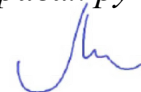


ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР
ТЕРАПИИ И ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ» МИНИСТЕРСТВА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

На правах рукописи



Лопатина Мария Владимировна

**Комплексная система оценки грамотности в вопросах профилактики,
лечения неинфекционных заболеваний и укрепления здоровья населения**

14.02.03 – Общественное здоровье и здравоохранение

Диссертация

на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Научный руководитель:

доктор медицинских наук, профессор,

член-корреспондент РАН

Драпкина Оксана Михайловна

Москва – 2021

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	4
ГЛАВА 1. СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ ГРАМОТНОСТИ В ВОПРОСАХ ЗДОРОВЬЯ (обзор литературы).....	14
1.1. Понимание и определение термина «грамотность в вопросах здоровья».....	14
1.2. Трудности перевода термина «health literacy».....	21
1.3. Грамотность в вопросах здоровья на глобальной повестке дня.....	23
1.4. Грамотность в вопросах здоровья и неинфекционные заболевания.....	25
1.5. Подходы к измерению грамотности в вопросах здоровья.....	28
1.6. Меры политики по повышению грамотности в вопросах здоровья.....	31
1.7. Оценка мероприятий по повышению грамотности в вопросах здоровья.....	33
ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	36
2.1. Этапы организации и схема исследования.....	36
2.2. Методическая основа выбора детерминант для анализа.....	46
2.3. Инструменты для оценки грамотности в вопросах здоровья.....	50
ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ АДАПТАЦИИ ИНСТРУМЕНТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	53
3.1. Результаты адаптации вопросника HLS ₁₉ –Q.....	53
3.2. Результаты адаптации теста NVS.....	59
3.3. Психометрические характеристики инструментов.....	61
ГЛАВА 4. РЕЗУЛЬТАТЫ ПОПУЛЯЦИОННОГО ИССЛЕДОВАНИЯ.....	62
4.1. Демографические и социально-экономические характеристики участников исследования.....	63
4.2. Уровень общей грамотности в вопросах здоровья.....	64
4.3. Детерминанты общей грамотности в вопросах здоровья.....	69
4.4. Грамотность в вопросах здоровья и образ жизни.....	76
4.5. Грамотность в вопросах здоровья и состояние здоровья.....	78

4.6. Грамотность в вопросах здоровья и использование медицинских услуг.....	84
4.7. Функциональная грамотность в вопросах здоровья.....	86
4.8. Источники информации о здоровье.....	87
4.9. Грамотность в вопросах здоровья и социальная поддержка.....	88
4.10. Грамотность в вопросах вакцинации.....	89
Глава 5. АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ В СРАВНЕНИИ С МЕЖДУНАРОДНЫМИ ИССЛЕДОВАНИЯМИ.....	93
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	102
ВЫВОДЫ.....	105
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.....	107
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ.....	118
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	119
ПРИЛОЖЕНИЕ А. Акты внедрения.....	138
ПРИЛОЖЕНИЕ Б. Глобальный глоссарий.....	144
ПРИЛОЖЕНИЕ В. Вопросник HLS ₁₉ -Q22-RU_Russian.....	147
ПРИЛОЖЕНИЕ Г. Тест NVS-RUS.....	150
ПРИЛОЖЕНИЕ Д. Демонстрационные карточки для интервьюеров.....	152

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования

Основные неинфекционные заболевания (НИЗ) – сердечно-сосудистые, онкологические, сахарный диабет и хронические респираторные заболевания – занимают лидирующие позиции в структуре заболеваемости и смертности населения [Масленникова Г.Я., Оганов Р.Г. и др., 2016; ВОЗ, 2015]. Растущее бремя НИЗ представляет большую опасность для здоровья и благополучия населения мира [Бойцов С.А., Драпкина О.М. и др., 2021]. В Российской Федерации (РФ) по официальным данным за 2018 год, несмотря на успехи по снижению смертности от основных НИЗ, она остается на высоком уровне и составляет 67,6% от общей смертности населения [Стратегия формирования здорового образа жизни населения, профилактики и контроля неинфекционных заболеваний на период до 2025 года <https://gnicpm.ru/articles/speczialistam-articles/strategiya-formirovaniya-zdorovogo-obraza-zhizni-naseleniya-profilaktiki-i-kontrolya-neinfekzionnyh-zabolevanij-na-period-do-2025-goda.html>].

К факторам риска (ФР) НИЗ относятся формы поведения, поддающиеся изменению, такие как вредное употребление алкоголя и курение, низкая физическая активность и нездоровое питание, которые повышают риск возникновения и развития НИЗ [ВОЗ, 2020; Баланова Ю.А., Капустина А.В., Шальнова С.А., 2020]. Поведенческие ФР обуславливают до 49,0% смертности от НИЗ в РФ [Soshnikov S.S., Madyanova V.V., Khalfin R.A., 2021]. В этой связи встает необходимость формирования здорового поведения или культуры ответственного отношения граждан к своему здоровью, что является важным приоритетом в обеспечении здоровья и благополучия граждан РФ и закреплено в поправке к статье 72 Конституции РФ [Новый текст Конституции РФ с поправками, 2020]. В этом важную роль играет изучение и повышение грамотности населения в вопросах здоровья, которая признана на глобальном уровне одной из важнейших детерминант здоровья [ВОЗ, 2016; Лопатина М.В., Драпкина О.М., 2018].

Грамотность в вопросах здоровья (ГЗ) или health literacy (англ.) тесно связана с общей грамотностью и включает в себя знания, мотивацию и навыки поиска, понимания, оценки и использования информации для принятия решений в повседневной жизни в контексте лечения, профилактики заболеваний и укрепления здоровья для поддержания и улучшения качества жизни на протяжении всего жизненного цикла человека [Sørensen K. et al., 2015; Лопатина М.В., Попович М.В., 2018].

Таким образом, ГЗ является актуальной проблемой здравоохранения, а ее комплексная оценка обеспечивает эффективную разработку мер политики и практики профилактики, контроля НИЗ и укрепления здоровья [Pelikan J.M., Ganahl K., 2017].

Степень разработанности темы исследования

Первое европейское исследование по измерению ГЗ, проведенное в восьми странах в 2009-2012 годах, с помощью стандартизованного вопросника Европейского исследования грамотности в вопросах здоровья (HLS-EU-Q), выявило, что 47,6% населения Европы обладают низким или недостаточным уровнем ГЗ [Pelikan J.M., Ganahl K., 2017; Kickbusch I. et al., 2013].

Также в европейском исследовании использовался широко признанный в мире тест Newest Vital Sign (NVS) по оценке функциональной ГЗ, который позволяет быстро и объективно оценивать навыки чтения, понимания и счета на основании информации о здоровье [Sørensen K. et al., 2015; Rowlands G., 2013].

Многочисленные исследования показывают, что недостаточный уровень ГЗ связан с поведенческими факторами риска НИЗ, что, в свою очередь, способствует возникновению НИЗ и повышенному риску преждевременной смерти [Levin-Zamir D. et al., 2016; Berens E-M. et al., 2016; Duong T.V. et al., 2017].

Измерение ГЗ с применением международных инструментов позволяет получить данные, сравнимые на международном уровне, выявлять уязвимые группы населения и влияющие на это детерминанты и, что очень важно, давать количественную оценку эффективности предпринимаемых мер по повышению

ГЗ, профилактики и контроля НИЗ и укрепления здоровья [Pelikan J.M. et al., 2018; <http://euro.who.int>].

В отечественной литературе наблюдается разнообразие терминов, относящихся к понятию «health literacy» [Сырцова Л.Е., Абросимова Ю.Е., Лопатина М.В., 2016]. Анализ отечественных публикаций на данную тему выявил богатый опыт изучения отдельных компонентов ГЗ [Амлаев К.Р. и др., 2020; Шальнова С.А. и др., 2018; Шамалов Н.А., 2018; Бубнова М.Г., 2016; Бойцов С.А., 2015; Калинина А.М. и др., 2015; Зелионко А.В., 2014], но в основном данная проблема изучается в медицинском контексте или в отдельных группах населения, а комплексных популяционных исследований, включающих как медицинский, профилактический, так и контекст укрепления здоровья, сравнимых на международном уровне, обнаружено не было. Помимо этого, отечественные данные по данной теме в недостаточной степени представлены в зарубежной литературе, что ограничивает представление об изучении и разработанности данной темы в РФ за рубежом [Лопатина М.В., Драпкина О.М., 2018].

Анализ региональных программ укрепления общественного здоровья (ОЗ) в 43 субъектах РФ выявил необходимость разработки единых измеримых индикаторов, позволяющих оценивать эффективность мер по просвещению населения в отношении профилактики, лечения НИЗ и укрепления здоровья.

Все вышеизложенное определило актуальность данного исследования и послужило основанием для его проведения.

Цель исследования – разработать комплексную систему оценки грамотности в вопросах профилактики, лечения неинфекционных заболеваний и укрепления здоровья населения в возрасте 18 лет и старше.

Задачи исследования

1. Провести анализ отечественной и зарубежной литературы по терминологии, методическим подходам к измерению ГЗ, мерам по ее повышению и оценке их эффективности.

2. Адаптировать инструментарий для измерения и оценки ГЗ: международный вопросник HLS₁₉-Q и NVS тест.

3. Оценить уровни грамотности в вопросах профилактики, лечения НИЗ и укрепления здоровья среди населения ≥ 18 лет в трех регионах РФ и определить влияние демографических и социально-экономических характеристик населения на уровень грамотности в вопросах здоровья.

4. Выявить влияние уровня ГЗ на состояние здоровья, поведение населения в отношении здоровья и на использование услуг системы здравоохранения.

5. Изучить функциональную грамотность в вопросах здоровья.

6. Разработать методические рекомендации и предложения по мерам, направленным на изучение и повышение ГЗ.

Научная новизна исследования

- выбран и научно обоснован термин «грамотность в вопросах здоровья», который отражает суть современного понимания концепции «health literacy», методы ее измерения и комплексной оценки на популяционном уровне;

- адаптирован и использован международный инструментарий для измерения и оценки ГЗ: вопросник HLS₁₉-Q и тест NVS для российской популяции, с помощью которых впервые изучена общая и функциональная ГЗ и получены данные, сопоставимые на международном уровне;

- изучен и оценен уровень грамотности в вопросах здоровья населения в трех субъектах РФ – Новосибирской области, Республике Карелия и Республике Татарстан и выявлены затруднения в отношении информации по профилактике и лечению заболеваний и сложности в навыках оценки и использования информации о здоровье;

- выявлен социальный градиент грамотности в вопросах здоровья: наиболее уязвимые группы населения, которые сталкиваются с наибольшими трудностями в отношении информации о здоровье;

- установлена и изучена ассоциация грамотности населения в вопросах здоровья с их состоянием здоровья, поведением в отношении здоровья и

использованием услуг системы здравоохранения: частотой обращений в скорую помощь, к врачам и госпитализаций.

- разработана комплексная система оценки грамотности в вопросах профилактики, лечения неинфекционных заболеваний и укрепления здоровья на популяционном уровне, на основании результатов которой сформированы научно-обоснованные рекомендации о мерах повышения ГЗ на разных уровнях.

Теоретическая и практическая значимость работы

- перевод англоязычного термина «health literacy» на русский язык – «грамотность в вопросах здоровья» принят ВОЗ в качестве единого перевода на русский язык во всех официальных документах;

- адаптированный русскоязычный вопросник HLS₁₉-Q22-RU_Russian и тест NVS-RUS приняты международным научным консорциумом Сети ВОЗ M-POHL в качестве официальных русскоязычных инструментов и размещены на официальном сайте Сети;

- проведена комплексная оценка ГЗ в популяции трех субъектов РФ, позволяющая формировать научно-обоснованную информационную политику и практику профилактики и контроля неинфекционных заболеваний, и укрепления здоровья населения;

- разработанный вопросник HLS₁₉-Q22-RU_Russian на русском языке использован в популяционных исследованиях по изучению ГЗ в Казахстане и среди русскоязычного населения в Германии и США;

- зарегистрирована база данных (свидетельство о государственной регистрации базы данных №2020622569) «Оценка ГЗ на популяционном уровне лиц старше 18 лет» для дальнейшего распространения и использования полученного опыта в других субъектах РФ;

- подготовлены методические рекомендации по измерению и повышению грамотности в вопросах профилактики, лечения заболеваний и укрепления здоровья населения 18 лет и старше в РФ и утверждены на заседании Ученого

совета ФГБУ «НМИЦ терапии и профилактической медицины» Минздрава России (Протокол №8 от 21.09.2021 г.).

Методология и методы исследования

Кросс-секционное популяционное исследование на случайной репрезентативной выборке населения в возрасте 18 лет и старше в трех субъектах Российской Федерации проводилось методом личных интервью в домохозяйствах при помощи адаптированной версии международного вопросника HLS₁₉-Q22-RU. При адаптации вопросника были использованы методы фокус-группы и экспертной оценки. Уровни ГЗ изучались при помощи стандартизованных индексов в трех сферах (профилактика, лечение заболеваний, укрепление здоровья) и четырех этапов обработки информации (поиск, понимание, оценка и использование). Были сформированы четыре уровня ГЗ: низкий, проблематичный, достаточный, отличный. Проводился частотный анализ и применен критерий хи-квадрат для определения значимости различий между переменными. Корреляционный анализ использовался для изучения ассоциаций ГЗ с демографическими и социально-экономическими характеристиками населения, поведением в отношении здоровья (курение, употребление алкоголя, физическая активность, употребление овощей и фруктов), состоянием здоровья (самооценка здоровья, индекс массы тела, хронические заболевания и ограничения, вызванные ими), использованием услуг системы здравоохранения (частотой обращений в скорую помощь, к врачам и частотой госпитализаций), функциональной ГЗ и регрессионный анализ для определения силы взаимосвязи выбранных детерминант в качестве предикторов ГЗ. Оценка внутренней согласованности и надежности инструментов осуществлялась с помощью коэффициент Альфа Кронбаха, а также проводился факторный анализ для валидации теста NVS-RUS. Статистическая обработка данных была произведена с помощью программного обеспечения «SPSS 23.0 for Windows» и «MS Excel 2016».

Основные положения, выносимые на защиту

1. Перевод «грамотность в вопросах здоровья» отражает суть современной концепции «health literacy», а выбранные международные методы измерения позволяют проводить комплексную оценку ГЗ населения в возрасте 18 лет и старше на популяционном уровне и получать данные, сравнимые на международном уровне.

2. Адаптированный вопросник HLS₁₉-Q-RU_Russian и тест NVS-RUS по измерению и оценке грамотности в вопросах здоровья являются надежными инструментами для проведения высококачественных исследований в российской популяции.

3. В целом уровень грамотности в вопросах здоровья представляется достаточным (61,1%) в изученной популяции трех субъектов РФ, при этом выявлена группа населения (38,9%), чей уровень грамотности в вопросах здоровья является низким или проблематичным. Уровни ГЗ статистически значимо зависят от демографических и социально-экономических характеристик населения, таких как финансовые ограничения, положение в обществе, возраст и уровень образования, что позволило выявить уязвимые группы населения.

4. Выявлена статистически значимая ассоциация ГЗ с частотой физической активности и употребления овощей и фруктов, с самооценкой здоровья и наличием одного и более хронических заболеваний, а также с частотой вызовов скорой помощи, обращений к врачам и госпитализаций. На основе многофакторного анализа построены прогностические модели, которые позволили сформировать предложения, направленные на повышение грамотности населения в вопросах здоровья.

5. Оценка функциональной ГЗ с помощью теста NVS-RUS выявила, что 40,6% респондентов в общей выборке имеют высокую статистически значимую вероятность ($p < 0,001$) ограниченной функциональной ГЗ и коррелируют с результатами измерения общей ГЗ с помощью вопросника HLS₁₉-Q-RU_Russian.

Внедрение результатов исследования в практику

Полученные результаты исследования внедрены в работу с населением в регионах-участниках исследования – ГКУЗ «Региональный центр общественного здоровья и медицинской профилактики» Новосибирской области, Республиканский центр общественного здоровья медицинской профилактики ГБУЗ «Городская поликлиника № 1» Республики Карелия, ГАУЗ «Республиканский центр общественного здоровья и медицинской профилактики» Республики Татарстан, что подтверждено актами внедрения (Приложение А).

Результаты исследования используются переводческой службой ВОЗ и включены в международный отчет Сети действий ВОЗ, который представляет научно-обоснованную основу развития и повышения грамотности в вопросах здоровья в Европейском регионе ВОЗ и способствует укреплению потенциала грамотности в вопросах здоровья на международном уровне, что также подтверждено актами внедрения.

Материалы исследования включены в опубликованное руководство для Центров общественного здоровья и медицинской профилактики «Укрепление общественного здоровья и медицинская профилактика» под редакцией О.М. Драпкиной и О.О. Салагая (Москва, 2021), которое используется как медицинскими специалистами, так и экспертами в области профилактики НИЗ и укрепления здоровья на территории РФ.

Личный вклад автора

Автору принадлежит ведущая роль в актуализации, постановке и анализе проблемы: проведен анализ современной отечественной и зарубежной литературы. Диссертант лично осуществлял планирование, организацию и проведение исследования: составлен дизайн исследования, проведена адаптация методологии и инструментов исследования, разработана электронная база ввода данных, также автором лично проведены очные тренинги интервьюеров и супервайзеров в каждом регионе-участнике, разработаны инструкции и памятки, а также подготовлен видео-тренинг для интервьюеров. Автор самостоятельно

провел анализ и интерпретацию полученных результатов, при этом координируя проводимую работу с международным научным консорциумом на каждом этапе исследования. Диссертантом были сформулированы научно-обоснованные выводы и практические рекомендации, а также подготовлен ряд публикаций, включая зарубежные.

Связь работы с научными программами

Диссертационная работа выполнена в рамках государственного задания ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России №АААА-А19-119020590038-6.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности

Научные положения диссертации соответствуют паспорту научной специальности 14.02.03 – Общественное здоровье и здравоохранение.

Результаты проведённого исследования соответствуют области исследования специальности, конкретно пунктам 1, 2, 3, 9 паспорта специальности общественное здоровье и здравоохранение.

Степень достоверности

Достоверность результатов исследования основывается на достаточном объеме материала, использовании современных методов исследования, применения корректных методов статистической обработки данных, комплексном анализе предмета исследования, международной экспертизе полученных данных, совпадении результатов анализа данных с результатами международного координационного центра исследования.

Апробация результатов исследования

Материалы диссертационного исследования представлены на Международной научно-практической конференции «Неинфекционные заболевания и здоровье населения России» (г. Москва, 2020 г., 2021 г.), IV Всероссийском форуме по общественному здоровью (г. Москва, 2020 г.), 16-м Всемирном конгрессе по общественному здоровью (г. Рим, Италия, 2020 г.), Неделе технологий укрепления общественного здоровья (г. Москва, 2021 г.), 11-й Европейской конференции по укреплению здоровья (г. Жирона, Испания, 2021 г.),

Глобальном саммите по грамотности в вопросах здоровья (г. Тайбэй, Тайвань, 2021 г.).

Публикации

По теме диссертации опубликовано 14 печатных работ, включая 8 статей в журналах, индексируемых в международных базах данных (Scopus), а также в иных изданиях 3 статьи и 3 материалы конференций.

Структура диссертации

Диссертация изложена на 155 листах компьютерной верстки с приложениями на 17 страницах. Состоит из введения, пяти глав – обзора литературы, материалов и методов исследования, результатов и обсуждения, выводов, практических рекомендаций и списка литературы, включающего 166 источников, из них 135 – иностранных. Работа иллюстрирована 21 таблицей и 24 рисунками.

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

1.1. Понимание и определение термина «грамотность в вопросах здоровья»

Впервые термин «health literacy» появился в научной литературе в сфере образования в 1974 г. для описания подходов к обучению на тему здоровья в школьных условиях [Simonds S., 1974]. И только лишь через 40 лет эта концепция получила новый импульс в научных исследованиях, политике и практике [Nutbeam D, 2000]. Количество публикаций по данной теме растет в геометрической прогрессии. Обзор литературы в период с 1998 по 2018 год в базе данных Web of Science зафиксировал общее количество 8656 публикаций [Nutbeam D., 2009]. Так, если в 2014 году было опубликовано 700 статей, то в 2018 году – уже 1200 статей [Van den Broucke S., 2014]. За 2000 г. в базе данных PubMed зафиксировано более 3000 публикаций на тему health literacy.

За все время существования термина было предпринято множество попыток сформулировать определение для данного понятия. По данным обзора, проведенного Sørensen и соавторами в 2012 г., термин «грамотность в вопросах здоровья» насчитывает 17 определений [Sørensen K., 2012]. Несмотря на то, что почти в каждом определении ГЗ существует аспект, связанный с обработкой информации в отношении здоровья, общие теоретические основы зачастую различаются.

Разнообразие определений можно объяснить тем фактом, что ГЗ развивалась в различных направлениях и с разными целями [Okun O., 2019].

Первое определение было сформулировано Комитетом национальных стандартов санитарного просвещения Американской ассоциации общественного здоровья в 1995 году и звучало так: «грамотность в вопросах здоровья – это способность людей получать, интерпретировать и понимать медицинскую информацию и услуги, а также умение использовать эту информацию и услуги с целью укрепления здоровья» [Okun O., 2019]. В 1998 году ВОЗ определила

грамотность в вопросах здоровья как «когнитивные и социальные навыки, которые определяют мотивацию и способность людей получать доступ, понимать и использовать информацию, способствующую поддержанию хорошего здоровья» [Nutbeam D., 1998; Лопатина М.В., Драпкина О.М., 2018].

За последние два десятилетия концептуальный взгляд на понятие вышел за рамки индивидуального подхода и перешел в социальный контекст, влияющий на отношения и взаимодействие между людьми и социальные услуги для поддержания и улучшения здоровья [Parker R.M., Ratzan S.C., 2010].

В результате анализа и обобщения существующих определений Европейский консорциум по ГЗ сформулировал самое комплексное на сегодняшний день определение, которое объединяет как индивидуальные навыки, так и социальный контекст:

«Грамотность в вопросах здоровья тесно связана с общей грамотностью и включает в себя знания, мотивацию и навыки поиска, понимания, оценки и использования информации для принятия решений в повседневной жизни в контексте лечения, профилактики заболеваний и укрепления здоровья для поддержания и улучшения качества жизни на протяжении всего жизненного цикла человека» [Sørensen K., 2012; Лопатина М.В., Драпкина О.М., 2019].

В современном понимании ГЗ представляет собой ряд повседневных навыков, которые обеспечивают человеку лучший контроль за своим здоровьем даже при отсутствии заболеваний и более полноценное участие в жизни общества [Nutbeam D., 2000]. В соответствии с такими навыками были выделены три основных типа ГЗ:

Функциональная ГЗ представляет навыки использования информации об определенных рисках для здоровья, медицинских услугах, а также о соблюдении рекомендаций по управлению здоровьем и заболеваниями. К таким навыкам или повседневным функциям относятся чтение, понимание и расчеты на основании информации о здоровье. Данный вид грамотности представляет собой результат некоторых форм просвещения и обучения пациентов, как правило, проводимых

в клинических условиях. Как правило такие программы не предполагают коммуникации и не способствуют развитию навыков оценки и принятия решений в отношении здоровья [Nutbeam D., 2010; Лопатина М.В., Попович М.В., 2019].

Интерактивная ГЗ включает навыки, которые необходимы для поиска и понимания информации о здоровье из разных источников, а также для ее применения в различных жизненных ситуациях и обстоятельствах. Такой тип ГЗ является результатом информационно-просветительских программ, которые ориентированы на развитие навыков принятия решений и действий на основании полученной информации о здоровье. Мероприятия, направленные на повышение такого типа ГЗ, как правило, носят интерактивный характер и проводятся в системе образования (например, уроки здоровья в школах, интерактивные веб-сайты) [Nutbeam D., 2010; Лопатина М.В., Попович М.В., 2019].

Критическая ГЗ представляет собой когнитивные навыки, которые способствуют критическому анализу информации о здоровье из различных источников и ее применения с целью контроля здоровья и заболеваний, а также принятия решений. Мероприятия по повышению критической ГЗ включают развитие этих навыков не только в отношении информации о рисках для здоровья, но также о социальных, экономических и экологических факторах, влияющих на здоровье [Nutbeam D., 2010; Лопатина М.В., Попович М.В., 2019].

Наряду с развитием понимания термина ГЗ развивался и охват этого понятия, с позиций медицинской ГЗ к позиции общественного здоровья (профилактика заболеваний и укрепление здоровья) [Pelikan J.M., Ganahl K., 2018].

