглашаем Вас принять участие в социологическом исследовании пищевых привычек. Результаты исследования послужат основой для улучшения работы служб здравоохранения. Анонимность Вашего участия в исследовании гарантирована.

Как заполнять анкету?

Перед тем, как ответить на вопрос, пожалуйста, внимательно прочтите вопросы и варианты ответов. Рекомендуется выбрать либо один, либо несколько из предложенных вариантов. Отмечать нужный ответ Вы можете, поставив в соответствующую клеточку галочку, крестик или иной знак или обведя цифру ответа. При заполнении анкеты пользуйтесь, пожалуйста, черной или синей ручкой. В случае сомнений, пожалуйста, по возможности подберите наиболее подходящий ответ.

1. На каком режиме вскармливания Вы находились до 1 года?

- грудное
- смешанное
- искусственное

2. Сколько раз в день Вы едите?

- 1 раз в день
- 2 раза в день
- 3 раза в день
- 4 и более раз в день

3. Завтракаете ли Вы?

- да, каждый день
- да, время от времени
- завтракаю очень редко
- не завтракаю

4. Перекусываете ли Вы между основными приемами пищи (завтраком, обедом, ужином)?

- да
- нет
- время от времени

5. Если перекусываете, то, какие продукты предпочитаете использовать в качестве перекуса?

- кондитерские изделия: шоколадные батончики, печенье т.д.
- орешки
- фрукты/овощи
- хлебобулочные изделия
- молочные продукты

6. Последний прием пищи у Вас

- непосредственно перед сном
- за 1 час до сна

- за 2-3 часа до сна
- более чем за 3 часа до сна

7. При покупке продуктов питания обращаете ли Вы внимание на срок годности товара?

- всегда
- часто
- время от времени
- никогда

8. При покупке продуктов питания обращаете ли Вы внимание на калорийность товара?

- всегда
- часто
- время от времени
- никогда

9. Как часто Вы употребляете в пищу мясо?

- ежедневно
- 2-3 раза в неделю
- еженедельно
- 1 раз в 2 недели
- 1 раз в месяц
- не употребляю мясо

10. Какое мясо Вы предпочитаете?

- говядина
- свинина
- курица
- индейка
- кролик
- другие виды мяса

11. Какой способ приготовления мяса Вы предпочитаете?

- запеченное
- вареное
- жареное
- приготовленное на пару

12. Как часто Вы употребляете в пищу рыбу?

- ежедневно
- 2-3 раза в неделю
- еженедельно
- 1 раз в 2 недели
- 1 раз в месяц
- не употребляю рыбу

13. Какую рыбу Вы предпочитаете?

- красную рыбу: семга, форель, лосось и т.д.
- белую рыбу: окунь, тилапия, хек, минтай и т.д.
- тунец

14. Рыбу какого способа приготовления Вы употребляете в пищу?

- запеченную
- вареную
- жареную
- приготовленную на пару
- сырую
- копченую
- в виде консервов

15. Как часто Вы готовите и употребляете в пищу первые блюда?

- ежедневно
- 2-3 раза в неделю
- еженедельно
- 1 раз в 2 недели
- 1 раз в месяц

16. Какие Вы предпочитаете гарниры к мясным блюдам?

- крупы
- макароны
- картофельное пюре
- сырые овощи
- тушеные овощи
- ем мясные блюда без гарнира

17. Как часто Вы едите овощи и корнеплоды (свежие, тушеные, консервированные, замороженные, соки, суп или другие)?

- 3 раза в день или чаще
- дважды в день
- один раз в день
- 5-6 раз в неделю
- 3-4 раза в неделю
- 1-2 раза в неделю
- 1 раз в месяц или реже

18. Как часто Вы едите фрукты (свежие, консервированные, замороженные, соки, компоты или другие)?

- 3 раза в день или чаще
- дважды в день
- один раз в день
- 5-6 раз в неделю
- 3-4 раза в неделю
- 1-2 раза в неделю

19. Как часто Вы едите ягоды (свежие, консервированные, соки, компоты и т.д. Если потребление меняется в зависимости от сезона, пожалуйста, дайте среднюю оценку.

- 3 раза в день или чаще
- дважды в день
- один раз в день

- 5-6 раз в неделю
- 3-4 раза в неделю
- 1-2 раза в неделю
- 1 раз в месяц или реже

20. Как часто Вы едите вне дома?

- ежедневно
- 3-4 раза в неделю
- 1-2 раза в неделю
- 1 раз в месяц или реже
- ем только дома

21. Где Вы предпочитаете есть вне дома?