С медицинской (клинической) позиции ГЗ представляется как навыки чтения, счета, которыми обладают отдельные лица как пользователи услуг системы здравоохранения для выполнения разных задач в этой сфере. В этом контексте медицинские организации и медицинские специалисты способствуют выявлению и устранению преград на пути оказания медицинской помощи

пациентам [Mancuso J.M., 2009]. Сюда также входит и приверженность пациентов к лечению, способность выполнять рекомендации врача, а также самостоятельно контролировать состояние своего здоровья и образ жизни [Paasche-Orlow M.K., Wolf M.S., 2007].

В данном контексте ГЗ может рассматриваться как фактор риска, влияющий на распространенность и исход заболеваний [Nutbeam D., 2000]. Исследования показывают, что низкий уровень грамотности в вопросах здоровья ведет к менее здоровому образу жизни и поведению, ухудшению здоровья, меньшему контролю за здоровьем и большему количеству госпитализаций [Friis K. et al., 2016; Aaby A. et al., 2017].

С позиции общественного здоровья, ГЗ является ценным качеством, необходимым для здорового образа жизни, которое можно укрепить посредством общественной деятельности и активности в сообществе. Также она является определяющим фактором высокого статуса здоровья и благополучия [Сводный доклад №65 Сети фактических данных по вопросам здоровья, 2019; Nutbeam D., 2010; Friis K., 2016]. Мероприятия по повышению ГЗ с позиций общественного здоровья могут проводиться в самых разных условиях в контексте повседневной жизни людей, которые способствуют развитию навыков не только понимания информации о здоровье, но также оценке и принятию решения для укрепления здоровья [Сводный доклад №65 Сети фактических данных по вопросам здоровья, 2019; Aaby A., Friis K. et al., 2017].

С этой точки зрения ГЗ можно рассматривать в качестве ресурса, определяющего результаты мероприятий по укреплению здоровья, такие как знания, отношение, мотивация, поведенческие намерения, личные навыки и самоэффективность в отношении здоровья [Freedman D.A. et al.; Nutbeam D., 2008].

Концепция цифровой грамотности в вопросах здоровья становится все более популярной ввиду стремительного изменения средств информационного

взаимодействия в условиях развития цифровой среды и технологий [Сводный доклад №65 Сети фактических данных по вопросам здоровья, 2019].

Электронные источники информации на сегодняшний день являются основным ресурсом для поиска информации о здоровье и на медицинские темы [Digital Health Literacy for NCDs, 2017; Conard S., 2019; Norman C.D., Skinner H.A., 2006]. Цифровая грамотность в вопросах здоровья понимается как «способность искать, находить, понимать и оценивать информацию о здоровье при помощи электронных источников, а также применять полученные знания для решения проблем со здоровьем» [Norman C.D., Skinner H.A., 2006].

Грамотность в вопросах психического здоровья

Данная концепция представляет собой отдельное направление ГЗ и понимается как знания, убеждения людей в отношении психических расстройств, что способствует их признанию, профилактике или контролю [Сводный доклад №65 Сети фактических данных по вопросам здоровья, 2019; Jorm A.F. et al., 1997]. Также это понятие включает способность сохранять и укреплять психическое здоровье, а также обращаться за психологической помощью к специалистам [Сводный доклад №65 Сети фактических данных по вопросам здоровья, 2019; Kutcher S. et al., 2015].

Грамотность в вопросах здоровья на уровне организаций

Как правило, к организациям, которые способствуют повышению ГЗ как своих сотрудников, так и посетителей / клиентов / пациентов, относятся медицинские организации [Parker R.M., Hernandez L.M., 2012; Rudd R. et al., 2006]. В последнее время такие подходы используются не только в медицинских организациях [Lloyd J.E. et al., 2018; Brach C., 2017], но также и в образовательных учреждениях и в рабочих коллективах [Kickbusch I. et al., 2013]. Такие организации способствуют выявлению и устранению препятствий в поиске, понимании и применении информации людьми с разными уровнями ГЗ и потребностями [Pelikan J.M., 2019; Trezona A. et al., 2017; Farmanova E. et al., 2018]. Наиболее широко и комплексно программы ГЗ на организационном

уровне применяются в Австралии [Trezona A. et al., 2017], странах Европы [Pelikan J.M., 2019; Dietscher C. et al., 2017,] и в Соединенных Штатах Америки (США) [Brach C., 2017; Brach C. et al., 2012].

Грамотность в вопросах вакцинации

Доказано, что вакцинация защищает от инфекционных заболеваний и предотвращает неблагоприятные последствия для здоровья и смертность [Ratzan S.C., Parker R., 2020]. По оценкам ВОЗ вакцинация ежегодно спасает от 4 до 5 миллионов жизней во всем мире [ВОЗ, 2019]. Обеспечение высокого уровня охвата вакцинацией требует высокого уровня доверия общества к программам вакцинации. Однако, как показывают исследования, доверие к вакцинации снизилось во всем мире, что приводит к увеличению отсрочки вакцинации или отказу, несмотря на доступность услуг по вакцинации [de Figueiredo A. et al., 2020].

Так, исследование в 149 странах показало высокую долю сомнения респондентов в отношении безопасности и эффективности вакцинопрофилактики [de Figueiredo A. et al., 2020]. Поэтому нерешительность и сомнения в отношении вакцинации является насущной проблемой общественного здоровья и представляет все большую проблему для системы здравоохранения [Troiano G., Nardi A., 2021; ВОЗ, 2019]. Исследование также показывает, что доверие общества к вакцинации значительно коррелирует с доверием врачей к вакцинам: в странах, где врачи больше доверяют вакцинации, население также доверяет больше [de Figueiredo A. et al., 2020; Troiano G., Nardi A., 2021].

Информация о вакцинах часто бывает очень сложной, не всегда простой для понимания, труднодоступной и сталкивается с огромным количеством предвзятой и односторонней информации, которая распространяется в основном через цифровые средства массовой информации (СМИ) [Lorini C. et al., 2018; Rowlands G., 2014]. Хотя эти каналы информации (интернет, социальные сети) используются сторонниками вакцинации, они также служат площадкой для

противников вакцинации для распространения дезинформации [Dubé E. et al., 2014; Puri N. et al., 2020]. Поэтому высокий уровень грамотности в вопросах вакцинации является предпосылкой для оценки и повышения уровня доверия, качества информации и компетентности в определении ложной информации [Lorini C. et al., 2018; Wang Q. et al., 2018].

Помимо этого, для системы здравоохранения важную роль играют такие направления, как навигационная ГЗ и коммуникационная ГЗ с врачами.

Навигационная ГЗ включает в себя знания, мотивацию и навыки поиска, понимания, оценки и использования информации для ориентирования (навигации) в системе и услугах здравоохранения и получения наиболее подходящей медицинской помощи для себя или своих близких [Griese L. et al., 2020; Лопатина М.В., Драпкина О.М., 2019].

Развитие науки и техники привели к высокой специализации методов оказания медицинской помощи, предоставили новые возможности в медицине и здравоохранении, но при этом увеличили количество вариантов и возможных решений, которые должны быть приняты пациентами и их родственниками [Berens E.M. et al., 2018]. В то же время системы здравоохранения стали более сложными, что привело к более высоким требованиям к навигации и взаимодействию с поставщиками медицинских услуг, что касается таких навыков, как [Ørtenblad L. et al., 2018]: ориентироваться в большом спектре медицинских услуг, специалистов и учреждений; знать права и обязанности врачей и пациентов; действовать таким образом, чтобы медицинская помощь оказывалась своевременно и эффективно.

Однако, пациентам не всегда удается соответствовать этим современным требованиям. В случае, когда такие навыки недостаточны, ощутимы негативные последствия как для самих пациентов, так и для системы здравоохранения [Groene R.O., Rudd R.E., 2011].

Коммуникационная ГЗ пациентов с врачами имеет решающее значение для активного участия пациентов в общении по вопросам здоровья с медицинскими

специалистами, понимания предоставленной информации и ее использования для управления здоровьем и заболеванием. Система здравоохранения играет важную роль в повышении уровня ГЗ населения [Lawson P. J., Flocke S.A., 2009]. Коммуникация в сфере здравоохранения относится к не только к личному общению между врачом и пациентом, а также включает телефонные и видео консультации [Chen X. et al. 2018]. Коммуникация при оказании медицинской помощи и участие пациентов в оказании медицинской помощи были признаны важной составляющей ГЗ, а также фактором, определяющим успешное лечение заболеваний и результаты мероприятий по укреплению здоровья [Van der Heide et al., 2018; Amalraj et al., 2009]. Однако, как показали результаты европейского исследования HLS-EU, практически все системы здравоохранения нуждаются в улучшении коммуникации между врачом и пациентом [Sørensen K. et al., 2015]. Этот акцент на коммуникации становится все более важным в связи с изменениями в роли пациентов, такими как потребность в более активном участии пациентов и совместном принятии решений [Elwyn et al., 2016; Meijers et al., 2019].

1.2. Трудности перевода термина «health literacy»

Обсуждая понимание и охват термина «health literacy», важно также затронуть проблему перевода. С лингвистической точки зрения, термин подразумевает множество интерпретаций, основанных на понимании двух отдельных слов health - «здоровье» и literacy - «грамотность», которые могут по-разному применяться в различных условиях [Okan O. et al., 2019; UNESCO, 2006]. На практике оказалось, что, когда эти два слова соединяются вместе в один термин, перевод вызывает трудности [Sørensen K., Brand H., 2013]. Нами был проведен обзор переводов термина «health literacy» на разные языки мира и их значений и составлен первый глобальный глоссарий по грамотности в вопросах здоровья [Приложение А]. Так, «грамотность» в некоторых языках используется как «компетенция», «способность», «знания». В некоторых

странах, например, во Франции и Республике Молдова «health literacy» переводится как «культура здоровья». Анализ существующих переводов термина в различных странах мира и наличие в этих странах разработанных и принятых мер политики выявил ассоциацию, что принятый термин влияет на интеграцию понятия грамотности в вопросах здоровья и принятие мер на национальном уровне [Sørensen K., Brand H., 2013].

Анализируя существующие публикации на русском языке по ГЗ, нами был сделан вывод, что наблюдается широкое разнообразие и некоторая путаница в переводе термина и его использовании на русском языке [Сырцова Л.Е. и др., 2016]. Обзор русскоязычных источников литературы позволил выявить 8 вариантов перевода данного понятия: 1) медицинская грамотность, 2) медико-санитарная грамотность, 3) санитарная грамотность, 4) грамотность в вопросах здоровья, 5) компетентность в вопросах здоровья, 6) комплаентность в вопросах здоровья, 7) гигиеническое просвещение, 8) санитарное просвещение [Сырцова Л.Е. и др., 2016]. Например, в русскоязычной версии документа ВОЗ «Health Literacy: The Solid Facts», 2014 термин «health literacy» переведен как «санитарная грамотность» [Kickbusch I. et al., 2013], а в Шанхайской декларации ВОЗ по укреплению здоровья, 2016 термин переводится «медико-санитарная грамотность» [Сырцова Л.Е. и др., 2016; ВОЗ, 2016].

Анализ публикаций на данную тему выявил богатый опыт изучения отдельных компонентов грамотности в вопросах здоровья, например, «приверженность к здоровому образу жизни» [Шальнова С.А. и др., 2018], «информированность / осведомленность» [Бойцов С.А. и др., 2013; Шамалов Н.А. и др., 2018], «профилактическая активность» [Калинина А.М. и др., 2015], «медицинская информированность» [Зелионко А.В. и др., 2015], «медицинская грамотность будущих матерей» [Якушина И.И., Ильченко И.Н., 2018] и многие другие.

Корректность этих вариантов перевода термина на русский язык представляется ограниченной ввиду отсутствия в них слова «здоровье», которое

является ключевым в концепции термина «health literacy». Такие варианты перевода затрудняют развитие концепции в ее современном понимании, сужая ее влияние. Понятия «медицинская / санитарная грамотность» относятся в основном к медицинскому контексту и относятся только к вопросам системы здравоохранения, в то время как современная концепция ГЗ намного шире и касается вопросов здоровья, справедливости и качества жизни в контексте повседневных ситуаций в отношении здоровья, с которыми сталкиваются люди. В результате проведенного анализа был выбран термин «грамотность в вопросах здоровья», научно обоснован и предложен в ВОЗ в качестве единого перевода термина, соответствующего современному пониманию концепции ГЗ. Предложенный вариант перевода был принят переводческой службой ВОЗ и включен в глоссарий терминов общественного здоровья и официальные документы ВОЗ на русском языке, что позволило учесть все необходимые аспекты укрепления здоровья в контексте Целей устойчивого развития.

1.3. Грамотность в вопросах здоровья на глобальной повестке дня

В 2014 г. в рамках Генеральной Ассамблеи Организации объединенных наций (ООН) по оценке прогресса, достигнутого в профилактике и борьбе с НИЗ, правительства стран приняли обязательство «...продолжить в надлежащих случаях разработку, укрепление и осуществление многопрофильных государственных стратегий и планов действий, способствующих просвещению и повышению грамотности в вопросах здоровья, делая при этом особый акцент на группы населения с низким уровнем грамотности в вопросах здоровья» [ООН, 2014; Лопатина М.В., Драпкина О.М., 2018].

Поворотным моментом в развитии ГЗ на глобальном уровне в качестве приоритетного направления ВОЗ с целью достижения Целей устойчивого развития (ЦУР) на период до 2030 г. стала проведенная в 2016 г. 9-я Глобальная конференция по укреплению здоровья в Шанхае [ВОЗ, 2016; Лопатина М.В.,

Драпкина О.М., 2018], где была принята Шанхайская декларация по укреплению здоровья, в которой говорится следующее:

— ГЗ расширяет права и возможности отдельных граждан и способствует их участию в совместных мероприятиях по укреплению здоровья;

— высокий уровень ГЗ лиц, принимающих решения, способствует реализации их твердых намерений оказывать воздействие на здоровье, обеспечивать взаимные преимущества и принимать эффективные меры в отношении детерминант здоровья;

— в основе ГЗ лежит всеобщий и справедливый доступ к качественному образованию и обучению на протяжении всей жизни. ГЗ должна стать неотъемлемой частью навыков и знаний, приобретаемых на протяжении жизни, в первую очередь, в рамках школьной программы [Лопатина М.В., Драпкина О.М., 2018].

В Шанхайской декларации ГЗ признана в качестве одной из критически важных детерминант здоровья и государства-члены призываются разрабатывать и внедрять межсекторальные национальные и местные стратегии по повышению ГЗ во всех группах населения, использовать цифровые технологии и способствовать тому, чтобы окружение способствовало здоровому выбору людей через политику ценообразования, прозрачную информацию и ясную маркировку [ВОЗ, 2016; Лопатина М.В., Драпкина О.М., 2018].

Также на глобальном уровне ГЗ рассматривается с позиций равенства и учета принципа справедливого доступа к информации о здоровье для всех групп населения [Batterham R.W. et al., 2017] и входит в целый ряд политических документов: программа Европейской комиссии «Вместе за здоровье» [Лопатина М.В., Драпкина О.М., 2019; Quaglio G. et al., 2017], Вильнюсская декларация 2013 г. в отношении устойчивых систем здравоохранения [Лопатина М.В., Драпкина О.М., 2019; Vilnius Declaration, 2013], Рижская дорожная карта 2015 г. [Riga Roadmap, 2015], документ Европейского регионального бюро ВОЗ «Санитарная грамотность: убедительные факты» (Health Literacy: the solid facts)

[Kickbusch I. et al., 2013; <https://www.euro.who.int/en>], «Дорожная карта для Европейского региона ВОЗ по реализации инициатив в сфере развития грамотности в вопросах здоровья на всех этапах жизни», принятая на 69-й сессии Европейского регионального комитета ВОЗ в сентябре 2019 г. [ВОЗ, 2019].

ГЗ имеет важное значение в профилактике и контроле НИЗ [Drapkina O.M. et al., 2019], что, в частности, отражено в многочисленных политических документах, таких как политическая декларация третьего совещания высокого уровня Генеральной ассамблеи по профилактике НИЗ и борьбе с ними [ООН, 2011; Лопатина М.В., Драпкина О.М., 2018], «Дорожная карта Монтевидео на 2018–2030 гг. по НИЗ» [ВОЗ, 2017; Лопатина М.В., Драпкина О.М., 2019], доклад ВОЗ «Время выполнять обещания» (It's time to walk the talk) 2020 г. [ВОЗ, 2018], Женевская хартия по благополучию населения, принятая в рамках 10-й Глобальной конференции по укреплению здоровья в декабре 2021 г., признающая ГЗ в качестве одной из основ обеспечения устойчивого благополучия и принципа справедливости для создания безопасных, здоровых и устойчивых городов и поддержки людей, в особенности уязвимых групп населения, в принятии обоснованных решений в отношении здоровья и улучшения поведения, связанного с обращением за медицинской помощью [ВОЗ, 2021].

Кроме того, ВОЗ рассматривает ГЗ в качестве одного из важнейших компонентов анализа влияния поведенческих и культурных факторов на здоровье. Данный подход изучает стимулы и препятствия к ведению здорового образа жизни с целью разработки политических мер, ориентированных на нужды людей, а также механизмы, которые позволят им сделать свой образ жизни более здоровым [ВОЗ, 2020].

1.4. Грамотность в вопросах здоровья и неинфекционные заболевания

Основные четыре типа неинфекционных заболеваний (сердечно-сосудистые, онкологические, хронические респираторные заболевания и сахарный диабет) занимают лидирующие позиции в структуре заболеваемости и

смертности населения и представляют угрозу для социально-экономического развития в мире [ВОЗ, 2021].

В РФ, несмотря на успехи по снижению смертности населения от основных НИЗ, она остается на высоком уровне и составляет 67,6% от общей смертности [<https://gnicpm.ru/articles/speczialistam-articles/strategiya-formirovaniya-zdorovogo-obraza-zhizni-naseleniya-profilaktiki-i-kontrolya-neinfekcionnyh-zabolevanij-na-period-do-2025-goda.html>].

Результаты популяционного исследования «Эпидемиология сердечно-сосудистых заболеваний и их факторов риска в регионах Российской Федерации» (ЭССЕ-РФ) [Шальнова С.А. и др., 2018] показывают значимую распространенность факторов риска НИЗ у населения РФ [Баланова Ю.А. и др., 2014]. Так, распространенность курения составила 23,5%, употребление алкоголя – 73,2% умеренно и 3,8% – избыточно, недостаточное употребление свежих овощей и фруктов – 41,9%, а распространенность недостаточной физической активности – 38,8% [Баланова Ю.А. и др., 2014].

Многочисленные исследования продемонстрировали роль ГЗ в отношении основных неинфекционных заболеваний [Aaby A. et al., 2017; Friis K. et al., 2016; Perrenoud B. et al., 2015; Friedman D.B., Hoffman-Gotz L., 2008]. В частности, ГЗ играет важную роль в управлении хроническими заболеваниями [Sørensen K. et al., 2015; Pelikan J.M., Ganahl K., 2017; Pelikan J.M. et al., 2018; Paasche-Orlow M.K. et al., 2007]. Взгляд на профилактику и лечение хронических заболеваний через «призму» грамотности в вопросах здоровья несет понимание сложностей и препятствий, с которыми люди сталкиваются при возникновении НИЗ и с пониманием того, как управлять ими, чтобы улучшить свое состояние и расширить свои возможности [Marmot M. et al., 2008]. Управление хроническим заболеванием требует навыков навигации (ориентирования) в системе здравоохранения, заполнения форм, поиска и обмена информацией, поиска и выбора медицинских специалистов и услуг [Tsoh J.Y. et al., 2016], приверженности к терапии и приему лекарств [Kalichman S.C. et al., 1999].

Зачастую в применении этих навыков посредническую роль играет наличие социальной поддержки, а именно друзей, семьи, соседей, членов сообщества, к которым человек может обратиться в сложной ситуации за психологической, физической и финансовой помощью [Kickbusch I. et al., 2013].

Исследования показывают ассоциацию ГЗ с воспринимаемой социальной поддержкой и их влияние на хронические неинфекционные заболевания [Gottlieb В.Н., Bergen А.Е., 2010]. Так, люди с лучшей социальной поддержкой с меньшей вероятностью имеют НИЗ и лучше оценивают свое здоровье [Newsom J.Т., Schulz R., 1996; White А.М. et al., 2009; Uchino В.Н., 2006]. Люди с лучшей социальной поддержкой ведут более здоровый образ жизни, лучше соблюдают режим лечения, физической активности, режим питания и легче отказываются от курения [Uchino В.Н., 2006]. Стоит отметить, что эффект от социальной поддержки различается в зависимости от возраста, пола, социально-экономического статуса человека и социальных отношений [Uchino В.Н., 2004].

Ряд популяционных исследований продемонстрировали ассоциации между низким уровнем ГЗ с плохими показателями здоровья, более низкой самооценкой здоровья [Sørensen K. et al., 2012; Berkman N.D. et al., 2011], менее эффективным использованием услуг системы здравоохранения [Vandenbosch J. et al., 2016] и с основными факторами риска возникновения НИЗ, в частности, в основном с нерациональным питанием и недостаточной физической активностью [Sørensen K. et al., 2012; Friis K. et al., 2016], то есть образом жизни людей [Drapkina O.M. et al., 2019]. Таким образом, повышение ГЗ представляет собой развитие у людей способности не только понимать, но и действовать в соответствии с информацией об образе жизни и улучшать навыки управления здоровьем для снижения риска возникновения хронических заболеваний и лучшего управления ими, если они возникнут.

Также была выявлена ассоциация между культурой и грамотностью в вопросах здоровья при хронических заболеваниях на всех этапах жизни [Willis J., 2012; Levin-Zamir D. et al., 2017]. В профилактике хронических заболеваний

культура человека является решающим фактором образа жизни, в частности, питания, физической активности и употребления табака [Levin-Zamir D. et al., 2017]. Такие задачи могут быть особенно сложными для иммигрантов при переезде в другую страну с новой системой здравоохранения, а зачастую и с новой культурой [Levin-Zamir D., Willis J., 2012]. Языковые барьеры и социальные трудности, с которыми они сталкиваются, часто усугубляются культурными особенностями, экономическими проблемами и ограниченным доступом к услугам здравоохранения [Kostareva U. et al., 2020]. Для того, чтобы выявлять эти проблемы, необходимо регулярно измерять ГЗ на популяционном уровне в разных группах населения с целью выявления и сокращения социального неравенства.

1.5. Подходы к измерению грамотности в вопросах здоровья

Измерение грамотности в вопросах здоровья является основой при планировании вмешательств по повышению ГЗ и улучшения здоровья населения, а также основой политики здравоохранения, направленной на конкретные характеристики населения [Pelikan J.M. et al., 2020].

Измерение грамотности в вопросах здоровья способствует выявлению конкретных групп населения и соответствующих областей для улучшения за счет существующей потребности в поддержке в доступе, понимании, оценке или применении информации о здоровье [Dietscher C. et al., 2019].

Существует база данных инструментов «Health Literacy Tool Shed», которая на сегодняшний день насчитывает 217 инструментов для измерения и оценки ГЗ [https://gnicpm.ru/wp-content/uploads/2020/08/ukreplenie_obsh_zd.pdf] и включает как оригинальные инструменты, так и переведенные, и адаптированные [Hongyan L. et al., 2018]. При этом ни одного инструмента на русском языке обнаружено не было [Лопатина М.В. и др., 2019].

В литературе часто обсуждается вопрос оптимального количества вопросов в инструменте по измерению ГЗ [Okan O. et al., 2019]. Первоначальный интерес

к изучению ГЗ в медицинском контексте повлиял на разработку большого количества коротких инструментов, которые используют клиницисты в повседневной практике [Hongyan L. et al., 2018; Nutbeam D., 2015].

Но, как правило, такие инструменты недостаточны для изучения ГЗ на популяционном уровне [Pelikan J.M. et al., 2020].

В результате развития комплексных подходов к изучению ГЗ появились такие инструменты, как например, вопросник первого популяционного исследования по измерению ГЗ в Европе (European Health Literacy Survey Questionnaire, HLS-EU-Q) [Sørensen K. et al., 2013] и в Австралии (Health Literacy Questionnaire, HLQ) [Osborne R.H. et al., 2013; Лопатина М.В. и др., 2019].

Еще одним вопросом, вызывающим дискуссии в научной литературе, является выбор объективной или субъективной оценки ГЗ.

Обзор существующих инструментов по измерению ГЗ на популяционном уровне показал, что большинство из них используют методы субъективной оценки, то есть измеряют ГЗ в форме вопросов-задач по самооценке навыков в отношении здоровья [Лопатина М.В. и др., 2019].

В ряде исследований утверждается, что инструменты, использующие субъективный метод, не дают комплексной оценки ГЗ и с большей вероятностью оценивают самооэффективность респондентов [Pleasant A., 2014; Chinn D., McCarthy, 2013].

Другие же утверждают, что субъективные методы измерения не менее важны, чем объективные [Easton P. et al., 2013]. В частности, они позволяют избежать стигматизации, которая возникает при объективной оценке у респондентов с низким уровнем ГЗ, поскольку они могут испытывать стеснение и дискомфорт в отношении своих недостаточно развитых навыков в отношении информации о здоровье [Easton P. et al., 2013; Лопатина М.В. и др., 2019]. Комбинация обоих методов может стать эффективным подходом к более глубокому и всестороннему изучению ГЗ [Лопатина М.В. и др., 2019].

Первое популяционное европейское исследование по ГЗ (HLS-EU) включало как субъективную оценку с помощью вопросника (HLS-EU-Q), так и объективную с помощью теста Newest Vital Sign (NVS), позволяя изучить поведение в отношении информации о здоровье в тех или иных жизненных ситуациях [Sørensen K. et al., 2013]. Объективная оценка при помощи теста NVS позволяет изучить функциональные навыки применения информации о здоровье в повседневной ситуации на примере расчета нутриентов на упаковке мороженого [Weiss B.D. et al., 2005; Лопатина М.В. и др., 2019].

Тем не менее, научное сообщество едино во мнении, что современные инструменты для измерения ГЗ должны оценивать различные когнитивные и социальные навыки и способности для принятия решений и применения в различных обстоятельствах [Haun J. et al., 2014; Jordan J.E. et al., 2011; Hongyan L. et al., 2018].

Анализ показал, что большинство из существующих инструментов изучают такие основные навыки обработки информации о здоровье как поиск, понимание, анализ и использование [Лопатина М.В. и др., 2019].

При всем разнообразии различных инструментов по измерению и оценке ГЗ, наблюдается тенденция к разработке и использованию коротких версий вопросников [Лопатина М.В. и др., 2019].

Отдельно нами был проведен анализ существующих инструментов по изучению функциональной грамотности в вопросах здоровья [Лопатина М.В. и др., 2020]. В ходе анализа был выявлен наиболее популярный инструмент тест NVS, который позволяет изучать навыки чтения, интерпретации текста, расчетов и дальнейшего использования информации на примере данных нутриентного профиля с упаковки мороженого. Тест занимает всего 3 минуты и доказал свою пригодность в разных группах населения, был переведен на 9 языков, валидирован и используется в ряде стран не только в медицинском контексте, но и на популяционном уровне [Лопатина М.В. и др., 2019].

С целью проведения регулярных измерений и мониторинга уровня ГЗ населения, под эгидой ВОЗ в 2018 г. была создана сеть действий по измерению грамотности в вопросах здоровья на уровне популяций и организаций (Measuring Population and Organizational Health Literacy, M-POHL) [Dietscher C. et al., 2019; Lopatina et al., 2019], призванная обеспечивать государства-члены качественными, сравнимыми на международном уровне данными с целью разработки политики и практики повышения ГЗ, основанных на научно-доказательной базе. В Сеть ВОЗ вошли 24 страны, включая Российскую Федерацию [Лопатина М.В. и др., 2019]. В рамках данной Сети научный консорциум обновил и доработал инструмент, разработанный ранее в рамках первого европейского исследования, и в 2019 г. была создана его современная версия HLS₁₉-Q [Лопатина М.В. и др., 2021].

1.6. Меры политики по повышению грамотности в вопросах здоровья

Имеющиеся данные свидетельствуют о том, что меры политики по повышению ГЗ создают благоприятные условия и способствуют расширению прав и возможностей населения, профилактике, контролю НИЗ и укреплению здоровья, а также сокращению социальной несправедливости, особенно в отношении уязвимых групп населения [ВОЗ, 2016; Лопатина М.В., Драпкина О.М., 2018].

Обзор литературы на английском языке по странам показывает, что помимо текущих усилий, направленных на повышение ГЗ в Европе, Северной Америке и Австрало-азиатском регионе, в Африке практически нет работ, очень мало на Ближнем Востоке, в Индии и Южной Америке, а также очень мало в России и странах Восточной Европы [Pleasant A., 2013].

Проведенный обзор и анализ существующих мер политики, национальных стратегий и программ, направленных на повышение ГЗ выявил, что из 194 государств-членов ВОЗ в 10 странах разработана национальная стратегия / программа по ГЗ: Австралия, Германия, Ирландия, Канада, Китай, Новая

Зеландия, Сингапур, Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии, Соединенные Штаты Америки, Таиланд, а в 9 странах ГЗ включена в национальную стратегию по профилактике и контролю НИЗ: Австралия, Австрия, Бутан, Гана, Китай, Мьянма, Непал, Швейцария, Франция [Лопатина М.В., Драпкина О.М., 2018].

В некоторых странах ГЗ включена в национальные программы или планы действий по отдельным НИЗ, например, по сердечно-сосудистым заболеваниям (Нидерланды) или сахарному диабету (Япония, Камерун), для отдельных групп населения (в Германии – для пожилых людей и молодежи, в Швеции и Австрии – для иммигрантов) [Лопатина М.В., Драпкина О.М., 2018].

Данный обзор мер политики позволил выявить общие характеристики существующих национальных программ по повышению ГЗ населения:

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

2. ГЗ представляет собой результат целенаправленных действий по снижению факторов риска НИЗ, укреплению здоровья и непосредственное вовлечение населения в разработку и реализацию этих мер.

3. Национальные программы за редким исключением включают оценку эффективности предпринимаемых мер и проведение регулярного мониторинга уровня ГЗ населения, что является пробелом в существующих программах.

4. Вовлечение всех заинтересованных сторон в повышение ГЗ и обеспечение межсекторального сотрудничества происходит путем создания национальных сетей или альянсов по ГЗ [Лопатина М.В., Драпкина О.М., 2018].

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

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

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

1.7. Оценка мероприятий по повышению грамотности в вопросах здоровья

В рамках подготовки сводного отчета Сети ВОЗ нами был проведен систематический обзор литературы «Обзор имеющихся фактических данных о методах, механизмах и показателях, используемых для оценки стратегий, программ и мероприятий в сфере развития грамотности в вопросах здоровья на региональном, национальном и организационном уровнях» [Rowlands G. et al., 2019].

В обзор литературы на английском, французском, немецком и испанском языках был добавлен анализ литературы на русском языке в базах данных Медиафера, E-Library и в базе медицинской библиотеки. Из 584 отобранных статей только 4 соответствовали всем критериям включения, то есть содержали оценку эффективности проводимых программ и мероприятий по повышению ГЗ в опубликованных исследованиях [Rowlands G. et al., 2019].

В целом, по результатам систематического обзора, из 81 отобранного исследования 24 (30%) включали оценку эффективности той или иной программы или мероприятия по ГЗ, а в 57 (70%) исследований отмечено использование экспериментальных методов изучения влияния проводимых мероприятий на уровень ГЗ населения. Такие исследования, как правило, проводятся в системе здравоохранения и образования [ВОЗ, 2019 <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/330365/9789289054690-rus.pdf>].

Исследования, которые включали оценку эффективности предпринимаемых мер на уровень личной ГЗ, как правило, использовали

количественные методы с применением инструментов по измерению и оценке ГЗ для изучения изменений в знаниях, поведении и навыках в отношении информации о здоровье.

При оценке мероприятий по повышению ГЗ на популяционном уровне использовались смешанные методы, включающие как опросы населения, так и фокус-группы. Например, это могло включать изучение уровня удовлетворенности респондентов программой или мероприятием; оценку преимуществ и недостатков и препятствий на пути реализации программ по ГЗ [ВОЗ, 2019 <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/330365/9789289054690-rus.pdf>]. Четыре из изученных исследований включали экономическую оценку эффективности реализуемых программ по повышению ГЗ.

Программы, направленные на улучшение взаимодействия пациентов с поставщиками медицинских услуг, включали такие аспекты, как оценка приверженности терапии и соблюдение режима приема лекарств, изменения в поведении и образе жизни, изменения в доступе к услугам, коммуникация с медицинскими специалистами и доверие к ним. В отношении оценки мер, направленных на изучение грамотности в вопросах здоровья на уровне медицинских и образовательных организаций, включались такие индикаторы как практика и уверенность врачей в применении подходов к пациентам с разным уровнем ГЗ; уровень знаний и осведомленности медицинских работников / учителей в отношении ГЗ и навыков коммуникации; оценка компетентности учителей / персонала в отношении применения практики повышения ГЗ [ВОЗ, 2019, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/330365/9789289054690-rus.pdf>].

Оценка программ и мероприятий по повышению ГЗ часто осуществлялась в рамках межсекторального взаимодействия, наиболее распространенными из которых были сотрудничество научных учреждений со школами, сообществами и службами здравоохранения.

Анализ существующих препятствий на пути реализации программ по повышению ГЗ включал оценку временных и финансовых ограничений, навыков и способностей персонала, методы сбора данных и проведения исследований. В качестве содействующих факторов оценивались такие индикаторы, как инструкции и инструменты оценки, четкое распределение обязанностей и ресурсов при проведении оценки, регулярный мониторинг для своевременного выявления областей, которые требуют улучшения [ВОЗ, 2019 <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/330365/9789289054690-rus.pdf>].

Резюме

Анализ научной литературы по изучаемой теме продемонстрировал актуальность данной проблемы как для России, так и во многих странах мира, показав особую важность темы грамотности в вопросах здоровья в контексте профилактики и контроля неинфекционных заболеваний и позволив выявить современные направления развития, инструменты для оценки и подходы к измерению. В ходе анализа было выявлено разнообразие переводов, относящихся к термину «health literacy» и обозначен наиболее подходящий вариант перевода на русский язык – «грамотность в вопросах здоровья», который в наилучшей степени отражает суть современной концепции.

В Российской Федерации не проводились исследования по грамотности в вопросах здоровья, позволяющие получать данные, сравнимые на международном уровне. В этой связи, представилось ценным и актуальным изучить и описать зарубежный опыт комплексной оценки ГЗ и принимаемых мер политики и практики, направленных на повышение грамотности в вопросах здоровья, а также, что очень важно, методы оценки их эффективности.

ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1. Этапы организации и схема исследования

Данное исследование являлось одномоментным и при его проведении был использован адаптированный для российской популяции международный вопросник HLS₁₉-Q-22-RU_Russian [Лопатина М.В. и др., 2021].

Были выбраны три субъекта РФ с различными демографическими и социально-экономическими характеристиками: Новосибирская область, Республика Карелия и Республика Татарстан. Предмет исследования – уровень грамотности в вопросах здоровья. Объект исследования – случайная репрезентативная выборка населения в возрасте ≥ 18 лет, составившая 6550 человек. Объем и методы исследования представлены в таблице 2.1. Схема исследования представлена на рисунке 2.1.

Таблица 2.1. – Объем и методы исследования

Цель исследования – разработать комплексную систему оценки грамотности в вопросах профилактики, лечения неинфекционных заболеваний и укрепления здоровья населения в возрасте 18 лет и старше		
Задачи	Источники информации, объем исследования	Методы исследования
1. Провести анализ отечественной и зарубежной литературы по терминологии, методическим подходам к измерению ГЗ, мерам по ее повышению и оценке их эффективности.	127 научные публикации по теме диссертации, из них 20 – российские источники, 107 – зарубежные	контент-анализ, аналитический
2. Адаптировать инструментарий для измерения и оценки ГЗ: международный вопросник HLS ₁₉ -Q и NVS тест.	Вопросник HLS ₁₉ -Q и тест NVS	фокус-группа, экспертное мнение, опрос, статистический, аналитический
3. Оценить уровни грамотности в вопросах профилактики, лечения НИЗ и укрепления здоровья среди населения ≥ 18 лет в трех регионах РФ и определить влияние демографических и социально-экономических характеристик населения на уровень грамотности в вопросах здоровья.	Анкета HLS ₁₉ -Q_RU и тест NVS-RUS (6550 анкет), демонстрационные карточки – приложение Б, В, Г	социологический, статистический, аналитический
4. Выявить влияние уровня ГЗ на состояние здоровья, поведение населения в отношении здоровья и на использование услуг системы здравоохранения.	База данных исследования (5660)	статистический, аналитический
5. Изучить функциональную грамотность в вопросах здоровья.	База данных исследования (5660)	статистический, аналитический
6. Разработать методические и практические рекомендации по мерам, направленным на изучение и повышение ГЗ.	Материалы и результаты исследования	аналитический, метод экспертных оценок



Рисунок 2.1 — Схема исследования

На первом этапе с использованием информационно-аналитического метода:

- Проведен анализ источников литературы отечественных и зарубежных авторов по теме ГЗ;
- Изучено понимание и определение термина «грамотность в вопросах здоровья», а также трудности его перевода;
- ГЗ представлена с позиций глобальной политической повестки дня, и ее роль в снижении бремени неинфекционных заболеваний;
- Проанализированы международные подходы к измерению ГЗ, а также разработанные меры политики и программы по повышению грамотности в вопросах здоровья и методы оценки их эффективности;
- Составлена программа и дизайн исследования, определены план сбора материала и базы исследования для каждого этапа, выбран статистический инструментарий.

Второй этап включал адаптацию международного вопросника HLS₁₉-Q и теста NVS.

Международный научный консорциум сети действий ВОЗ M-POHL в рамках проекта HLS₁₉ доработал инструмент, который использовался ранее в первом европейском исследовании HLS-EU-Q, и в 2019 г. была создана его обновленная версия – вопросник HLS₁₉-Q [Лопатина М.В. и др., 2021]. Вопросник измеряет четыре навыка обработки информации: поиск, понимание, критическая оценка и применение в трех сферах: лечение, профилактика заболеваний и укрепление здоровья. Инструмент включает 47 основных вопросов и ряд дополнительных. Также существуют сокращенные версии, состоящие из 22 и 12 основных вопросов по ГЗ. В российском исследовании была использована сокращенная версия, включающая 22 основных вопроса и 49 дополнительных – HLS₁₉-Q22-RU_Russian [Руководство для Центров общественного здоровья и медицинской профилактики, 2021]. Дополнительные вопросы позволяют изучать детерминанты, влияющие на уровень ГЗ (пол, возраст, уровень образования, положение в обществе и финансовые

ограничения, миграционный статус), поведение в отношении здоровья (курение, употребление алкоголя, физическая активность и употребление овощей и фруктов), состояние здоровья (самооценка здоровья, хронические заболевания и ограничения, вызванные заболеваниями) и использование услуг системы здравоохранения (частота вызовов скорой помощи, посещений врача-терапевта и врачей других специальностей, частота госпитализаций) [Руководство для Центров общественного здоровья и медицинской профилактики, 2021]. Дополнительно был включен блок вопросов теста по изучению функциональной грамотности в вопросах здоровья – тест NVS, позволяющий проводить быструю оценку навыков чтения, письма и счета, которые необходимы человеку для эффективного принятия решений в отношении здоровья в повседневных ситуациях за 3 минуты по нутриентному профилю на этикетке мороженого.

Процедура адаптации вопросника основывалась на международном стандарте исследования, использовала качественные и количественные методы и включала четыре этапа:

1. Перевод инструментов

С целью верификации корректности перевода применялся двухэтапный метод – прямой перевод с английского на русский язык и обратный перевод двумя независимыми профессиональными переводчиками [Лопатина М.В. и др., 2021].

2. Фокус-группа

Для оценки применимости адаптированных инструментов была проведена фокус-группа. Набор участников для фокус-группы осуществлялся методом целенаправленной выборки [Sury H., 2011], при которой отбираются специально характеризующиеся представители населения. Критерии включения: мужчины и женщины в возрасте от 18 до 74 лет без медицинского образования [Лопатина М.В. и др., 2021]. В результате, была отобрана группа из 12 человек. Участники подписали информированное согласие на обработку персональных данных, а затем ответили на вопросы анкеты, отмечая, понятен или не понятен вопрос.

После чего им было предложено высказать свое мнение о структуре, ясности и содержании вопросника [Лопатина М.В. и др., 2021]. Характеристики участников фокус-группы приведены в таблице 2.2.

Таблица 2.2 – Характеристика участников фокус-группы

Пол	Возраст	Образование	Сфера деятельности	Место жительства
Ж	18	Законченное среднее	Учащийся	Город
М	21	Незаконченное высшее	Учащийся	Город
М	33	Профессиональное техническое	Безработный	Город
Ж	36	Законченное высшее	Работник частного сектора	Город
М	38	Незаконченное высшее	Предприниматель. Самозанятый	Город
Ж	40	Законченное высшее	Государственный служащий	Город
М	41	Законченное высшее	Предприниматель	Город
Ж	50	Законченное высшее	Предприниматель	Город
Ж	52	Законченное высшее	Предприниматель	Город
М	66	Законченное высшее	Предприниматель пенсионер	Село
М	72	Профессиональное техническое	Пенсионер	Город
Ж	70	Профессиональное техническое	Пенсионер	Село

3. Экспертная оценка

После фокус-группы вопросник был доработан с учетом комментариев респондентов, были проведены консультации с девятью экспертами по общественному здоровью, научными сотрудниками НМИЦ ТПМ и экспертная оценка вопросника по двум критериям: 1) число вопросов; 2) содержание вопросов: насколько вопросы понятны и применимы для российской популяции. С этой целью для экспертной оценки была подготовлена онлайн-форма, позволяющая экспертам ответить на вопросы и оставить комментарии.

4. Тестирование вопросника

Доработанный в результате фокус-группы и экспертной оценки вариант вопросника был протестирован с использованием метода целенаправленной выборки, чтобы гарантировать равное распределение участников с точки зрения возраста, пола и образования. Тестирование включало в себя проведение 50

личных интервью на улице и в торговых центрах. Характеристика участников тестирования вопросника представлена в таблице 2.3.

Таблица 2.3 – Характеристика участников тестирования вопросника

пол	мужской 12 женский 38
возраст	18 – 65 среднее значение - 42,8
образование	65% законченное высшее 18% незаконченное высшее 15% профессиональное техническое 2% законченное среднее
занятость	60% работающий 12% учащийся 28% неработающий

Третий этап включал формирование выборки. Стратифицированная многоступенчатая случайная выборка была сформирована по территориальному принципу с использованием базы данных адресов прикрепленного населения по методу Киша [Kish L., 1949].

Объем выборки рассчитывался по формуле, рекомендованной Hulley S.B. и коллегами [Hulley S.B. et al., 2013]:

$$N = 4Z\alpha^2P(1-P)/(W^2), \text{ где}$$

N – размер выборочной совокупности;

Z – уровень доверия (выбрано значение $Z=2$ при 95% доверительного интервала CI);

P – ожидаемая доля распределения исследуемого признака (для расчетов выбрано значение $P=0,5$, что позволило получить максимально возможную величину степени вариации распределения признака и, таким образом, наибольшее значение объема выборки);

$P(1-P)$ – степень вариации распределения;

W – ширина доверительного интервала (для расчетов выбрано значение $W=0,1$ для обеспечения наибольшего значения объема выборки);

Стандартное нормальное отклонение для α рассчитывалось по формуле $\alpha = (1-CI)/2$, где CI – доверительный интервал 95 %.

Таким образом, при минимальном объеме выборки 1500 участников 95% доверительный интервал для распространенности показателя покрывает истинное значение с погрешностью меньше 2,5 процентных пунктов. В этом случае, выборка является представительной для населения каждого региона (Новосибирская область – 2500, Республика Татарстан – 2500, Республика Карелия – 2000), и по полученным на ней данным можно судить о ситуации в каждом из субъектов-участников исследования [Лопатина М.В. и др., 2021].

Примененный метод многоступенчатой выборки основывался на методических рекомендациях «Эпидемиологический мониторинг факторов риска хронических неинфекционных заболеваний в практическом здравоохранении на региональном уровне» [Баланова Ю.А. и др., 2016] и включал три этапа:

1. Составлен список всех лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) в каждом регионе, из которых случайно отобраны 13 ЛПУ (с учетом доли лиц, проживающих в селе) для регионов с населением 1,5-5 млн человек и 10 ЛПУ – с населением менее 1,5 млн человек;

2. Затем в каждом ЛПУ случайным образом отбирались 4 терапевтических участка;

3. На каждом из четырех терапевтических участков случайным образом отбирались 25 домохозяйств [Баланова Ю.А. и др., 2016].

В зависимости от численности населения в каждом из регионов были отобраны $13 \times 4 \times 24 = 1248$ домохозяйств, или ~2500 человек из расчета двух человек, проживающих в одном домохозяйстве (для Новосибирской области и республики Татарстан) и $10 \times 4 \times 25 = 1000$ домохозяйств или 2000 человек (для республики Карелия). Таким образом, в трех субъектах РФ было отобрано 7000 единиц наблюдения.

Число обследованных респондентов в каждом регионе-участнике исследования являлось представительным для популяции каждого региона (Новосибирская область (N=2447), Республика Карелия (N=1800), Республика Татарстан (N=2303)).

На четвертом этапе проводились тренинги интервьюеров и супервайзеров.

В каждом регионе-участнике исследования было проведено очное обучение супервайзеров и интервьюеров с целью подготовки к проведению интервью и заполнению анкеты и использования демонстрационных карточек [Руководство для Центров общественного здоровья и медицинской профилактики, 2021].

Пятый этап включал непосредственно популяционное исследование.

Сбор данных проходил в период с ноября по декабрь 2019 г. методом личных интервью в домохозяйствах, проводимых подготовленными интервьюерами. Перед началом опросов были проведены информационные кампании в СМИ и социальных сетях с целью привлечения населения к участию и разъяснения важности участия граждан в данном исследовании [Руководство для Центров общественного здоровья и медицинской профилактики, 2021]. Алгоритм проведения интервью в домохозяйстве также основывался на методических рекомендациях «Эпидемиологический мониторинг факторов риска хронических неинфекционных заболеваний в практическом здравоохранении на региональном уровне» [Баланова Ю.А. и др., 2016] и включал следующие этапы:

- 1) В каждом домохозяйстве интервьюер уточнял, сколько человек старше 18 лет проживает в домохозяйстве, отмечал пол и возраст;
- 2) Если в домохозяйстве проживало более одной семьи, обследовалась та семья, в которой старший из членов семьи имеет самую раннюю дату рождения по дню и месяцу рождения [Баланова Ю.А. и др., 2016];

3) В случае, если жители домохозяйства отказывались от участия в исследовании, интервьюер предлагал другой удобный день и время для визита или отмечал отказ в журнале [Баланова Ю.А. и др., 2016].

4) Если на момент визита никого не было дома, интервьюер уточнял информацию у соседей и осуществлял повторный визит.

Критерии включения: члены домохозяйства в возрасте 18 лет и старше обоого пола, проживающие в данной квартире / доме (без учета прописки/регистрации человека в данном домохозяйстве).

Критерии невключения: лица, находящиеся в тюрьмах, стоящие на учёте в психоневрологических диспансерах, мигранты/иностранные граждане, не говорящие на русском языке.

Все участники исследования подписывали информированное согласие на проведение исследования, а также оставляли контактные номера телефонов с целью проведения выборочного контроля качества проведения опроса. Участие в исследовании было добровольным.

Интервьюерам на местах помогали волонтеры студенты-медики – всероссийское движение, имеющее представительство во всех регионах, в единой и узнаваемой населением форме.

Ответы респондентов вводились в единую базу данных. На еженедельной основе осуществлялся мониторинг проведения опроса в каждом субъекте. Интервьюеры давали обратную связь по ходу проведения опроса, а также была создана система вопрос-ответ в режиме онлайн.

Шестой этап включал обработку и анализ полученных результатов.

Полученный массив данных был очищен и осуществлена процедура взвешивания данных на основании информации территориальных органов Федеральной службы государственной статистики в каждом из субъектов-участников исследования [Росстат] на момент 01.01.2019 г. по трем параметрам: пол, возраст, место проживания (город/село) как представлено в таблице 2.4.