- в ресторанах
- в известных сетях общественного питания (Макдоналдс, KFC, Subway)
- в столовых
- в палатках или торговых точках типа пирожковых, чебуречных)
- перекусываю тем, что куплю в магазине

22. Как часто Вы употребляете в пищу сладости?

- 3 раза в день или чаще
- дважды в день
- один раз в день
- 5-6 раз в неделю
- 3-4 раза в неделю
- 1-2 раза в неделю
- 1 раз в месяц или реже
- не ем сладости вообще

23. Какие сладости Вы предпочитаете?

- торты и пирожные
- мороженое
- шоколад
- печенье
- конфеты
- джемы/варенье
- желе
- мед
- ем любые сладости
- не ем сладости

24. Если возникнет необходимость отказаться от сладостей, насколько это будет трудно для Вас?

- легко
- довольно легко
- довольно трудно
- очень трудно
- другое
- затрудняюсь ответить

25. Чем Вы заправляете салаты?

- майонезом
- подсолнечным маслом
- оливковым маслом
- сметаной
- ничем

26. Подсаливаете ли Вы готовую пищу?

- всегда
- только если мне кажется, что пища недосолена
- никогда

27. Считаете ли Вы примерное количество калорий, потребляемое Вами в день?

- да, всегда
- да, иногда
- никогда
- затрудняюсь ответить

28. Какие напитки Вы предпочитаете пить в течение дня?

- черный чай
- зеленый чай
- кофе
- сладкие газированные напитки
- газированную минеральную воду
- негазированную минеральную воду
- воду из-под крана

29. Добавляете ли Вы сахар в свой напиток?

- да, всегда
- да, если запиваю несладкую еду
- нет, если запиваю сладкую еду
- никогда

30. Как часто Вы пьете сладкие газированные напитки?

- 3 раза в день или чаще
- дважды в день
- один раз в день
- 5-6 раз в неделю
- 3-4 раза в неделю
- 1-2 раза в неделю
- 1 раз в месяц или реже
- не пью кофе вообще

31. На что Вы в первую очередь обращаете внимание при покупке продуктов питания?

- на срок годности
- на калорийность
- на цену

32. Если у Вас есть дети, где они питаются?

- исключительно дома
- в школьной, университетской столовой
- в ресторанах сети фаст-фуд
- покупаю еду в магазине

33. Что для Вас праздник в первую очередь?

- возможность вкусно и обильно поесть
 - возможность встретиться и пообщаться с близкими людьми
 - возможность хорошо провести время вне дома
 - возможность посетить новые места
 - другое _____
-

34. Есть ли у Вас лишний вес?

- нет
- скорее нет
- есть
- затрудняюсь ответить

35. «Сидели» ли Вы когда-нибудь на диетах?

- нет
- да
- затрудняюсь ответить

36. Если Вы «сидели» на диетах, где Вы находили информацию о них?

- консультировался/лась с диетологом
- прочитал/ла о диете в Интернете
- узнал/ла от родственников или друзей
- разрабатывал/ла ее сам/а

37. Удалось ли Вам достичь желаемого веса, «сидя» на диете?

- да
- скорее да
- скорее нет
- нет
- затрудняюсь ответить

38. Удалось ли Вам удержать полученный вес после прекращения диеты?

- да
- нет
- затрудняюсь ответить

39. Имеются ли у Вас следующие заболевания и симптомы?

- гипертоническая болезнь
- сахарный диабет
- хронический холецистит (камни в желчном пузыре)
- боли в суставах
- нарушения менструального цикла
- инфаркт миокарда
- инсульт

40. Имеются ли у Ваших ближайших родственников следующие заболевания?

- гипертоническая болезнь
- сахарный диабет
- хронический холецистит (камни в желчном пузыре)
- боли в суставах
- нарушения менструального цикла
- инфаркт миокарда
- инсульт

41. Считаете ли Вы, что Вам необходимо похудеть?

- да
- скорее да
- скорее нет
- нет
- затрудняюсь ответить

42. Пили ли Вы когда-нибудь таблетки или другие лекарственные средства при похудении?

- да
- нет

43. Если пили, то как Вы о них узнали?

- консультировался/лась с диетологом
- прочитал/а о них в Интернете
- узнал/ла от родственников и друзей
- увидел/ла их рекламу по телевидению, услышал/ла по радио
- затрудняюсь ответить

44. Как бы Вы оценили эффект употребляемых Вами лекарственных средств для похудения?

- положительный и долговременный
- положительный, но кратковременный
- эффекта не было