Таблица 2.4 – Структура населения старше 18 лет с распределением по полу, возрасту и месту проживания согласно официальным статистическим данным трех субъектов-участников исследования

Показатели	Республика Карелия	Новосибирская область	Республика Татарстан
пол			
мужчины	216753 (44,1%)	1 003556 (45,3%)	1 376960 (44,9%)
женщины	274746 (55,9%)	1 212158 (54,7%)	1 685467 (55,0%)
оба пола	491499	2 215714	3 062427
возрастные группы			
18 - 25	38465 (7,8%)	185645 (8,4%)	263056 (8,7%)
26 - 35	84801 (17,3%)	458732 (20,7%)	643257 (21,0%)
36 - 45	95210 (19,4%)	439408 (19,8%)	552027 (18,0%)
46 - 55	81225 (16,6%)	335037 (15,1%)	483562 (15,8%)
56 - 65	94457 (19,3%)	392083 (17,7%)	564822 (18,4%)
66 - 75	59402 (12,1%)	239730 (10,8%)	313485 (10,2%)
76 +	37939 (7,7%)	165079 (7,55%)	242218 (7,9%)
место проживания			
город	396640 (81,0%)	1765098 (79,7%)	2335766 (76,27%)
село	94859 (19,0%)	450616 (20,3%)	726661 (23,73%)

При обработке материала исследования, составления базы данных и сводных таблиц использовались статистические методы.

Статистический анализ фактического материала проводился с использованием прикладных статистических программ SPSS Version 23.0 (for Windows, Statistics Package for Social Science, SPSS Inc., США), Microsoft Excel 2010. Применяли методы дескриптивной и аналитической статистики.

Для анализа ассоциации показателей грамотности в вопросах здоровья с демографическими и социально-экономическими характеристиками населения проводили частотный анализ (критерий Пирсона χ^2) и корреляционный анализ (коэффициент корреляции Спирмена, корреляция Пирсона χ^2), а также линейную регрессию. Критическим уровнем статистической значимости принимали $p < 0,05$. Анализ внутренней согласованности и надежности вопросника проводился при помощи коэффициента альфа Кронбаха.

На седьмом заключительном этапе на основании полученных данных были сформированы практические предложения для внедрения в практику укрепления общественного здоровья (раздел «Практические рекомендации»).

2.2. Методическая основа выбора детерминант для анализа

Методической основой исследования стала комплексная модель грамотности в вопросах здоровья, разработанная европейским консорциумом HLS-EU [Sørensen K. et al., 2015] (рисунок 2.2).

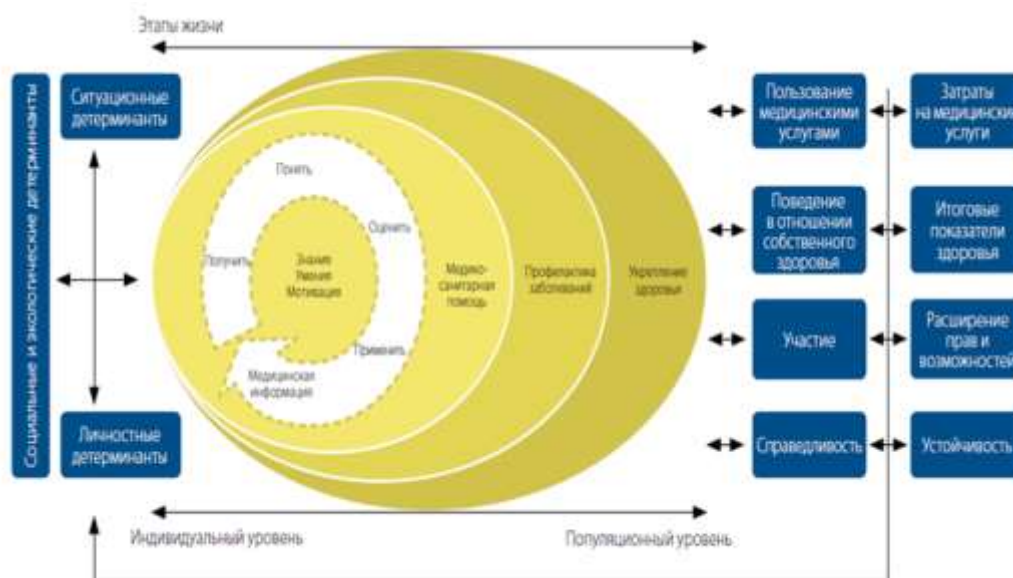


Рисунок 2.2 – Комплексная модель грамотности в вопросах здоровья

Согласно данной модели, индивидуальная (личная) ГЗ находится под влиянием личных детерминант, таких как демографические и социально-экономические факторы с одной стороны (пол, возраст, уровень образования,

миграционный статус) и ситуационные детерминанты с другой. Личная ГЗ, в свою очередь, может напрямую влиять на поведение, связанное со здоровьем и образом жизни, например, потребление табака и алкоголя, физическая активность и питание. Личная ГЗ может иметь прямое и косвенное влияние на показатели состояния здоровья, такие как самооценка здоровья, хронические заболевания и ограничения, вызванные ими. Поведение, связанное с заболеванием, например, частота использования медицинских услуг, может напрямую зависеть от уровня грамотности в вопросах здоровья и косвенно – из-за ее влияния на поведение в отношении здоровья и статус здоровья.

Кроме того, на поведение, связанное со здоровьем, состояние здоровья и поведение, связанное с заболеванием, также могут оказывать влияние личные и ситуационные детерминанты.

Основные вопросы исследования, позволяющие выявить ассоциации между изучаемыми параметрами, включали:

1) Как общая грамотность в вопросах здоровья (измеряется при помощи индекса) или ее отдельные показатели (субиндексы) распределяются среди населения в целом и в отдельных половозрастных группах населения?

2) Насколько общая грамотность в вопросах здоровья ассоциирована в различных половозрастных группах населения с такими социально-экономическими характеристиками как: семейное положение, наличие/отсутствие детей младше/старше 15 лет, уровень образования, статус занятости, наличие/отсутствие образования в области медицины, финансовые ограничения, положение в обществе.

3) Как общая грамотность в вопросах здоровья ассоциирована с поведением в отношении здоровья: употребление табака, употребление алкоголя, физическая активность, употребление овощей и фруктов (как показатель здорового питания);

4) Как общая грамотность в вопросах здоровья ассоциирована с показателями состояния здоровья: самооценка здоровья, хронические

заболевания, ограниченная деятельность по причине длительных проблем со здоровьем, индекс массы тела (ИМТ);

5) Как общая грамотность в вопросах здоровья ассоциирована с использованием медицинской помощи: частотой вызова неотложной медицинской помощи, посещения участкового/ врача-терапевта, посещение различных медицинских специалистов, госпитализации, или с невыходом на работу из-за болезни.

6) Как общая грамотность в вопросах здоровья ассоциирована с источниками информации, к которым население обращается в первую очередь.

7) Уровень функциональной грамотности в вопросах здоровья в разных половозрастных группах населения и как общая грамотность в вопросах здоровья ассоциирована с уровнем функциональной ГЗ.

С этой целью были использованы стандартизованные международные индексы и шкалы, позволяющие обрабатывать и анализировать полученные данные. Индекс общей ГЗ (GEN-HL), включает следующие элементы:

- три индекса – сферы общей ГЗ (GEN-HL): лечение заболеваний (HC-HL), профилактика заболеваний (DP-HL) и укрепление здоровья (HP-HL);

- четыре индекса – способы обработки информации в отношении здоровья: поиск (FHI), понимание (FHI), оценка (JHI), использование (AHI).

Комбинация из 3-х сфер и 4-х способов обработки информации, создает матрицу с 12 ячейками [Руководство для Центров общественного здоровья и медицинской профилактики, 2021] (таблица 2.5).

Для оценки уровня ГЗ использовались стандартизованные международные индексы, разработанные на основе комплексной матрицы ГЗ [Sørensen K. et al., 2015], включающей четыре навыка обработки информации о здоровье (поиск, понимание, оценка и использование) в трех сферах (профилактика, лечение заболеваний и укрепление здоровья).

Таблица 2.5 – Матрица общей грамотности в вопросах здоровья

Общая грамотность в вопросах здоровья		Способы обработки информации в отношении здоровья			
		Поиск информации	Понимание информации	Оценка информации	Использование информации
Сферы общей ГЗ	Лечение заболеваний	Способность найти медицинскую информацию	Способность понять медицинскую информацию	Способность оценить медицинскую информацию	Способность использовать медицинскую информацию
	Профилактика заболеваний	Способность найти информацию о факторах риска	Способность понять информацию о факторах риска	Способность оценить информацию о факторах риска	Способность использовать информацию о факторах риска
	Укрепление здоровья	Способность найти информацию по укреплению здоровья	Способность понять информацию по укреплению здоровья	Способность оценить информацию по укреплению здоровья	Способность использовать информацию по укреплению здоровья

Индексы общей ГЗ, стандартизованные по унифицированным показателям от 0 до 100, рассчитывались как процент ответов при условии, что, по крайней мере, 80% из них считались валидными. Если менее 80% вопросов содержали валидные ответы, устанавливалась оценка «ответ отсутствует». Более высокое значение индекса означало более высокий уровень ГЗ [Pelikan J. et al., 2019]. Таким образом, для анализа были взяты данные только тех анкет, в которых доля пропущенных ответов, необходимых для расчета любого из рассматриваемых индексов, была менее 20% (5660 анкет).

С целью сопоставимости с предыдущим исследованием HLS-EU использовали четыре уровня ГЗ в соответствии с четырьмя предложенными категориями ответов. Например, к категории «низкий уровень» относили респондентов, для которых большинство задач были «сложными» или «очень сложными», причем одна задача в лучшем случае могла оказаться «очень легкой».

По европейской методологии [HLS19 Consortium, 2021] были выделены следующие определения пороговых значений для категориальных уровней ГЗ:

— отличный уровень: ответы «очень легко» — 50 и более, «очень сложно» + «сложно» — менее 8,334, т.е. для отличного уровня число ответов «очень легко» должно быть больше $1/2$, а ответов «очень сложно» + «сложно» — не более $1/12$;

— достаточный уровень: ответы «очень легко» + «легко» — более 83,33, т.е. для достаточного уровня по крайней мере 10 из 12 вопросов должны иметь ответы «очень легко» или «легко» и не более чем 2 из 12 — «очень сложно» или «сложно»;

— проблематичный уровень: все респонденты, не входящие в группы «отличный» и «достаточный» уровень, т.е. после расчета этих двух категорий.

— низкий уровень: ответы «очень легко» — менее 8,334, «очень сложно» и «сложно» — 50 и более, т.е. для низкого уровня число ответов «очень сложно» + «сложно» должно быть больше $1/2$, а для «очень легко» — не более $1/12$.

2.3. Инструменты для оценки грамотности в вопросах здоровья

Оценка ответов производилась по шкале Лайкерта: «очень сложно», «сложно», «легко», «очень легко» и в соответствии с уровнями ГЗ: низкий, проблематичный, достаточный, отличный [Руководство для Центров общественного здоровья и медицинской профилактики, 2021].

Уровень образования оценивался с помощью международной стандартной классификации образования [ЮНЕСКО, 2011], включающей 9 категорий, которые затем были объединены в 5.

Положение в обществе (социальный статус) измерялось при помощи вопроса «По шкале от 1 до 10, где 1 соответствует «самому низкому положению в обществе», а 10 – «самому высокому положению в обществе» скажите, пожалуйста, к какому уровню Вы относите себя?» с применением шкалы Eurobarometer [Sørensen K. et al., 2015].

Уровень финансовых ограничений оценивался косвенно по трем вопросам, изучающих финансовые затраты, связанные со здоровьем. Затем по европейской методологии [HLS19 Consortium, 2021] ответы ранжировались в баллы по шкале, где 0 = нет финансовых ограничений, 33,33 = немного финансовых ограничений, 66,67 = существенные финансовые ограничения, 100 = сильные финансовые ограничения.

Поведение в отношении здоровья изучалось по четырем параметрам: употребление алкоголя / курение / употребление овощей и фруктов / физическая активность. По европейской методологии [HLS19 Consortium, 2021] ответы респондентов в отношении каждого из параметров были преобразованы в порядковые переменные, рассчитанные на основе количественно-частотного подхода и классифицированы по четырем категориям: никогда / время от времени / умеренно / часто.

Оценка состояния здоровья осуществлялась по таким показателям, как самооценка здоровья, наличие/отсутствие хронических заболеваний и ограничений в повседневной жизни, вызванных заболеваниями, а также ИМТ. Для расчета ИМТ от респондентов были получены данные об их росте и весе. ИМТ классифицировался как недостаточный (ИМТ <18,5 кг/м²), нормальный (ИМТ 18,5–25 кг/м²), избыточный (ИМТ 25–30 кг/м²) или ожирение (ИМТ >30 кг/м²).

Самооценка общего состояния здоровья проводилась при помощи вопроса: «Как Вы оцениваете свое текущее состояние здоровья?» и оценивалась по шкале 1=очень хорошее, 2=хорошее, 3 = удовлетворительное, 4 = плохое и 5 = очень плохое.

Использование услуг системы здравоохранения измерялось по четырем показателям: частота обращений в службы неотложной помощи, частота госпитализаций, посещения врача общей практики и других медицинских специалистов за последние 12 месяцев.

В отличие от европейского исследования, которое включало только граждан Европейского Союза, исследование HLS₁₉ включало все постоянно проживающее население, т.е. включало мигрантов и миграционный статус изучался на основании трех вопросов анкеты: (C-DET3: В какой стране Вы родились?, C-DET4: В какой стране родился Ваш отец? и C-DET5: В какой стране родилась Ваша мать?).

Индекс социальной поддержки рассчитывался при помощи стандартизованной шкалы Oslo Social Support Scale (OSSS-3) [Kocalevent R-D. et al., 2018] на основании трех вопросов анкеты (C-SSUP1: Сколько у Вас близких людей, на которых Вы можете рассчитывать, если у Вас возникли серьезные личные проблемы? C-SSUP2: Сколько внимания/интереса люди проявляют по поводу того, чем Вы занимаетесь? C-SSUP3: Насколько Вам легко получить помощь от соседей, если она вам понадобится?). Суммарный балл варьируется от 3 до 14, чем выше балл, тем выше уровень социальной поддержки: 3–8 низкая социальная поддержка; 9–11 умеренная социальная поддержка; 12–14 сильная социальная поддержка.

Поскольку это бы первый опыт использования данных инструментов в российской популяции, то изучалась конструктивная валидность с использованием коэффициента альфа Кронбаха для оценки внутренней согласованности и надежности инструментов. Минимальное рекомендованное значение данного коэффициента должно составлять $\alpha=0,7$ [Taber К., 2017].

С целью доказательства одномерности инструментов проводился подтверждающий факторный анализ и была составлена модель, в которой следующие целевые значения шести индексов были приняты в качестве индикаторов хорошего соответствия [HLS19 Consortium, 2021]: стандартизированный среднеквадратичный остаток [SRMSR] $\leq 0,08$; среднеквадратичная ошибка аппроксимации [RMSEA] $\leq 0,06$; сравнительный индекс пригодности [CFI] $\geq 0,95$; индекс Такера-Льюиса [TLI] $\geq 0,95$; индекс соответствия [GFI] $\geq 0,95$; скорректированный индекс соответствия [AGFI] $\geq 0,9$.

ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ АДАПТАЦИИ ИНСТРУМЕНТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

3.1. Результаты адаптации вопросника HLS19-Q

Перевод

В результате сравнительного анализа двух независимых переводов были выявлены различия, которые в основном касались лексической стилистики, то есть использования отдельных слов в конкретных речевых ситуациях, что позволило выявить в прямом переводе слова и словосочетания, относящиеся к профессиональной терминологии, англицизмам или переводу-кальке, что не соответствует основному принципу ГЗ – предоставление информации простым и понятным языком. Данный принцип подразумевает, что слушатель или читатель может понять предоставляемую ему информацию с первого раза [Kickbusch I. et al., 2013]. Примеры различий двух переводов и применения принципа «понятного языка» приведены в таблице 3.1.

Таблица 3.1 – Примеры различий, выявленных при сравнении двух вариантов перевода

Вариант после прямого перевода	Вариант после обратного перевода
Насколько Вам легко или сложно	
... понять то, что <i>сообщает</i> Вам врач?	... понять то, что <i>говорит</i> Вам врач?
...понять <i>аннотацию</i> , которая приложена к лекарству?	...понять <i>инструкцию</i> , которая приложена к лекарству? (<i>инструкция: информация или инструкция во вкладыше</i>)
... понять для чего Вам или Вашей семье нужна <i>вакцинация</i> ?	... понять для чего Вам или Вашей семье нужны <i>прививки</i> ?
...понять информацию по рекомендованным <i>скринингам</i> ?	... понять информацию по рекомендованным <i>профилактическим обследованиям</i> ?
... найти информацию о том, как справляться с такими рисками для здоровья как избыточный вес, высокое <i>артериальное</i> давление, высокий уровень холестерина?	... найти информацию о том, как справляться с такими рисками для здоровья как избыточный вес, высокое <i>кровенное</i> давление, высокий уровень холестерина?

Фокус-группа

Результаты фокус-группы показали, что наиболее сложными для понимания участниками оказались вопросы из основной части вопросника в отношении изучения ГЗ. Так, из 47 вопросов 5 (10%) были непонятны, 2 (5%) показались избыточными или повторяющимися, и 6 (12%) не были понятны с первого раза и требовали уточнений и разъяснений. Все участники фокус-группы отметили, что вопросник слишком длинный и требует существенного сокращения количества вопросов.

В результате анализа замечаний и комментариев участников фокус-группы, а также обсуждений был сформирован перечень основных трудностей с пониманием вопросов. Большинство респондентов в некоторых вопросах затруднялись с ответом и просили уточнить: имеется в виду конкретная ситуация или как они обычно действуют в той или иной ситуации. Например, на вопрос C-DET11: «Насколько Вам легко или сложно позволить себе при необходимости покупку лекарства?» респонденты отвечали – это зависит от лекарства, в связи с чем было предложено добавить слово «обычно» в описание вопроса в начале и в отдельных разъяснениях к вопросам.

Благодаря некоторым уточнениям и комментариям участников фокус-группы были добавлены разъясняющие инструкции для интервьюера. Например, в вопросе Q6: «Насколько Вам легко или сложно понять инструкцию, которая приложена к лекарству?» участники уточнили что имеется в виду: понять информацию или понять шрифт. В этой связи к вопросу было добавлено уточнение: «понять информацию или инструкцию во вкладыше».

Большинство участников фокус-группы не поняли словосочетание «нездоровое поведение». Для них оказалось более привычным словосочетание «вредные привычки», таким образом, слово «поведение» было изменено и в европейском вопроснике на слово «привычки» (unhealthy behavior → unhealthy habits): «Насколько Вам легко или сложно найти информацию о том, как

справиться с вредными привычками, такими как курение, низкая физическая активность, чрезмерное потребление алкоголя?»).

Ряд вопросов включал сразу две категории, которые участникам было сложно оценить в одном вопросе (Q23): «Насколько Вам легко или сложно найти информацию о прививках и профилактических обследованиях, которые Вам необходимы?». В результате, вопрос был разделен на два вопроса про прививки и профилактические обследования.

В вопросе Q23, где приведены примеры необходимых видов профилактических обследований, в частности, обследование молочных желез, у мужчин-участников фокус-группы вопрос вызвал недоумение: «Насколько Вам легко или сложно понять, для чего Вам необходимы профилактические обследования (такие как измерение уровня сахара в крови, кровяного давления, обследование молочных желез)?». Поэтому было в вопросе «обследование молочных желез» было заменено на «обследование на онкологические заболевания», которые проводятся как для мужчин, так и для женщин.

В вопросе Q32 у участников вызвало непонимание словосочетание «активность в отношении здоровья». В результате, было предложено заменить его на широко известный «здоровый образ жизни».

В вопросе Q40: «Насколько Вам легко или сложно понять информацию о том, как сохранить здоровый и ясный ум?» участники фокус-группы просили уточнить, какие источники информации имеются ввиду: СМИ, друзья, семья и т.д. В результате, к данному вопросу было добавлено уточнение: «из любых источников информации».

Также затруднения вызвали вопросы в отношении изучения миграционного статуса во втором модуле вопросника. Россия – многонациональная страна, поэтому сложно однозначно определить миграционный статус без уточнения – приехал ли человек до распада СССР или после. Некоторые вопросы оказались абсолютно нерелевантными по отношению к России, и было предложено исключить их из вопросника. Например, C-DET7: «Отличается ли Ваш родной

язык от языка, на котором говорят в стране, где Вы сейчас живете?». В Российской Федерации существует целый ряд народностей, которые говорят одновременно как на своем народном языке, так и на русском и в то же время являются гражданами РФ, а не мигрантами.

На вопрос в отношении оценки положения в обществе (C-DET14): «На шкале от 1 до 10 к какому уровню положения в обществе Вы себя относите?» участники попросили уточнить критерии оценки. Поскольку вопрос основан на самооценке, то критерии у каждого могут быть свои. После добавленных разъяснений вопрос больше не вызывал затруднений.

В вопрос C-HLFST3 в отношении употребления алкоголя: «Сколько дней в неделю Вы обычно употребляете какой-либо спиртной напиток?» участники предложили добавить вариант ответа: «менее чем один раз в неделю».

Некоторые вопросы потребовали уточнений и обсуждений с разработчиками вопросника в международном научном консорциуме в отношении сути самого вопроса, например:

C-SSUP2: «Есть ли у Вас такой член семьи или друг, которого Вы могли бы взять с собой на прием к врачу?» респондентам было непонятно и требовалось уточнение, с какой целью задается вопрос: брать с собой члена семьи или друга на прием к врачу или это вопрос доверия информации о здоровье и поддержки?

C-NCUT1.1: «За последние 12 месяцев сколько раз Вы обращались за неотложной помощью». Имеется в виду обращение за неотложной помощью для себя или для кого-либо еще?

C-NCUT2: «За последние 12 месяцев сколько дней в общей сложности Вы отсутствовали на работе по причинам, связанным со здоровьем?». Вопрос относится только к работающим людям. Потребовалось уточнение.

После консультации с международным научным консорциумом во все вышеперечисленные вопросы были добавлены уточнения для интервьюеров.

Через три недели после фокус-группы проводилось телефонное интервью с участниками с целью оценки эффекта от участия в исследовании и ответов на

вопросы анкеты. Интервью показало, что в 70% случаев сами вопросы уже в процессе фокус-группы заставляли участников задуматься о том, где и как они ищут информацию в отношении здоровья, какой информации доверяют, что предпринимают для того, чтобы использовать полученные знания в повседневной жизни. Некоторые из ответов респондентов в ходе телефонного интервью представлены в таблице 3.2.

Таблица 3.2 – Некоторые ответы участников фокус-группы в телефонном интервью спустя 3 недели после участия в фокус-группе

<p>Женщина, 23 года</p> <p><i>Вопросы, которые заставили задуматься – диспансеризация, предотвращение заболеваний, вопросы в отношении поиска достоверной информации. В основном всю информацию ищу в интернете, не обратилась же к врачам по всем вопросам. Если кажется, что нет достоверной информации, обращаюсь к друзьям-медикам.</i></p>
<p>Мужчина, 33 года</p> <p><i>Если вопрос заставлял меня задуматься, то я думал о том, что надо потом посмотреть и найти информацию в этом отношении. В целом любую информацию найти легко, потому что ее можно найти в интернете, вопрос только достоверности, если в нескольких источниках совпадает, то значит можно доверять. Крайне редко обращаюсь к врачам, поскольку существует убеждение, что лечат там, где не надо лечить.</i></p>
<p>Женщина, 36 лет</p> <p><i>Вопросы, которые заставили задуматься: экстренная помощь – что надо делать.</i></p> <p><i>Показалось, что об одном и том же вопросы про прививки. Буду ли я следовать рекомендациям врача – зависит от личности врача. Если кажется, что человек некомпетентный, то перепроверяю.</i></p> <p><i>Ценно что о людях думают, спрашивают их мнение, опрос проводится не формально, а с заботой о том, что для них важно.</i></p>
<p>Мужчина, 66 лет</p> <p><i>Вопрос: «сложно или легко вызвать скорую мед помощь» поставил в тупик. Что подразумевалось и что хочет выяснить данный вопрос, морально/психологически мне сложно или легко, или физически набрать номер?</i></p> <p><i>Вопросы в отношении информации что делать в экстренной ситуации заставили задуматься.</i></p>
<p>Женщина, 40 лет</p> <p><i>Было около 5% вопросов, которые были непонятны и избыточны, понятно было, что это европейский опрос.</i></p> <p><i>Вопросы способствовали задуматься о поведении в отношении здоровья и ЗОЖ.</i></p>

Экспертная оценка

В результате оценки вопросника эксперты единогласно сошлись во мнении использовать сокращенную версию вопросника (22 вопроса в основной части вопросника вместо 47). По рекомендации экспертов было включено 7 вопросов из полной версии вопросника, которые, на их взгляд, важно изучить в российской популяции, таким образом, к сокращенной версии было добавлено семь вопросов из полной версии вопросника. Финальная версия вопросника представлена в приложении Б, где все добавленные вопросы отмечены знаком *. В результате в этой части исследования были доработаны все разделы и материалы, включая протокол интервью и демонстрационные карточки для интервьюеров. Предложенные доработки также обсуждались в международном научном консорциуме Сети действий М-РОНЛ, включающем 40 экспертов. Ряд доработок, выявленных и сформированных в процессе адаптации русскоязычной версии вопросника, был предложен в международный консорциум и принят также и в англоязычную версию вопросника.

Тестирование инструмента

Финальная версия вопросника была протестирована среди населения, получена обратная связь от интервьюеров как по работе с инструментом, так и в отношении отклика населения. Тестирование подразумевало оценку применимости инструмента в реальных условиях для уточнения категорий ответов на вопросы, проверки последовательности вопросов, оценки общего дизайна инструмента, проверки инструкций и демонстрационных карточек для интервьюеров, а также оценки продолжительности опроса одного респондента по времени. В целом тестирование вопросника не выявило каких-либо затруднений у интервьюеров и сложностей с пониманием вопросов у респондентов. В среднем опрос одного респондента занимал 20 минут, но многие интервьюеры отмечали, что среди респондентов в возрасте 18–25 лет и старше 65 лет опрос занимал больше времени (более 30 минут) [Lopatina M.V. et al., 2020].

3.2. Результаты адаптации теста NVS

Тест по функциональной грамотности в вопросах здоровья NVS заключается в умении понять и интерпретировать нутриентный профиль (данные о пищевой и энергетической ценности продукта) на этикетке мороженого, а затем выполнить несколько математических вычислений. Тест включает 6 вопросов и занимает 3 мин [Weiss B.D. et al., 2005]. Уровень функциональной ГЗ оценивается путем подсчета числа правильных ответов. Число правильных ответов от 0 до 1 оценивается как высокая вероятность (50% и более) ограниченной ГЗ. От 2 до 3 правильных ответов оценивается как вероятность низкого уровня ГЗ. Количество баллов от 4 до 6 указывает на достаточный уровень функциональной ГЗ у взрослых [Rowlands G. et al., 2013].

Для анализа была использована версия теста NVS-UK (валидированная в Великобритании) [Rowlands G. et al., 2013], поскольку она содержит этикетку с маркировкой по европейским стандартам, включает готовую инструкцию для интервьюеров с целью стандартизации процедуры опроса и инструкцию по быстрому расчету полученных результатов.

На первом этапе адаптации инструмент был переведен с английского языка на русский профессиональным переводчиком, а затем для верификации перевода осуществлен обратный перевод с русского на английский язык другим переводчиком, при этом существенных различий выявлено не было.

С целью определения возможности адаптации этикетки мороженого инструмента теста NVS-UK был проведен анализ существующих на российском рынке этикеток мороженого. Изучение этикеток проходило в Москве и Московской области в крупных сетевых торговых центрах, которые представляют наиболее широкий ассортимент мороженого и имеют представительства по всей территории России. Также изучались сайты производителей мороженого [Лопатина М.В. и др., 2020]. На этом этапе были сформированы критерии включения для отбора подходящих упаковок и маркировок мороженого, а именно: масса 400-500г; наличие как минимум

одного аллергена в составе продукта; наличие всех необходимых позиций в описании нутриентного профиля (калорийность, жиры, углеводы, белок); наименование продукта. Продукт, в котором не было указания на пищевой аллерген, не рассматривался ввиду неполного соответствия критериям отбора. Всего было проанализировано 20 видов мороженого, из которых выбрали 3 вида упаковки, которые наибольшим образом соответствовали критериям включения. Из них был выбран 1 вариант, который полностью соответствовал всем критериям.

Экспертная оценка

В сравнении с мороженым, изготовленным по европейским стандартам, российское мороженое имеет иной состав, в частности, согласно регламентирующим государственным документам [ГОСТ, 2012], в состав мороженого не входит арахисовое масло, как это было использовано в качестве пищевого аллергена в оригинальном тесте. Поэтому в качестве пищевого аллергена командой экспертов для проводимого анализа был определен яичный желток, который включен в состав российского мороженого, а информация о его содержании является обязательной для вынесения на этикетку продукта. Согласно п. 4.4. «Общие требования к указанию в маркировке состава пищевой продукции» [Технический регламент Таможенного союза, 2011] пищевой ингредиент «яйца и продукты их переработки» как наиболее часто встречаемый пищевой аллерген в российской популяции является обязательным для маркировки. Производитель обязан указывать на этикетке пищевого продукта информацию о содержании данного ингредиента в составе продукта.

Также отличием от оригинального теста явился и объем представленной информации о нутриентном составе пищевого продукта. Согласно регламентирующим документам РФ, на этикетку пищевого продукта выносятся информация об энергетической ценности (калорийность) и пищевой ценности продукта, включая только основные нутриенты (общий жир, углеводы и белок) [Технический регламент Таможенного союза, 2011]. В оценке приняли участие 5

экспертов по общественному здоровью, научные сотрудники НМИЦ ТПМ, которые определяли применимость теста NVS-UK в российской популяции. В частности, было подтверждено соответствие отобранного образца пищевого продукта под критерии проводимого теста, проверена корректность выполняемых расчетов по содержанию нутриентов, калорийности и объему продукта согласно ответам вопросника, а также соответствие полноты представленной на этикетке информации содержанию теста и возможности выполнения необходимых расчетов респондентом для ответов на тест [Лопатина М.В. и др., 2020]. Адаптированная версия теста NVS-RUS представлена в приложении В.

3.3. Психометрические характеристики инструментов

Оценка внутренней согласованности и надежности с помощью коэффициента Альфа Кронбаха показала высокое значение для вопросника HLS₁₉-Q22-RU $\alpha=0,927$ и $\alpha=0,7$ для теста NVS-RUS, при минимально допустимом значении $\alpha=0,7$.

С помощью подтверждающего факторного анализа была составлена модель с целью доказательства одномерности инструмента.

В целом, рассчитанные индексы показали хорошее соответствие модели SRMSR= 0,05; RMSEA=0,04; CFI = 0,99; TLI=0,99; GFI=0,99; AGFI=0,99.

Резюме

Таким образом, адаптированный вопросник HLS₁₉-Q-RU_Russian и тест NVS-RUS по измерению и оценке грамотности в вопросах здоровья продемонстрировали внутреннюю согласованность и валидность и являются надежными инструментами для проведения высококачественных исследований в российской популяции.

ГЛАВА 4. РЕЗУЛЬТАТЫ ПОПУЛЯЦИОННОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

В результате проведенного популяционного исследования по изучению грамотности в вопросах здоровья общий отклик населения в трех субъектах составил в среднем 85%, что соответствовало международному стандарту исследования.

После сбора данных была проведена процедура взвешивания данных, основанная на данных территориальных органов Федеральной службы государственной статистики в каждом из субъектов-участников исследования, по трем параметрам: пол, возраст (в 7 возрастных группах 18-25, 26-35, 36-45, 46-55, 56-65, 66-75, 76 и старше), а также место проживания (город / село). Выборка респондентов в каждом из субъектов-участников и отклик представлен в таблице 4.1.

Таблица 4.1 – Выборка и отклик в каждом субъекте-участнике исследования

Показатели	Республика Карелия	Новосибирская область	Республика Татарстан
Выборка	2000	2500	2500
Число адресов, которые посетили	863	2286	1809
Число лиц, к которым обратились	1926	2500	2500
с 1-го посещения	1543	2349	2251
со 2-го посещения	149	151	249
Число отказов	126	53	254
Число незавершенных интервью	334	18	-
Число завершенных интервью	1800	2447	2246
Число интервью с заполненными как минимум 80% анкеты	1692	2415	2040

4.1. Демографические и социально-экономические характеристики участников исследования

В анализ были включены анкеты 5660 респондентов, которые дали ответы на не менее 80,0% вопросов: из них 2374 (41,9%) мужчин и 3286 (58,1%) женщин, средний возраст составил $48,0 \pm 17,9$ года (таблица 4.2).

Респонденты всех трех регионов преимущественно имели среднее специальное (46,6%) или законченное высшее образование (33,9%). Большинство респондентов (85,1%) не имели медицинского образования. По уровню положения в обществе (социальный статус) большинство респондентов отнесли себя к среднему уровню (57,2%). По статусу занятости респонденты преимущественно являлись работающими (60,7%) или пенсионерами (28,1%).

Распределение респондентов по уровню финансовых ограничений показало, что у 57,6% респондентов ограничений нет или они незначительные, а 42,4% отметили наличие существенных или серьезных финансовых ограничений.

Таблица 4.2 – Распределение респондентов по демографическим и социально-экономическим характеристикам в трех регионах и всего (N, %), невзвешенные данные

		Регионы			Всего
		Новосибирская область	Республика Карелия	Республика Татарстан	
		N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Пол	Мужчины	1174 (50,1)	565 (37,3)	635 (34,9)	2373 (41,9)
	Женщины	1171 (49,9)	933 (62,3)	1182 (65,1)	3286 (58,1)
Возрастные группы	18-24	339 (14,5)	138 (9,2)	160 (8,8)	637 (11,3)
	25-34	346 (14,8)	211 (14,1)	362 (19,9)	919 (16,2)
	35-44	340 (14,5)	304 (20,3)	350 (19,3)	994 (17,6)
	45-54	338 (14,4)	334 (22,3)	289 (15,5)	961 (17,0)
	55-64	336 (14,3)	281 (18,8)	333 (18,3)	950 (16,8)
	65-74	331 (14,1)	166 (11,1)	222 (12,2)	719 (12,7)
	75+	315 (13,4)	64 (4,3)	101 (5,6)	480 (8,5)
Социальный статус	Низкий	287 (12,4)	121 (8,3)	192 (11,0)	600 (10,9)
	Средний	1423 (61,5)	826 (56,9)	947 (54,1)	3196 (57,9)
	Высокий	605 (26,1)	505 (34,8)	611 (34,9)	1721 (31,2)

Продолжение таблицы 4.2

Образование	Нет образования	18 (0,8)	0 (0,0)	5 (0,3)	23 (0,4)
	Среднее	492 (21,1)	142 (9,5)	286 (15,8)	920 (16,3)
	Среднее специальное	1142 (48,9)	666 (44,7)	816 (45,1)	2624 (46,6)
	Высшее	674 (28,8)	628 (42,1)	655 (36,2)	1957 (34,7)
	Магистратура/ аспирантура/ докторантура	11 (0,5)	54 (3,6)	46 (2,5)	111 (2,0)
Наличие медицинского образования	Да	333 (14,2)	230 (15,4)	321 (17,8)	884 (15,7)
	Нет	2004 (85,8)	1264 (84,6)	1479 (82,2)	4747 (84,3)
Занятость	Работающий	1373 (58,7)	1006 (67,3)	1102 (61,0)	3481 (61,7)
	Неработающий/ безработный	73 (3,1)	28 (1,9)	45 (2,5)	146 (2,6)
	Домохозяйка/ декрет	28 (1,2)	33 (2,2)	72 (4,0)	133 (2,4)
	На пенсии/ нетрудоспособный	702 (30,1)	335 (22,4)	504 (27,9)	1541 (27,3)
	Учащийся	162 (6,9)	92 (6,2)	85 (4,7)	339 (6,0)
Финансовые ограничения	нет ограничений	803 (34,2)	739 (49,3)	656 (36,1)	2198 (38,8)
	немного	457 (19,5)	252 (16,8)	315 (17,3)	1024 (18,1)
	существенные	416 (17,7)	159 (10,6)	332 (18,3)	907 (16,0)
	очень сильные	669 (28,5)	348 (23,2)	514 (28,3)	1531 (27,0)

4.2. Уровень общей грамотности в вопросах здоровья

Анализ показал, что отличный уровень ГЗ имели всего 7,7% респондентов в общей выборке, в то время как достаточный уровень составил 53,4%, проблематичный – 25,9%, а низкий – 13,0%. Таким образом, недостаточный уровень ГЗ (совокупность низкого и проблематичного) наблюдался у 38,9% изученного населения, а достаточный – у 61,1% (рисунок 4.1).

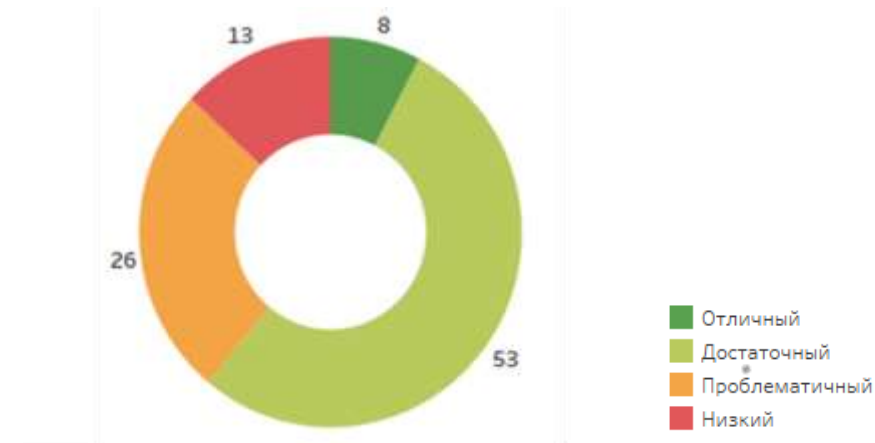


Рисунок 4.1 – Уровни общей грамотности в вопросах здоровья

Распределение уровней грамотности в вопросах здоровья по регионам представлено на рисунке 4.2. При этом важно подчеркнуть, что целью данного исследования не являлось сравнение данных между регионами-участниками, а только выявление общих тенденций.

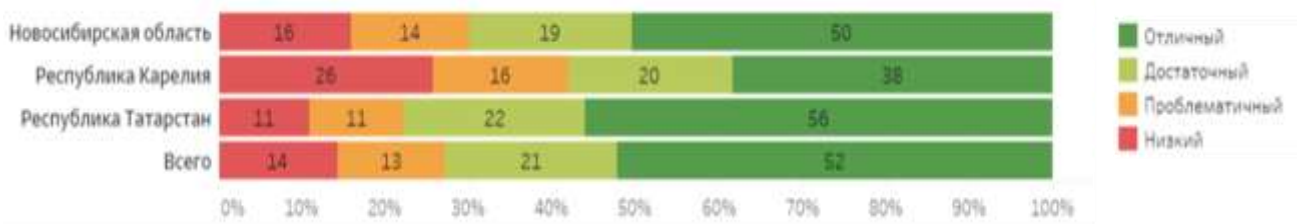


Рисунок 4.2 – Уровни общей грамотности в вопросах здоровья в каждом из трех регионов РФ (%)

В таблице 4.3 представлен анализ задач, которые вызвали затруднения у 38,9% респондентов в общей выборке, имеющих недостаточный уровень ГЗ. Так, анализ показал, что самым затруднительным для респондентов оказалось (% ответов «сложно» и «очень сложно»):

- найти информацию о том, что делать в экстренной медицинской ситуации (29,0%);
- найти информацию о том, как укрепить здоровье на рабочем месте, в школе или в месте проживания (29,2%);
- принимать решения по улучшению здоровья и благополучия (29,7%);

-искать информацию о том, как справиться с проблемами психического здоровья (30,0%);

- понимать информацию о том, что делать в экстренной медицинской ситуации (32,3%);

- оценить надежна ли информация о рисках для здоровья, получаемая из средств массовой информации? (34,4%);

- решить, как можно защитить себя от болезней, используя информацию из средств массовой информации? (34,5%);

- оценить, может ли потребоваться мнение еще одного врача? (36,2%);

- понять информацию на упаковках с пищевыми продуктами? (40,3%);

- оценивать преимущества и недостатки разных вариантов лечения (44,1%);

- найти информацию об изменениях в законах, которые могли бы повлиять на Ваше здоровье или здоровье Вашей семьи? (46,3%).

Таблица 4.3 – Средние процентные значения для ответов «очень сложно» и «сложно» для каждого вопроса по общей ГЗ в трех регионах РФ

	Лечение заболеваний	Профилактика заболеваний	Укрепление здоровья
Поиск	найти информацию о лечении болезней, которые Вас беспокоят? (23,4%)	найти информацию о том, как справиться с вредными привычками (курение, низкая физическая активность, избыточное потребление алкоголя)? (15,1%)	найти информацию о здоровом образе жизни, например, о физической активности, здоровом питании? (13,0%)

Продолжение таблицы 4.3

	найти информацию о том, что делать в экстренной медицинской ситуации? (29,0%)	найти информацию о рекомендованных прививках для Вас или Вашей семьи? (25,0%)	найти информацию о занятиях, которые полезны для Вашего психического здоровья и благополучия? (23,3%)
	узнать, где получить помощь специалиста, если Вы заболели? (15,3%)		найти информацию об изменениях в законах, которые могли бы повлиять на Ваше здоровье или здоровье Вашей семьи? (46,3%)
	найти информацию о том, как справиться с проблемами психического здоровья? (30,0%)		найти информацию о том, как укрепить здоровье на рабочем месте, в школе или в месте проживания? (29,2%)
Понимание	понять то, что говорит Вам врач? (18,3%)	понять информацию о таких вредных привычках, как курение, низкая физическая активность, избыточное потребление алкоголя? (12,6%)	понять советы членов семьи и друзей в отношении Вашего здоровья? (15,0%)
	понять информацию о том, что делать в экстренной медицинской ситуации? (32,3%)	понять для чего Вам или Вашей семье нужны прививки? (16,5%)	понять информацию на упаковках с пищевыми продуктами? (40,1%)
	понять инструкцию Вашего врача или фармацевта о том, как принимать выписанное лекарство? (12,0%)	понять информацию по рекомендованным профилактическим обследованиям? (13,2%)	понять информацию из средств массовой информации о том, как улучшить свое здоровье? (24,1%)
Оценка	оценить преимущества и недостатки разных вариантов лечения? (44,1%)	оценить надежна ли информация о таких вредных привычках, как курение, низкая физическая активность, избыточное потребление алкоголя? (23,3%)	оценить, насколько Ваши жилищные условия могут влиять на Ваше здоровье и благополучие? (24,0%)

Продолжение таблицы 4.3

	оценить, может ли Вам потребоваться мнение еще одного врача? (36,2%)	оценить надежна ли информация о рисках для здоровья, получаемая из средств массовой информации? (34,4%)	оценить какие из Ваших повседневных привычек влияют на здоровье? (16,5%)
Применение	использовать информацию, полученную от врача, для принятия решения по своему заболеванию? (21,0%)	решить, как Вы можете защитить себя от болезней, используя информацию из средств массовой информации? (34,5%)	принимать решения по улучшению Вашего здоровья и благополучия? (29,7%)
	выполнять рекомендации врача или фармацевта? (11,2%)		

Распределение уровней ГЗ в разных сферах (укрепление здоровья, профилактика заболеваний и лечение заболеваний) выявило наличие более развитых навыков у респондентов в сфере укрепления здоровья, в меньшей степени – в сфере профилактики заболеваний и в худшей степени – в сфере лечения заболеваний. Причем, у женщин навыки во всех трех сферах лучше, чем у мужчин (таблица 4.4).

Таблица 4.4 – Распределение индекса грамотности в вопросах здоровья в трех сферах по полу (средние значения)

Индекс грамотности в вопросах...	Пол		Всего
	Мужчины	Женщины	
лечения заболеваний	74,71	74,94	74,84
профилактики заболеваний	75,42	76,70	76,17
укрепления здоровья	79,75	80,74	80,33

В отношении этапов обработки информации о здоровье: в целом респондентам легче всего понимать и находить информацию, а сложнее всего –

оценивать информацию и ее использовать. Среди женщин трех субъектов все эти навыки чуть лучше, чем у мужчин (таблица 4.5).

Таблица 4.5 – Уровни грамотности по четырем навыкам обработки информации, распределение по полу (средние значения)

Навыки обработки информации о здоровье	Пол		Всего
	Мужчины	Женщины	
поиск	80,60	81,34	81,04
понимание	80,74	80,34	80,51
оценка	70,08	71,22	70,74
использование	75,01	76,18	75,70

4.3. Детерминанты общей грамотности в вопросах здоровья

В данном исследовании изучались детерминанты, или факторы, влияющие на грамотность в вопросах здоровья, а именно такие социально-демографические характеристики как: пол, возраст; социально-экономические: уровень образования, наличие / отсутствие медицинского образования, статус занятости, финансовые ограничения. В связи с тем, что во всех трех регионах-участниках количество выявленных мигрантов не превышало 5% от общего числа респондентов, данный показатель не был включен в анализ.

Был проведен анализ ассоциации грамотности в вопросах здоровья с демографическими и социально-экономическими характеристиками населения. В таблице 4.6 представлено распределение уровней общей ГЗ в отношении демографических и социально-экономических характеристик населения и их ассоциация.

Таблица 4.6 – Распределение уровней общей грамотности в вопросах здоровья в отношении демографических и социально-экономических характеристик населения и статистическая значимость между ними (% , *p-уровень*) для общей взвешенной выборки

		Уровни общей грамотности в вопросах здоровья				<i>p-уровень</i>
		Низкий	Проблематичный	Достаточный	Отличный	
Пол	Мужчины	346 (13,5)	605 (23,6)	1417 (55,2)	198 (7,7)	0,09
	Женщины	391 (12,6)	862 (27,9)	1605 (51,9)	236 (7,6)	
Возрастн ые группы	18-24	27 (5,5)	124 (25,2)	280 (56,9)	61 (12,4)	<0,001
	25-34	78 (7,1)	243 (22,0)	653 (59,3)	128 (11,6)	
	35-44	108 (10,2)	232 (21,8)	615 (57,7)	110 (10,3)	
	45-54	94 (10,0)	297 (31,5)	505 (53,5)	47 (5,0)	
	55-64	151 (14,9)	244 (24,0)	561 (55,2)	60 (5,9)	
	65-74	123 (19,7)	214 (34,5)	261 (42,0)	24 (3,8)	
	75+	155 (37,2)	112 (26,9)	146 (34,9)	4 (1,0)	
Социальн ый статус	Низкий	193 (34,8)	182 (32,9)	161 (29,1)	17 (3,2)	<0,001
	Средний	423 (13,6)	924 (29,6)	1557 (49,9)	215 (6,9)	
	Высокий	98 (5,3)	326 (17,6)	1235 (66,7)	194 (10,5)	
Образован ие	Нет образования	6 (31,7)	7 (35,8)	5 (29,5)	1 (3,0)	<0,001
	Среднее	230 (23,6)	254 (26,0)	456 (46,7)	37 (3,8)	
	Среднее специальное	300 (11,4)	635 (24,1)	1533 (58,2)	166 (6,3)	
	Высшее	191 (9,9)	537 (27,9)	980 (50,9)	218 (11,3)	
	Магистратура/ аспирантура/ докторантура	9 (10,8)	23 (27,5)	39 (46,8)	12 (14,9)	
Медицинс кое образован ие	Есть	58 (6,8)	208 (24,4)	446 (52,4)	140 (16,5)	<0,001
	Нет	676 (14,1)	1250 (26,1)	2562 (53,6)	292 (6,1)	
Занятость	Работающий	332 (9,2)	844 (23,4)	2079 (57,7)	350 (9,7)	<0,001
	Неработающий /безработный	22 (11,7)	51 (26,6)	112 (58,2)	7 (3,5)	
	Домохозяйка/ декретный отпуск	10 (8,3)	38 (31,2)	63 (52,2)	10 (8,3)	

Продолжение таблицы 4.6

	Пенсионер/не-трудоспособный	353 (24,1)	443 (30,3)	630 (43,0)	38 (2,6)	
	Учащийся	14 (7,2)	68 (34,1)	99 (49,8)	18 (8,9)	
Финансовые ограничения	Нет ограничений	81 (3,7)	357 (16,0)	1550 (69,5)	243 (10,9)	<0,001
	Немного	104 (9,9)	297 (28,2)	546 (51,9)	106 (10,0)	
	Существенные	176 (18,5)	315 (33,1)	412 (43,4)	47 (4,9)	
	Очень сильные	170 (26,3)	499 (35,0)	513 (36,0)	39 (2,7)	

Статистически значимой разницы по уровню ГЗ между мужчинами и женщинами не выявлено ($p=0,09$). В то время как статистическая значимость различий ($p<0,001$) выявлена по возрасту, социальному статусу, образованию, медицинскому образованию, занятости и финансовым ограничениям.

С возрастом отмечается увеличение частоты низкого уровня ГЗ с 10% среди лиц в возрасте 45-54 лет до 14,9% в 55-64 лет и доходит до 37,2% в возрасте 75 и старше. На рисунке 4.3 представлена ассоциация уровня общей ГЗ с возрастом в трех регионах.

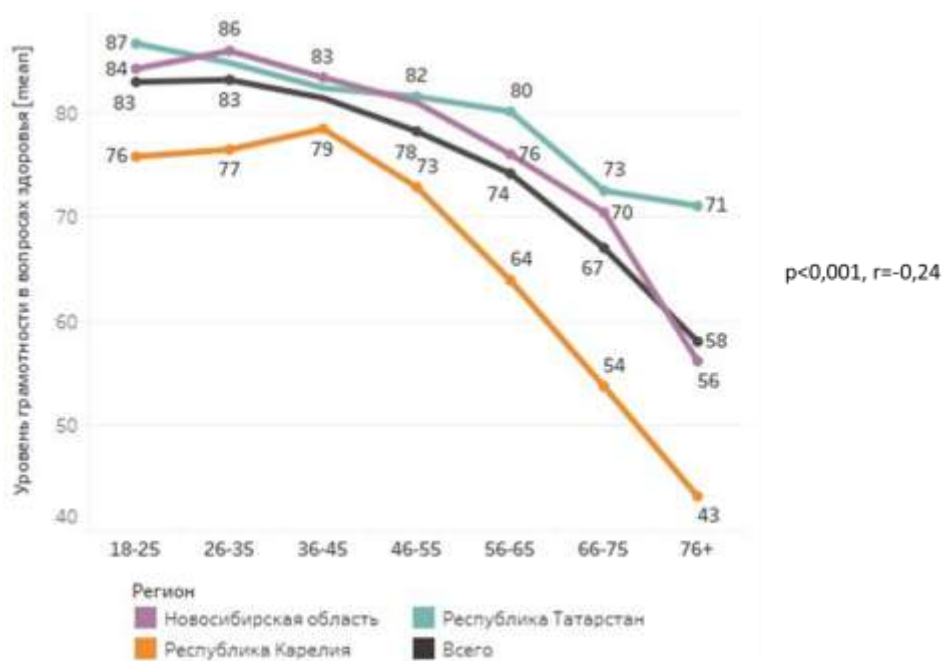


Рисунок 4.3 – Ассоциация уровня общей грамотности в вопросах здоровья и возраста в трех регионах и всего (средние значения)

В зависимости от социального статуса уровень ГЗ среди лиц, оценивших свой социальный статус как низкий, доля с низким и проблематичным уровнем ГЗ составила 67,7%, а с достаточным и отличным 32,3%, а среди лиц с высоким социальным статусом, наоборот, с низким и проблематичным уровнем ГЗ – 22,9% и с достаточным и отличным – 77,2%, соответственно. На рисунке 4.4 представлена ассоциация уровня общей ГЗ с социальным статусом в трех регионах.

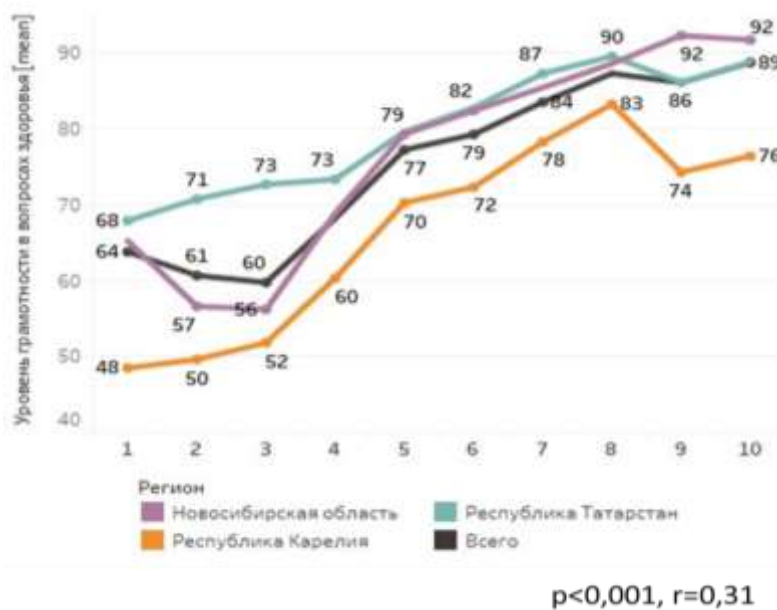


Рисунок 4.4 – Ассоциация уровня общей грамотности в вопросах здоровья и социального статуса в трех регионах и всего (средние значения)

При наличии высшего образования по сравнению с его отсутствием отличный уровень ГЗ существенно выше, например, среди лиц с высшим образованием он составил 11,3%, средним специальным образованием – 6,3%, средним – 3,8% и у лиц без образования – 3,0%. Примечательно, что для лиц со средним специальным образованием характерна высокая частота достаточного уровня образования (58,2%), даже выше чем у лиц с высшим образованием (50,9%). На рисунке 4.5 представлена ассоциация уровня общей ГЗ и уровня образования.

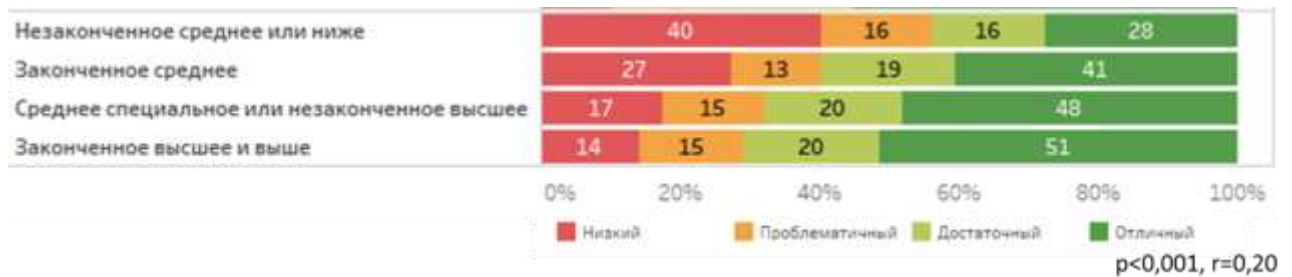


Рисунок 4.5 – Ассоциация уровня общей грамотности в вопросах здоровья и образования (средние значения)

При этом при наличии медицинского образования удельный вес лиц с ограниченным уровнем ГЗ (совокупность низкого и проблематичного) составил 31,2%, и оказался достаточно высоким по сравнению с долей лиц без медицинского образования с ограниченным уровнем ГЗ – 40,5%.

В зависимости от статуса занятости наибольшая доля лиц с низким уровнем ГЗ выявлена среди пенсионеров и неработающего населения (24,1% и 11,7%, соответственно). На рисунке 4.6 представлена ассоциация уровня общей ГЗ и статуса занятости (средние значения).

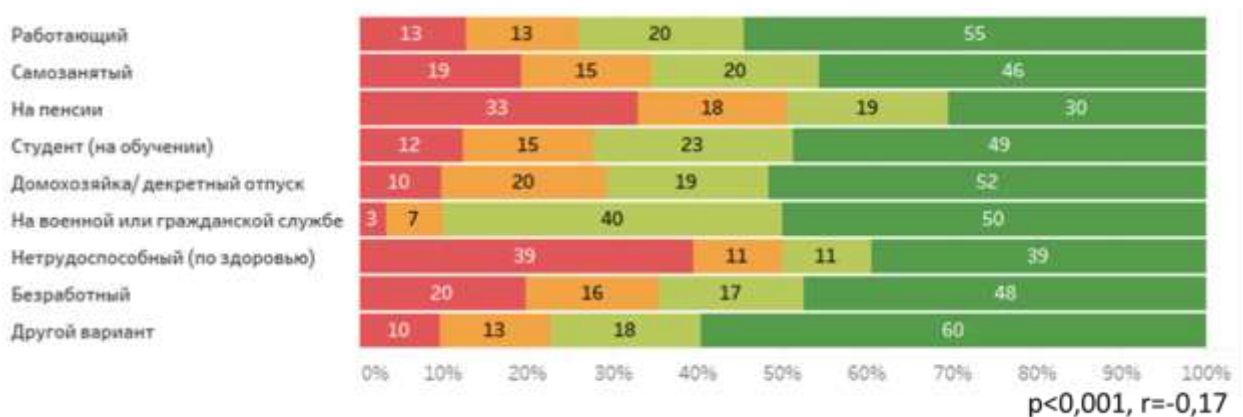


Рисунок 4.6 – Ассоциация уровня общей грамотности в вопросах здоровья и финансовых ограничений в трех регионах и всего (средние значения)

При отсутствии или небольших финансовых ограничениях наблюдались более высокие показатели отличного уровня ГЗ (10,9% и 10,0%, соответственно), в то время как среди лиц с существенными или сильными финансовыми ограничениями отличный уровень ГЗ составил 4,9% и 2,7%, соответственно.

На рисунке 4.7 представлена ассоциация уровня общей ГЗ и финансовых ограничений.

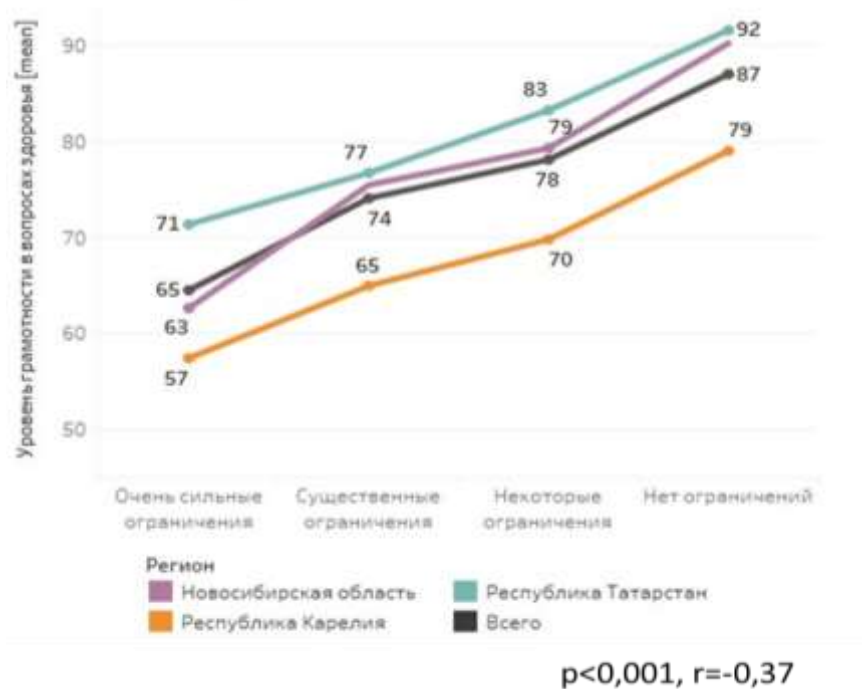


Рисунок 4.7 – Ассоциация уровня общей грамотности в вопросах здоровья и финансовых ограничений в трех регионах и всего (средние значения)

Многофакторный регрессионный анализ показал, что 5 демографических и социально-экономических характеристик населения (пол, возраст, образование, социальный статус, финансовые ограничения) объясняют 22,0% вариаций ГЗ в общей выборке, что указывает на социальный градиент грамотности в вопросах здоровья, то есть те, кто находится в менее благополучных социально-экономических условиях, имеют худшие показатели ГЗ.

Из пяти изученных характеристик финансовые ограничения – самый сильный предиктор ГЗ ($\beta = -0,27$), за ним следуют социальный статус ($\beta = 0,16$), возраст ($\beta = -0,15$) и уровень образования ($\beta = 0,03$) (таблица 4.7).

Таблица 4.7 – Модель многофакторной линейной регрессии для общей ГЗ и пяти социальных детерминант (стандартизованный коэффициент β и R^2) для общей взвешенной выборки

Характеристики	Общий уровень ГЗ	p-уровень
Пол женский	0,04	<0,001
Возраст	-0,15	<0,001
Образование	0,03	<0,001
Социальный статус	0,16	<0,001
Финансовые ограничения	-0,27	<0,001
R²	0,22	

Примечание: p-значения с коэффициентами β выше 0,01 выделены жирным шрифтом.

Индекс общей ГЗ: от 0 = минимальный до 100 = максимальный.

Уровень образования: от 0 (низший) до 8 (высший).

Социальный статус: от 1 = самый низкий уровень до 10 = самый высокий

Финансовые ограничения: от отсутствия ограничений (0) до серьезных ограничений (100).

Несмотря на то, что примененное правило исключения записей, в которых были даны менее 80% ответов, согласно протоколу исследования, расценивалось как ошибка сбора данных [HLS₁₉ Consortium, 2021], был проведен анализ этих исключенных («невалидных») данных (n=890) по полу и возрасту. Так, было выявлено, что средний возраст в этой группе респондентов составил 50 лет ($\pm 17,8$), и они на 2 года старше, чем в группе включенных («валидных») данных ($p < 0,001$). Респондентами исключённых записей были чаще женщины 557 (14,5%), чем мужчины 333 (12,3%) ($p < 0,001$). Ввиду того, что общий анализ проводился на «валидных» данных, не представляется возможным изучить насколько «невалидные» записи могли повлиять на конечные результаты.

4.4. Грамотность в вопросах здоровья и образ жизни

Распределение респондентов по частоте курения показало преимущество курящих время от времени или никогда (79,0%), употребляющих алкоголь время от времени или никогда (91,9%), часто физически активных (45,7%), часто употребляющих овощи и фрукты (67,4%).

Ассоциация уровня грамотности в вопросах здоровья с образом жизни изучалась по таким показателям, как: курение, употребление алкоголя, физическая активность, употребление овощей и фруктов.

Корреляционный анализ ГЗ с 4 индикаторами поведения в отношении здоровья показал слабую, но статистически значимую ($p < 0,001$) (кроме курения ($p = 0,15$) ассоциацию с частотой физической активности ($r = -0,13$), с употреблением овощей и фруктов ($r = 0,11$) и практически ее отсутствие с употреблением алкоголя ($r = -0,04$).

На рисунках 4.8, 4.9 и 4.10 представлены ассоциации с изученными показателями поведения в отношении здоровья и образа жизни.



Рисунок 4.8 – Ассоциация уровня общей грамотности в вопросах здоровья с употреблением алкоголя в трех субъектах РФ (средние значения для общей взвешенной выборки)

Сколько дней в неделю Вы обычно физически активны в течение 30 минут или дольше?

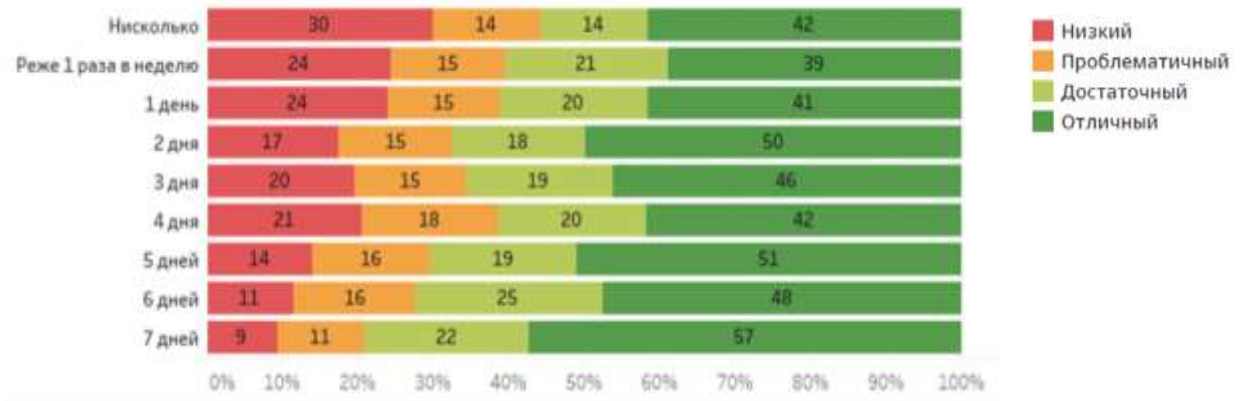


Рисунок 4.9 – Ассоциация уровня общей грамотности в вопросах здоровья с уровнем физической активности в трех субъектах РФ (средние значения для общей взвешенной выборки)

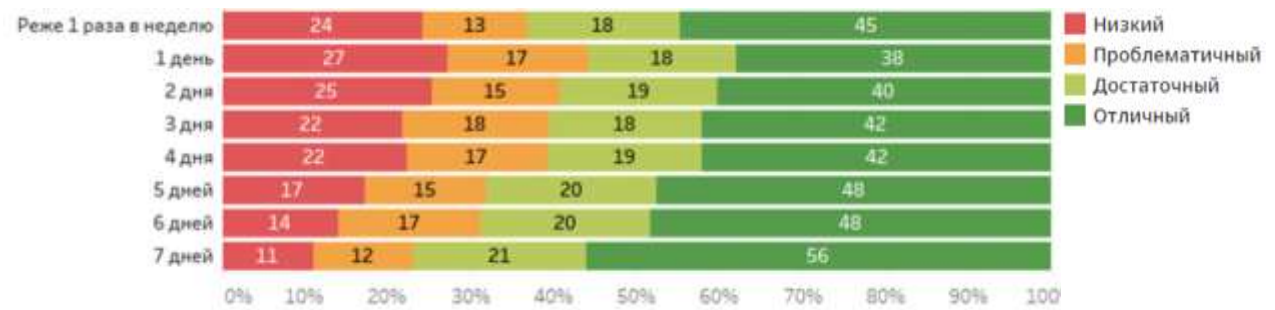


Рисунок 4.10 – Ассоциация уровня общей грамотности в вопросах здоровья с употреблением овощей и фруктов в трех субъектах РФ (средние значения для общей взвешенной выборки)

Таким образом, на рисунках показано, что у лиц с более высокими показателями уровня грамотности в вопросах здоровья частота вредного употребления алкоголя ниже, а частота физической активности и употребления овощей и фруктов – выше.

В многофакторную модель были включены показатели поведения в отношении здоровья, имеющие наиболее значимые показатели корреляции с уровнем ГЗ, а именно физическая активность и употребление овощей и фруктов.

Многофакторный регрессионный анализ показал, что употребление овощей и фруктов (как индикатор рационального питания) объясняет 7,0%, а физическая активность 6,0% вариации уровня ГЗ. Общий уровень ГЗ является наиболее сильным предиктором физической активности ($\beta=0,14$) и употребления овощей и фруктов ($\beta=0,12$) (таблица 4.8).

Таблица 4.8 – Модель многофакторной линейной регрессии для употребления овощей и фруктов и физической активности к общей ГЗ и пяти социальным детерминантам (стандартизованный коэффициент β и R^2) для общей взвешенной выборки

Характеристики	Употребление овощей и фруктов	Физическая активность
Общий уровень ГЗ	0,12	0,14
Пол женский	0,06	-0,07
Возраст	0,05	-0,11
Образование	0,12	0
Социальный статус	0,08	0,06
Финансовые ограничения	-0,11	-0,03
R^2	0,07	0,06

Примечание: р-значения с коэффициентами β выше 0,01 выделены жирным шрифтом.

Индекс общей ГЗ: от 0 = минимальный до 100 = максимальный.

Уровень образования: от 0 (низший) до 8 (высший).

Социальный статус: от 1 = самый низкий уровень до 10 = самый высокий

Финансовые ограничения: от отсутствия ограничений (0) до серьезных ограничений (100).

4.5. Грамотность в вопросах здоровья и состояние здоровья

Анализ показал, что большинство респондентов в общей выборке трех регионов РФ оценили состояние здоровья как удовлетворительное – 52,3%, хорошее и очень хорошее – 39,8%, плохое и очень плохое – 7,8%. При этом половина респондентов отметили отсутствие хронических заболеваний (50,2%), 28,3% заявили о наличии одного заболевания и 21,5% - имели несколько хронических заболеваний.

В общей выборке 2,8% населения имели недостаточный вес (ИМТ <18,5), 42,7% - нормальный вес (ИМТ 18,5-25,0), избыточный и ожирение – 54,4% (ИМТ >25).

Изучение уровней общей ГЗ в отношении показателей состояния здоровья показало, что у лиц с более низкой оценкой здоровья наблюдались более низкие показатели ГЗ ($p < 0,001$), а также у лиц с одним или более заболеваниями уровень ГЗ был статистически значимо ниже ($p < 0,001$), чем у лиц без заболеваний. У лиц с ИМТ >25 кг/м² (избыточный вес и ожирение) показатели уровня ГЗ были хуже ($p < 0,001$), чем у лиц с ИМТ <25 кг/м² (недостаточный и нормальный вес) (таблица 4.9).

Таблица 4.9 – Распределение уровней общей грамотности в вопросах здоровья в отношении показателей состояния здоровья и статистическая значимость между ними (% , p-value) для общей взвешенной выборки

		Уровень общей грамотности в вопросах здоровья				p-value
		Низкий	Проблематичный	Достаточный	Отличный	
Самооценка здоровья	Очень хорошее	6,4	22,3	50,9	20,4	<0,001
	Хорошее	7,1	24,2	58,7	10,0	
	Удовлетворительное	20,3	32,2	42,9	4,6	
	Плохое	40,1	33,4	23,5	3,0	
	Очень плохое	57,4	13,1	18,0	11,5	
Индекс массы тела (kg/m ²)	Недостаточный вес	5,8	18,5	64,8	10,9	<0,001
	Нормальный вес	10,2	26,1	54,2	9,6	
	Избыточный вес	13,8	24,9	55,0	6,3	
	Ожирение	17,0	28,3	48,6	6,2	
Хронические заболевания	Нет	6,4	21,3	62,4	9,8	<0,001
	Да, одно	16,2	28,1	49,1	6,6	
	Да, более одного	0,0	0,0	0,0	0,0	
Ограничивают ли заболевания в повседневной жизни	Не ограничивают	9,2	26,6	55,1	9,0	<0,001
	Ограничивают, но незначительно	19,1	28,6	46,5	5,8	

Корреляционный анализ показал, что самооценка здоровья статистически значимо ассоциирована с уровнем ГЗ ($p < 0,001$, $r = -0,30$). Была выявлена статистически значимая отрицательная корреляция в общей выборке между уровнем ГЗ и наличием хронических заболеваний ($p < 0,001$, $r = -0,28$).

На рисунках 4.11, 4.12 и 4.13 представлены ассоциации уровня общей ГЗ с показателями состояния здоровья: самооценка здоровья, наличие/отсутствие хронических заболеваний и ограничений, вызванных ими.

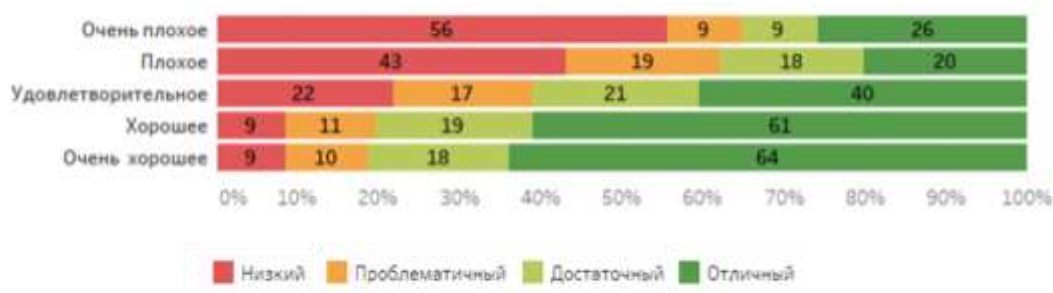


Рисунок 4.11 – Ассоциация уровня общей грамотности в вопросах здоровья с самооценкой здоровья в трех субъектах РФ (средние значения для общей взвешенной выборки)



Рисунок 4.12 – Ассоциация уровня общей грамотности в вопросах здоровья с наличием / отсутствием хронических заболеваний в трех субъектах РФ (средние значения для общей взвешенной выборки)

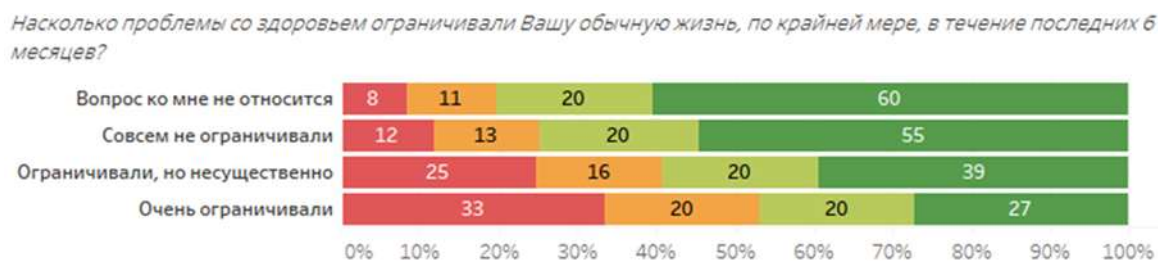


Рисунок 4.13 – Ассоциация уровня общей грамотности в вопросах здоровья с ограничениями, вызванными проблемами со здоровьем в трех субъектах РФ (средние значения для общей взвешенной выборки)

Среди респондентов с хроническими заболеваниями 27,5% заявили об отсутствии каких-либо ограничений в повседневной жизни, вызванных их заболеванием, у 34,5% - заболевание ограничивало повседневную жизнь, но не существенно, очень ограничивало - у 9,6% опрошенных.

Респонденты с высокой самооценкой здоровья реже сообщали о наличии хронических заболеваний ($p < 0,001$, $r = -0,42$) или ограничениях, вызванных заболеваниями ($p < 0,001$, $r = -0,46$).

В общей выборке была выявлена статистически значимая слабая отрицательная корреляция ГЗ с ИМТ ($p < 0,001$, $r = -0,14$). В общей выборке 38,7% респондентов с ограниченным уровнем ГЗ имели избыточный вес и 45,3% - ожирение ($p < 0,001$). На рисунке 4.14 представлено распределение уровней ИМТ в зависимости от уровня ГЗ.



Рисунок 4.14 – Распределение респондентов в группах по ИМТ в зависимости от уровня ГЗ

Для многофакторного анализа были выбраны 2 показателя состояния здоровья с наиболее выраженными значениями корреляции – самооценка здоровья и хронические заболевания.

Модель многофакторной линейной регрессии показала, что самооценка здоровья объясняет 29,0%, а хронические заболевания 28,0% вариации уровня ГЗ. Возраст является наиболее сильным предиктором самооценки здоровья ($\beta = 0,36$) и хронических заболеваний ($\beta = 0,39$), на втором месте находятся общий уровень ГЗ ($\beta = -0,14$) / ($\beta = -0,13$) и финансовые ограничения ($\beta = 0,17$) / ($\beta = 0,13$) соответственно (таблица 4.10).

Таблица 4.10 – Модель многофакторной линейной регрессии для самооценки здоровья, хронических заболеваний к общей ГЗ и пяти социальным детерминантам (стандартизованный коэффициент β и R^2) для общей взвешенной выборки

Характеристики	Самооценка здоровья	Хронические заболевания
Общий уровень ГЗ	-0,14	-0,13
Пол женский	0,02	0,07
Возраст	0,36	0,39
Образование	-0,05	0,03
Социальный статус	-0,06	-0,09
Финансовые ограничения	0,17	0,13
R^2	0,29	0,28

Примечания: р-значения с коэффициентами β выше 0,01 выделены жирным шрифтом.

Индекс общей ГЗ: от 0 = минимальный до 100 = максимальный.

Уровень образования: от 0 (низший) до 8 (высший).

Социальный статус: от 1 = самый низкий уровень до 10 = самый высокий

Финансовые ограничения: от отсутствия ограничений (0) до серьезных ограничений (100).

Также была проведена оценка чувствительности и специфичности таких факторов, как: пол, возраст и возрастная группа, социальный статус, финансовые ограничения, занятость, образование, самооценка здоровья, хронические заболевания и ограничения из-за заболеваний, ИМТ, которые могли бы прогнозировать низкий /недостаточный уровень ГЗ (уязвимая группа) в многофакторном анализе (использовался метод логистической регрессии) (таблица 4.11).

Анализ показал, что показатель самооценки здоровья наиболее точно определяет уязвимую группу населения (чувствительность 73,0%, специфичность 50,1%), чуть хуже эту группу определяет показатель финансовых ограничений (чувствительность 58,4%, специфичность 69,2%).

При проверке показателя финансовых ограничений, категоризованного по возрасту (в данном случае показатель возраста был разбит на две группы: младше 50 лет, 50 и старше) чувствительность и специфичность теста не изменились, таким образом, возраст не является модифицирующим фактором при оценке финансовых ограничений.

А при добавлении тех же параметров возраста (младше 50 лет / 50 и старше) к параметру самооценки здоровья, показатели чувствительности и специфичности теста в определении уязвимой группы наоборот снижаются, что свидетельствует об отсутствии ассоциации самооценки здоровья с возрастом.

Таблица 4.11 – Оценка чувствительности и специфичности факторов (пол, возраст и возрастная группа, социальный статус, финансовые ограничения, занятость, образование, самооценка здоровья, хронические заболевания и ограничения из-за заболеваний, ИМТ) для выявления уязвимой группы населения

Фактор	Чувствительность	Специфичность	Общая оценка
Пол	0	100	55,6
Возраст	42,6	74,9	60,5
ИМТ	8,6	92,4	55,8
Социальный статус	17,2	94,2	60,1
Образование	0	100	55,6
Занятость	43,1	75,8	61,3
Финансовые ограничения	58,4	69,2	64,4
Самооценка здоровья	73,0	50,1	60,3
Хронические заболевания	63,8	58,6	60,9
Ограничения из-за заболеваний	64,5	50,3	56,7
Возраст (50 лет) / Финансовые ограничения	58,4	69,2	64,4
Возраст (50 лет) / Самооценка здоровья	51,1	71,1	62,2
Самооценка здоровья / Финансовые ограничения	50,3	78	65,3

4.6. Грамотность в вопросах здоровья и использование медицинских услуг

Ассоциация уровня грамотности в вопросах здоровья с частотой использования медицинских услуг изучалась по следующим параметрам: частота обращений к терапевту, и к специалистам других специальностей, частота госпитализаций и вызовов скорой медицинской помощи.

Корреляционный анализ показал статистически значимую ассоциацию ГЗ со всеми показателями использования медицинских услуг ($p < 0,001$) с частотой обращений за неотложной помощью ($r = -0,13$), обращений к врачу-терапевту ($r = -0,19$), обращений к другим специалистам ($r = -0,16$) и частотой госпитализаций ($r = -0,11$). Распределение частоты использования медицинских услуг в зависимости от уровня ГЗ представлено на рисунке 4.15.

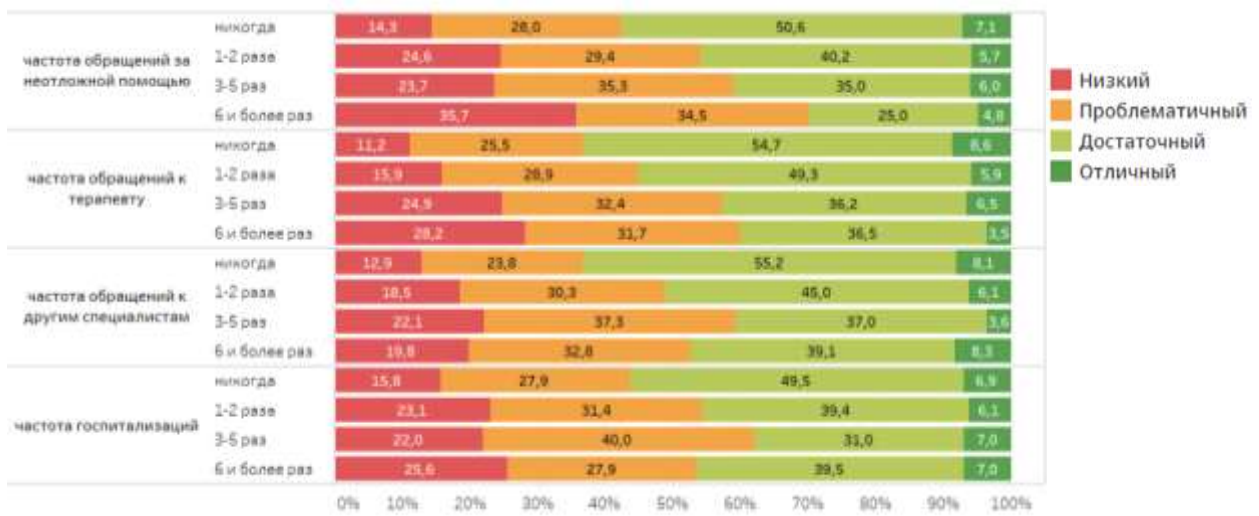


Рисунок 4.15 – Распределение респондентов по частоте использования медицинских услуг в зависимости от уровня ГЗ

Таким образом, было выявлено, что у лиц с низким и проблематичным уровнем грамотности в вопросах здоровья частота обращений за неотложной помощью и к врачу-терапевту выше, чем у лиц с достаточным и отличным уровнем ГЗ. На рисунках 4.16 и 4.17 представлено распределение уровней ГЗ в зависимости от частоты вызовов скорой помощи и обращений к врачу-терапевту по регионам.

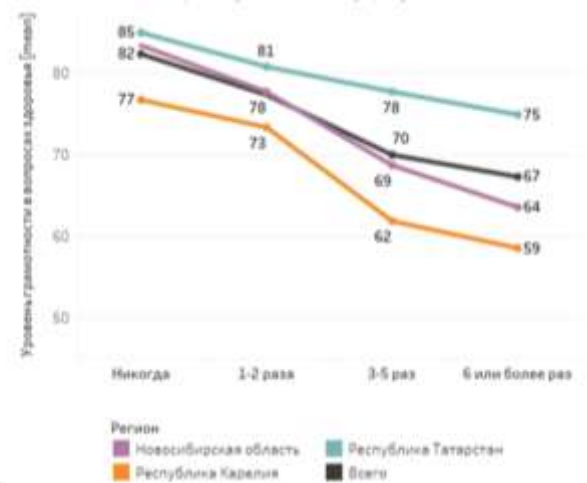
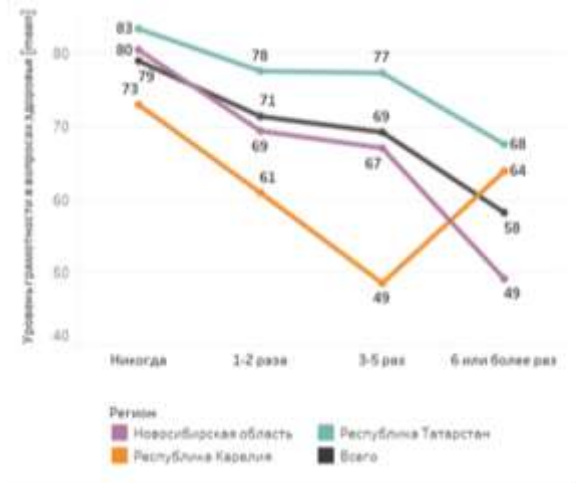


Рисунок 4.16 – Распределение уровня общей грамотности в вопросах здоровья в зависимости от частоты обращений в экстренные медицинские службы по регионам (средние значения)

Рисунок 4.17 – Распределение уровня общей грамотности в вопросах здоровья в зависимости от частоты обращений к терапевту по регионам (средние значения)

Для многофакторного анализа были выбраны все показатели использования медицинских услуг – вызовы скорой помощи, обращения к врачу-терапевту и другим специалистам, госпитализации.

Модель многофакторной линейной регрессии показала, что вызовы скорой помощи объясняют 7,0%, а обращения к врачам-терапевтам – 15,0% вариации уровня ГЗ, а обращение к другим специалистам и госпитализация 5,0% и 3,0% соответственно. Возраст является наиболее сильным предиктором для всех показателей: вызовы скорой помощи ($\beta=0,12$), обращения к врачу-терапевту ($\beta=0,29$), обращения к другим специалистам ($\beta=0,11$) и госпитализации ($\beta=0,12$). (таблица 4.12).

Таблица 4.12 – Модель многофакторной линейной регрессии четырех показателей использования медицинской помощи к общей ГЗ и пяти социальным детерминантам (стандартизованный коэффициент β и R^2) для общей взвешенной выборки

Характеристики	Вызов скорой помощи	Обращение к врачу-терапевту	Обращение к другим специалистам	Госпитализация
Общий уровень ГЗ	-0,09	-0,09	-0,10	-0,06
Пол женский	0,09	0,06	0,05	0,02
Возраст	0,12	0,29	0,11	0,12
Образование	-0,06	0,01	0,09	-0,06
Социальный статус	-0,04	-0,04	-0,06	0,02
Финансовые ограничения	0,09	0,11	0,06	0,06
R^2	0,07	0,15	0,05	0,03

Примечания: р-значения с коэффициентами β

Индекс общей ГЗ: от 0 = минимальный до 100 = максимальный.

Уровень образования: от 0 (низший) до 8 (высший).

Социальный статус: от 1 = самый низкий уровень до 10 = самый высокий

Финансовые ограничения: от отсутствия ограничений (0) до серьезных ограничений (100).

4.7. Функциональная грамотность в вопросах здоровья

Функциональная грамотность в вопросах здоровья изучалась при помощи теста Newest Vital Sign (NVS), который впервые использовался в российской популяции в ходе настоящего исследования. Результаты теста продемонстрировали преобладание высокой вероятности ограниченной функциональной ГЗ у 40,6% респондентов, возможное наличие ограниченной функциональной ГЗ – у 21,1% и достаточный уровень функциональной ГЗ – у 38,2% респондентов. Полученные результаты объективной оценки с помощью теста NVS-RUS статистически значимо ($p < 0,001$) коррелируют с результатами

субъективной оценки общей ГЗ с помощью вопросника HLS₁₉ ($r=0,10$). На рисунке 4.18 представлены результаты оценки функциональной ГЗ и их ассоциация с результатами общей ГЗ.

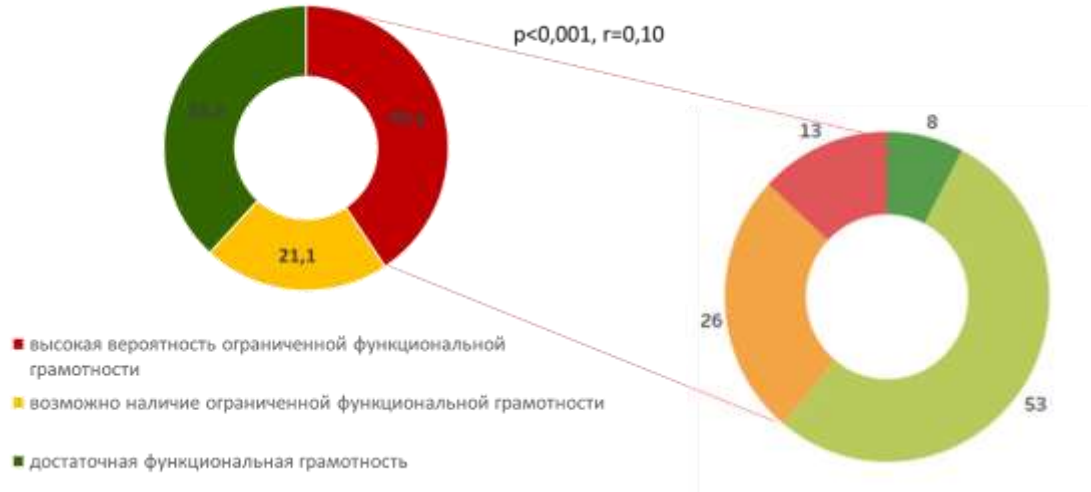


Рисунок 4.18 – Результаты оценки функциональной ГЗ и их ассоциация с результатами оценки общей ГЗ

4.8. Источники информации о здоровье

Самыми популярными источниками информации о здоровье или на медицинские темы, к которым респонденты обращаются в первую очередь, оказались цифровые ресурсы (55,0%) и медицинские работники (23,4%) (рисунок 4.19).



Рисунок 4.19 – Источники информации о здоровье и на медицинские темы по трем регионам (%)

Анализ распределения используемых источников информации в отношении здоровья в различных возрастных группах показал абсолютное преимущество цифровых ресурсов в возрастных группах 18-44 года и 45-64 года во всех трех регионах, а медицинских работников в качестве источника информации преимущественно в возрасте 65 лет и старше во всех регионах участников исследования (рисунок 4.20).

В последний раз, когда вы искали информацию о здоровье или по медицинской тематике, куда вы обратились в первую очередь?

Регион	Признак	Нетрадиционная медицина	Телефон горячей линии	Окружающие люди	Печатные материалы	Медицинские работники	Цифровые источники информации
Новосибирская область	18-25	0%	0%	4%	3%	14%	78%
	26-35	0%	0%	2%	3%	17%	76%
	36-45	0%	0%	4%	5%	18%	72%
	46-55	1%	0%	4%	7%	22%	67%
	56-65	1%	1%	8%	14%	25%	51%
	66-75	0%	0%	8%	25%	36%	29%
76 и старше	1%	0%	9%	38%	39%	10%	
Республика Карелия	18-25	0%	0%	9%	6%	9%	73%
	26-35	0%	0%	11%	4%	17%	65%
	36-45	0%	0%	13%	8%	23%	56%
	46-55	1%	1%	13%	9%	30%	45%
	56-65	2%	0%	10%	18%	48%	23%
	66-75	1%	0%	15%	12%	56%	17%
76 и старше	0%	0%	20%	18%	45%	9%	
Республика Татарстан	18-25	0%	0%	1%	23%	18%	55%
	26-35	0%	0%	5%	6%	13%	73%
	36-45	1%	1%	5%	9%	14%	70%
	46-55	1%	3%	4%	14%	21%	52%
	56-65	0%	1%	9%	15%	16%	49%
	66-75	0%	1%	4%	43%	24%	24%
76 и старше	0%	0%	5%	45%	40%	6%	

Рисунок 4.20 – Распределение источников информации по возрасту и регионам (%)

4.9. Грамотность в вопросах здоровья и социальная поддержка

В результате изучения ассоциации социальной поддержки с грамотностью в вопросах здоровья, была выявлена прямая корреляция: лица с более высоким уровнем ГЗ оценивали социальную поддержку как сильную и наоборот (рисунок 4.21).

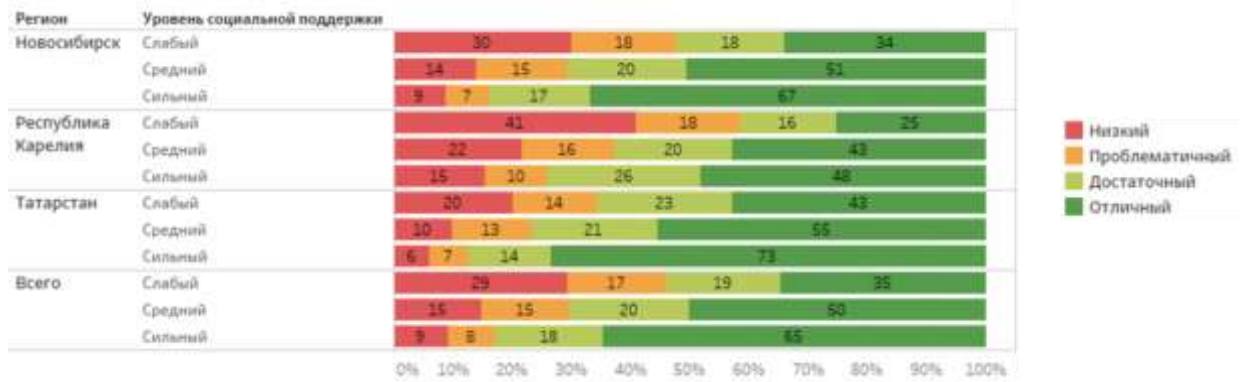


Рисунок 4.21 – Распределение уровня воспринимаемой социальной поддержки в отношении от уровня ГЗ в трех регионах (средние значения)

4.10. Грамотность в вопросах вакцинации

Полученные результаты показывают, что 23,3% населения регионов-участников испытывают затруднения в поиске информации о прививках (таблица 4.13).

Таблица 4.13 – Распределение по регионам ответов респондентов в отношении поиска информации о рекомендованных прививках (N, %)

Насколько Вам легко или сложно...		Регион							
		Новосибирская область		Республика Карелия		Республика Татарстан		Всего	
		N	%	N	%	N	%	N	%
найти информацию о рекомендованных прививках для Вас или Вашей семьи?	Очень сложно	52	2,1%	48	2,7%	53	2,3%	153	2,3%
	Сложно	489	20,0%	500	27,8%	389	16,9%	1378	21,0%
	Легко	1591	65,0%	1023	56,8%	1378	59,8%	3992	60,9%
	Очень легко	228	9,3%	98	5,4%	347	15,1%	673	10,3%
	Затрудняюсь ответить	87	3,6%	131	7,3%	136	5,9%	354	5,4%
	Всего	2447	100,0%	1800	100,0%	2303	100,0%	6550	100,0%

А с проблемами в понимании того, для чего нужны прививки сталкиваются 15,0% изученного населения (таблица 4.14).

Таблица 4.14 – Распределение по регионам ответов респондентов в отношении понимания для чего нужны прививки (N, %)

Насколько Вам легко или сложно...		Регион							
		Новосибирская область		Республика Карелия		Республика Татарстан		Всего	
		N	%	N	%	N	%	N	%
понять для чего Вам или Вашей семье нужны прививки?	Очень сложно	32	1,3%	47	2,6%	24	1,0%	103	1,6%
	Сложно	262	10,7%	349	19,4%	268	11,6%	879	13,4%
	Легко	1822	74,5%	1148	63,8%	1512	65,7%	4482	68,4%
	Очень легко	279	11,4%	163	9,1%	371	16,1%	813	12,4%
	Затрудняюсь ответить	52	2,1%	93	5,2%	128	5,6%	273	4,2%
	Всего	2447	100,0%	1800	100,0%	2303	100,0%	6550	100,0%

Корреляционный анализ по методу Спирмена выявил статистически значимую ($p < 0,001$) корреляцию между уровнем общей грамотности и поиском информации о вакцинах ($r = 0,60$). Были изучены факторы, влияющие на грамотность в вопросах вакцинации и с чем ассоциированы проблемы с поиском и пониманием информации. Возраст имеет статистически значимую ($p < 0,001$) отрицательную слабую корреляцию с поиском информации о вакцинах ($r = -0,18$), и пониманием информации о вакцинах ($r = -0,10$). Также выявлена статистически значимая корреляция ($p < 0,001$) между уровнем образования и навыком поиска информации о вакцинах ($r = 0,23$) и пониманием информации о вакцинах ($r = 0,17$). Значимой корреляции между навыками в отношении вопросов вакцинации и полом выявлено не было.

Помимо этого, была изучена ассоциация между грамотностью в вопросах вакцинации и наличием/отсутствием медицинского образования (рисунок 4.22).

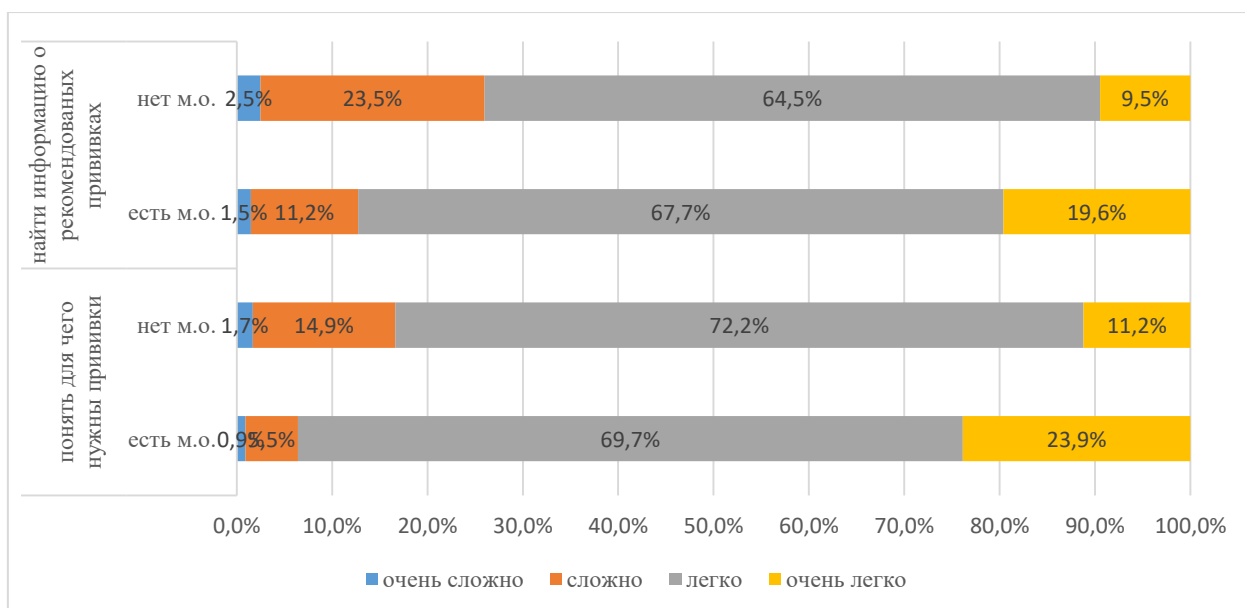


Рисунок 4.22 – Ассоциация грамотности в вопросах вакцинации и наличием/отсутствием медицинского образования (%)

Так, анализ показал, что 26,0% респондентов без медицинского образования и 12,7% – с медицинским образованием отметили, что им сложно или очень сложно найти информацию о рекомендованных прививках. А понять для чего нужны прививки сложно или очень сложно 16,6% респондентов без медицинского образования и 6,4% – с медицинским образованием.

Резюме

В целом, результаты исследования показали, преимущественно достаточный уровень ГЗ у 61,1% населения, а недостаточный уровень составил 38,9%. Из трех сфер ГЗ изученного населения показатели в области укрепления здоровья достоверно выше, чем в области профилактики и лечения заболеваний. В отношении навыков обработки информации, у изученного населения наблюдаются более высокие показатели навыков в поиске и понимании информации о здоровье и более низкие – в оценке и использовании ее в повседневной жизни.

Изучение ассоциаций общей ГЗ с демографическими и социально-экономическими детерминантами, выявил статистически значимые корреляции с

финансовыми ограничениями, социальным статусом, возрастом и уровнем образования ($p < 0,001$). Это позволило выявить целевые группы населения, которые нуждаются в целенаправленных мерах по повышению их ГЗ: лица с низким социальным статусом, низким уровнем образования, имеющие финансовые ограничения, в возрасте 65 лет и старше.

ГЗ статистически значимо ($p < 0,001$) и наиболее выражено ассоциирована с таким поведением в отношении здоровья, как физическая активность ($r = -0,13$) и употребление овощей и фруктов ($r = 0,11$). Была выявлена статистически значимая корреляция грамотности в вопросах здоровья с самооценкой здоровья ($r = 0,30$), наличием хронических заболеваний ($r = -0,24$) и с использованием услуг системы здравоохранения (вызовы экстренной медицинской помощи ($r = -0,13$), посещения врача общей практики ($r = -0,19$), госпитализации ($r = -0,11$)).

Результаты оценки функциональной ГЗ с применением теста NVS ассоциированы с результатами оценки общей ГЗ с помощью вопросника HLS19-Q22-RU_Russian и показали, что 40,6% респондентов в общей выборке имеют высокую вероятность ограниченной функциональной ГЗ.

Изучение ассоциации социальной поддержки с ГЗ выявило прямую корреляцию: лица с более высоким уровнем ГЗ оценивали социальную поддержку как сильную и наоборот.

Изучение грамотности в вопросах вакцинации показало, что 23,3% изученного населения испытывают затруднения в поиске информации о прививках, а с проблемами в понимании того, для чего нужны прививки сталкиваются 15,0% изученного населения.

В отношении источников информации о здоровье, несмотря на преобладание цифровых ресурсов в качестве источника информации, важно отметить, что население в возрасте 65 лет и старше предпочитают в первую очередь получать информацию от медицинских работников, что следует учитывать при разработке информационных программ.

ГЛАВА 5. АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ В СРАВНЕНИИ С МЕЖДУНАРОДНЫМИ ИССЛЕДОВАНИЯМИ

Грамотность в вопросах здоровья и социально-демографические детерминанты

Первое европейское исследование по изучению ГЗ на популяционном уровне (HLS-EU), проведенное в 2009-2012 гг. в 8 европейских странах, продемонстрировало, что высокий процент населения (47,6%) имел ограниченный (низкий и проблематичный) уровень ГЗ (от 28,7% в Нидерландах до более чем 62,1% в Болгарии) [HLS-EU Consortium, 2015]. Таким образом, практически каждый второй респондент в общей выборке европейского населения сталкивался со сложностями в отношении информации о здоровье [Sørensen K. et al., 2015]. Схожие данные были получены в рамках международного исследования в 6 азиатских странах (Вьетнам, Индонезия, Казахстан, Малайзия, Мьянма, Тайвань) в 2013-2014 гг., где около 50,0% населения имеют проблемы с информацией о здоровье [Duong T.V. et al., 2017].

Исследование с применением единого международного протокола и стандартизованного инструмента, проведенное впервые в РФ, показало высокую долю населения с ограниченным уровнем ГЗ (38,9%) [Лопатина М.В. и др., 2021]. При этом по данным всех 17 стран, принявших участие в исследовании HLS₁₉, ограниченный уровень ГЗ составил 46,6% и существенно варьировал между отдельными странами [HLS₁₉ Consortium, 2021].

В исследовании HLS₁₉ изучались те же социально-демографические характеристики, что и в первом европейском исследовании HLS-EU, которое показало, что более высокая доля лиц с ограниченным уровнем ГЗ наблюдается среди тех, кто оценивает свое положение в обществе как «очень низкое» (73,9%) или «низкое» (60,0%), среди лиц с низким уровнем образования (57,2%) и тех, у кого имеются финансовые ограничения (63,4%), а также лиц в возрасте от 66 до 75 лет (58,2%) или 76 лет и старше (60,8%) [HLS-EU Consortium, 2015].

Исследование HLS₁₉ выявило аналогичные уязвимые группы населения, которые подвержены риску низкого уровня ГЗ. К ним относятся люди с более низким уровнем положения в обществе, финансовыми ограничениями, с более низкой самооценкой здоровья. Люди с низким уровнем образования также имеют в среднем более низкий уровень общей ГЗ [HLS₁₉ Consortium, 2021]. В азиатском исследовании индекс общей ГЗ оказался значимо связан с уровнем образования и воспринимаемым положением в обществе [Duong T.V. et al., 2017]. Российское исследование установило значимую ассоциацию уровня ГЗ с возрастом, социально-экономическим положением и уровнем образования, аналогично большинству стран, где проводились популяционные исследования по ГЗ [Лопатина М.В. и др., 2021; Sørensen K. et al., 2015; Duong T.V. et al., 2017].

В российском исследовании проводился многофакторный анализ и были построены модели линейной регрессии общего уровня ГЗ и социальных факторов по аналогии с европейским исследованием, где было показано, что пять социальных факторов объясняют 17,0% вариаций уровня ГЗ в общей европейской популяции, в диапазоне от 8,0% в Нидерландах и Германии и до 20,0% в Польше и 24,0% в Болгарии [Лопатина М.В. и др., 2021; Sørensen K. et al., 2015], указывая на то, что в Польше и Болгарии на ГЗ сильнее влияют социально-экономические показатели, чем в других странах. Эти данные сходны с результатами, полученными впервые в России, где вариация ГЗ от аналогичных детерминант составила 22,0% [Лопатина М.В. и др., 2021].

Основываясь на этих выводах, европейское и многочисленные популяционные исследования по ГЗ подтверждают социальный градиент в отношении ГЗ [Friis K. et al., 2016; Aaby A. et al., 2017; Nutbeam D., Lloyd J.E., 2021], так же, как и данные, полученные в исследовании HLS₁₉ [HLS₁₉ Consortium, 2021] и отдельно российском исследовании [Лопатина М.В. и др., 2020; Лопатина М.В. и др., 2021]. Социальный градиент ГЗ означает, что лица, которые находятся в неблагоприятных социальных и экономических условиях, ограничены в получении информации по укреплению здоровья, профилактике и лечению

заболеваний, имеют меньший доступ к информационным ресурсам, и с учетом растущих требований к навыкам и умениям населения это непреднамеренно увеличивает социальное неравенство в отношении здоровья, поскольку с этими требованиями способны справиться только лица с достаточным уровнем ГЗ [Protheroe J., Nutbeam D., 2009].

Результаты российского исследования показали статистически значимую обратную корреляцию ГЗ с возрастом, т.е. у лиц в возрасте до 65 лет уровень ГЗ выше, чем в возрастной группе старше 65 лет [Лопатина М.В. и др., 2021]. С одной стороны, очевидно, что с возрастом ухудшаются когнитивные способности и, вместе с тем, ухудшаются навыки понимания информации, и, как следствие, это ведет к ухудшению навыков ее использования. Однако ряд исследований в Дании показывает обратную ситуацию — население в возрасте 25—45 лет испытывает больше трудностей в отношении медицинской информации по сравнению с лицами старшего возраста [Svendsen M.T. et al., 2020; Во А. et al., 2014]. Смешанные результаты относительно ассоциации возраста и грамотности в вопросах здоровья обсуждались в обзоре I. Van der Heide и соавторов [Van der Heide I. et al., 2013], которые обнаружили, что возраст связан с ухудшением ГЗ в рамках конкретных аспектов ГЗ. Авторы предположили, что у пожилых, возможно, улучшаются навыки в результате более длительного опыта использования системы здравоохранения и более налаженных отношений со своим лечащим врачом [Van der Heide I. et al., 2013; Svendsen M.T. et al., 2020].

В обзоре С. Stormacq и его соавт. [Stormacq С. et al., 2019] подробно изучалась опосредующая связь между социально-экономическим статусом, ГЗ и поведением в отношении здоровья, где учитывались социально-экономические и социально-демографические (расовые и гендерные) характеристики, связанные с низким уровнем ГЗ. Результаты анализа данных подтвердили, что некоторые установленные социальные детерминанты влияют на ГЗ отдельных лиц и населения в целом. У лиц с более высоким уровнем образования, лучшей работой и доходом, как правило, наблюдается лучший доступ к информации о здоровье и

на медицинские темы и большой доступ к ресурсам, с помощью которых можно использовать эту информацию [Stormacq C. et al., 2019]. Было выявлено, что доход, занятость и расовая/этническая принадлежность также ассоциированы с ГЗ. Эти результаты согласуются с предыдущими обзорами [Nutbeam D., Lloyd J.E., 2021].

С учетом этих выводов, авторы предполагают, что повышение ГЗ может потенциально смягчить влияние некоторых основных социально-экономических детерминант, которые способствуют неравенству в отношении здоровья [Stormacq C. et al., 2019; Stormacq C. et al., 2020].

Это дает основания предполагать, что ГЗ может являться переменной, влияющей на ассоциацию между плохими социальными и экономическими условиями и последующими плохими результатами в отношении здоровья, которые легче поддаются изменениям, чем другие социальные и экономические условия. Можно сделать вывод, что повышение грамотности населения в вопросах здоровья и улучшение доступности медицинской информации и услуг для лиц с низким уровнем ГЗ может быть практической стратегией сокращения неравенства и обеспечения большей справедливости в отношении здоровья.

Грамотность в вопросах здоровья и поведение, связанное с образом жизни Ассоциация ГЗ с показателями поведения, связанного с образом жизни, была исследована и представлена, особенно для определенных показателей, в международных публикациях, а также в HLS-EU и последующих исследованиях; поэтому соответствующие исследовательские вопросы также были включены в данное исследование в рамках HLS₁₉. Вопросы по определению значимости ГЗ для здоровья и политики в области здравоохранения сосредоточены на том, оказывает ли ГЗ влияние на поведение в отношении здоровья, а не на объяснении различий в этом поведении. Основной научный интерес HLS₁₉ сконцентрирован на влиянии ГЗ, а не конкретно на поведении [HLS₁₉ Consortium, 2021].

Предыдущие исследования показали, что более высокий уровень ГЗ увеличивает вероятность поведения, способствующего укреплению здоровья,

как например, употребление фруктов и овощей, отказ от курения [Pelikan J.M., Ganahl K., 2017]. Первое европейское исследование HLS-EU, а также некоторые из последующих исследований в определенной степени продемонстрировали значительные корреляции Спирмена для ГЗ с некоторыми видами поведения в отношении здоровья. Эти корреляции были самыми высокими для физической активности ($\rho=-0,19$, колебания по странам от $\rho=-0,04$ до $\rho=-0,21$). Проведенный многофакторный линейный регрессионный анализ в моделях, которые объясняют в среднем 8% физической активности, продемонстрировал, что ГЗ в среднем имеет самый высокий значимый эффект $\beta=-0,13$ (варьирует в разных странах от $\beta=-0,06$ до $\beta=-0,18$) [Pelikan J.M., Ganahl K., 2017].

Более поздние исследования также показали, что люди с достаточным уровнем ГЗ с большей вероятностью были более физически активны [Fernandez D.M. et al., 2016], а высокий уровень ГЗ также был связан с более частым употреблением овощей и фруктов [Lim S. et al., 2017]. Напротив, низкие уровни ГЗ связаны с отсутствием физической активности и нездоровым питанием и ожирением [Aaby A. et al., 2017]. Таким образом, в большинстве исследований показаны последовательные результаты положительного влияния ГЗ на физическую активность и пищевые привычки (употребление овощей и фруктов), а результаты относительно потребления алкоголя и курения противоречивы.

Из четырех исследованных показателей поведения и образа жизни в отношении здоровья два показали релевантные и значимые корреляции и коэффициенты регрессии с общей ГЗ в России и для большинства стран-участниц HLS₁₉: физическая активность ($\rho=0,11$, варьирует от 0,04 (Франция и Венгрия) до 0,20 (Словакия); $\beta=0,11$ варьирует от 0,03 (Франция) до 0,27 (Болгария) и потребление овощей и фруктов ($\rho=0,11$, варьирует от 0,05 (Ирландия) до 0,17 (Россия и Словакия); в среднем $\beta=0,09$, варьирует от -0,01 (Португалия) до 0,18 (Словакия) [HLS₁₉ Consortium, 2021].

Постоянного и релевантного влияния общей ГЗ на поведение в отношении курения и употребление алкоголя в среднем по странам выявлено не было [HLS₁₉ Consortium, 2021].

Таким образом, на вопросы исследования можно ответить положительно только в различной и частично ограниченной степени с помощью результатов HLS₁₉ как и в более ранних исследованиях. Тем не менее, результаты подтвердили, что ГЗ является важным фактором, доказательно определяющим более высокую физическую активность и более частое употребление овощей и фруктов для всех стран.

Грамотность в вопросах здоровья и состояние здоровья

Ассоциация ГЗ с различными показателями состояния здоровья была исследована и представлена в международных публикациях, в частности, в HLS-EU и последующих исследованиях, поэтому соответствующие вопросы исследования были также включены и в HLS₁₉. Предыдущие исследования показывают, что основная роль ГЗ заключается в объяснении различий в воспринимаемом состоянии здоровья. Данные двух систематических обзоров подтверждают независимый вклад ГЗ в воспринимаемое состояние здоровья и предполагают возможную посредническую роль ГЗ [Berkman S. et al., 2011; Mantwill S. et al., 2015]. В исследовании HLS-EU все три показателя для измерения состояния здоровья человека показали значительную корреляцию с ГЗ: самооценка здоровья (в среднем $r=-0,27$), хронические заболевания или проблемы со здоровьем (в среднем $r=0,16$) и ограничения, вызванные заболеванием (в среднем $r=0,17$). В многофакторной линейной регрессионной модели с пятью социально-демографическими и социально-экономическими основными детерминантами в качестве независимых переменных, в среднем объясняли 27% дисперсии, где ГЗ была вторым по величине предиктором самооценки здоровья (в среднем $\beta = 0,17$, варьировал от $\beta = 0,09$ до $\beta = 0,21$) после возраста ($\beta=-0,37$) [HLS-EU Consortium, 2012; Pelikan J.M., Ganahl K., 2017; Sørensen K. et al., 2015].

В перекрестном исследовании в Израиле с использованием инструмента, основанного на HLS-EU-Q16, [Levin-Zamir D., Baron-Epel O.B., 2016] было обнаружено, что ГЗ и возраст были самыми значимыми предикторами воспринимаемого состояния здоровья среди взрослых. Недавнее общенациональное исследование, проведенное в Дании, показало, что лица с более низким уровнем ГЗ, сообщали о более плохом состоянии здоровья и большем количестве компенсационных выплат за пребывание в отпуске по болезни в качестве косвенного показателя состояния здоровья [Svendsten M.T. et al., 2020].

Таким образом, изученные показатели состояния здоровья не только умеренно коррелируют с общей ГЗ, но и имеют умеренное независимое прямое влияние на эти показатели. В среднем корреляция ρ , стандартизованный коэффициент регрессии β и объясненная дисперсия в модели R^2 являются самыми высокими для самооценки здоровья ($\rho=-0,21$, $\beta=-0,15$, $R^2=21\%$), за которыми следуют ограничения, вызванные заболеваниями ($\rho=0,18$, $\beta=0,14$, $R^2=10\%$) и хроническими заболеваниями ($\rho=-0,14$, $\beta=-0,09$, $R^2=15\%$). Общая тенденция была продемонстрирована для всех стран, включая РФ [HLS₁₉ Consortium, 2021].

Грамотность в вопросах здоровья и использование услуг системы здравоохранения

Опубликованная литература об ассоциации между ГЗ и использованием медицинских услуг выявила разные результаты для разных типов медицинских услуг. В исследовании, проведенном в 2002 г. [Andrus M.R., Roth M.T., 2002] обнаружили, что низкий уровень ГЗ был ассоциирован с повышенным уровнем госпитализации и увеличением затрат на лечение. Betz С. и соавторы [Betz С. et al., 2008] выявили, что низкий уровень ГЗ ассоциирован с более высокой частотой обращений в отделение неотложной помощи. Систематический обзор Berkman N.D. и соавторов [Berkman N.D. et al., 2011] показал, что низкий уровень ГЗ с большим количеством госпитализаций и более частым использованием

неотложной помощи. По данным Rasu R.S. и соавторов [Rasu R.S. et al., 2015], ГЗ обратно пропорциональна обращению за медицинской помощью. В обзоре [Palumbo R., 2017] отмечено, что ограниченный уровень ГЗ предопределяет увеличение частоты госпитализаций и ненадлежащее использование медицинских услуг. Friis К. и соавторы [Friis К. et al., 2020] обнаружили, что низкий уровень ГЗ в целом ассоциирован с большим числом посещений врача общей практики и госпитализаций, а также более длительными периодами госпитализации после 4 лет наблюдения.

В первом европейском исследовании HLS-EU были изучены четыре показателя использования медицинских услуг, для всех из которых были продемонстрированы значимые корреляции Спирмена с общей ГЗ: посещение врача общей практики (в среднем $\rho = -0,11$), вызовы скорой помощи ($\rho = -0,06$), госпитализации ($\rho = -0,06$) и посещение врачей других специальностей ($\rho = 0,06$) [HLS-EU Consortium, 2012]. Модель многофакторной регрессии с пятью демографическими и социально-экономическими детерминантами и общей ГЗ, которая в среднем объясняет 13% дисперсии (в разных странах варьировала от 3% до 23%), показала, что общая ГЗ является третьим по силе предиктором ($\rho = -0,07$) использования медицинских услуг [Pelikan J.M., Ganahl K., 2017].

В более поздних исследованиях с использованием инструмента HLS-EU [Vandenbosch J. et al., 2016] обнаружили, что низкий уровень ГЗ ассоциирован с более частым использованием медицинских услуг. Verens Е-М. и соавторы [Verens Е-М. et al., 2018] обнаружили, что респонденты с более низкими показателями ГЗ сообщали о более частом использовании всех четырех включенных видов медицинских услуг. Однако многофакторный регрессионный анализ показал прямое значимое влияние ГЗ только на посещение врачей и других медицинских работников, в то время как при учете социально-демографических факторов и факторов, связанных со здоровьем, не было обнаружено значительной прямой корреляции ГЗ с частотой госпитализаций и вызовов скорой помощи.

Таким образом, общая ГЗ и использование медицинских услуг в среднем слабо коррелировали со всеми изученными показателями. Самая сильная корреляция ГЗ была обнаружена в среднем с обращениями к врачам общей практики ($\rho=-0,12$), за ними следовали вызовы скорой помощи ($\rho=-0,07$), посещение других медицинских специалистов ($\rho=-0,07$) и госпитализации ($\rho=-0,05$).

В многофакторных моделях линейной регрессии с пятью используемыми демографическими и социально-экономическими показателями, которые, как было показано, являются предикторами ГЗ, значения β для определения потенциального влияния общей ГЗ на использование услуг системы здравоохранения были в среднем, по сравнению с другими корреляциями, несколько ниже для обращений в службы неотложной помощи ($\beta=-0,06$), к врачам общей практики / семейным врачам ($\beta=-0,09$), врачам других специальностей ($\beta=-0,05$) и госпитализаций ($\beta=-0,04$). Результаты HLS₁₉ хорошо согласуются с уже продемонстрированными тенденциями, даже если значения корреляций, коэффициентов β и объясненной дисперсии в HLS₁₉ несколько ниже, чем в HLS-EU. Таким образом, из всех показателей использования медицинских услуг, общая ГЗ актуальна по крайней мере для двух, т.е. обращение к врачам общей практики и вызовов скорой помощи.

Резюме

Проведенный анализ полученных результатов исследования в РФ в сравнении с международными исследованиями показал, что в целом они имеют аналогичные результаты. Во всех проведенных исследованиях, несмотря на то, что показатели в отдельных странах существенно варьируют, был выявлен социальный градиент грамотности в вопросах здоровья и определены с целом идентичные группы населения, которые наиболее уязвимы в отношении информации о здоровье: лица с низким положением в обществе, низкой самооценкой здоровья, имеющие существенные финансовые ограничения, старших возрастных групп.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В начале 21 века грамотность в вопросах здоровья приобрела актуальность, став одной из широко обсуждаемых и исследуемых тем как в медицинских исследованиях, так и в области общественного здоровья. За последние 40 лет грамотность в вопросах здоровья стала объектом междисциплинарного интереса. Грамотность в вопросах здоровья также привлекла внимание многих правительств, государственных организаций, национальных и международных неправительственных организаций, таких как ВОЗ и ЮНЕСКО, включена в повестку устойчивого развития ООН. Эти организации выбрали грамотность в вопросах здоровья в качестве приоритетного направления развития системы укрепления здоровья населения и включили ее в свои программы и повестки дня. Хотя подходы к повышению грамотности в вопросах здоровья в основном развивались в западных странах, она стала глобальным явлением, которое на сегодняшний день изучено в тысячах исследований по всему миру и используется в многочисленных национальных программах по укреплению здоровья, проводятся регулярные измерения и мониторинг и внедряются отдельные программы по мерам повышения грамотности в вопросах здоровья.

В Российской Федерации важность формирования культуры ответственного отношения к здоровью граждан закреплено в новых поправках к Конституции РФ, что неразрывно связано с повышением уровня грамотности населения в вопросах здоровья. В России проводится широкомасштабная работа по просвещению и информированию населения о профилактике неинфекционных заболеваний и укреплении здоровья, разрабатываются и внедряются региональные и корпоративные программы укрепления общественного здоровья, где прописаны конкретные меры по повышению грамотности населения в вопросах здоровья, но, как показывает анализ, в большинстве таких программ отсутствует компонент комплексной оценки предпринимаемых мер.

В современном понимании грамотность в вопросах здоровья включает не только знания населения и информацию об укреплении здоровья, профилактике и

лечения заболеваний, но и мотивацию и навыки поиска, понимания, оценки и применения этой информации с целью улучшения качества жизни на всех ее этапах.

Уровень грамотности в вопросах здоровья ассоциирован с демографическими и социально-экономическими факторами, такими как возраст, уровень образования, положение в обществе и финансовое положение. Также уровень грамотности в вопросах здоровья влияет на образ жизни и поведение в отношении здоровья: уровень физической активности и пищевое поведение, в частности, потребление овощей и фруктов.

В соответствии с задачами исследования впервые в Российской Федерации был адаптирован для российской популяции в ходе данной работы международный инструмент и методика измерения и комплексной оценки грамотности в вопросах здоровья на популяционном уровне и рекомендована для изучения на всей территории Российской Федерации, что, в свою очередь, также позволяет получать данные, сравнимые на международном уровне. Адаптированная версия инструмента на русском языке была использована в Казахстане, Германии и США для изучения грамотности в вопросах здоровья среди русскоговорящего населения и в дальнейшем может быть использована среди русскоговорящего населения в странах СНГ, русских иммигрантов в мире.

Был изучен уровень грамотности в вопросах здоровья в разных группах населения и были выявлены уязвимые группы населения и социальный градиент в отношении грамотности в вопросах здоровья, который означает, что самые социально и экономически уязвимые группы населения обладают наихудшим доступом, пониманием, навыком оценки и использования информации о здоровье и на медицинские темы. Была изучена ассоциация грамотности в вопросах здоровья с поведением в отношении здоровья, социальной поддержкой, функциональная грамотность, грамотность в вопросах вакцинации.

Измерение и мониторинг уровня грамотности в вопросах здоровья с применением разработанной системы комплексной оценки в дальнейшем

позволит разрабатывать меры политики по просвещению населения в отношении укрепления здоровья и профилактики заболеваний, с особым вниманием к уязвимым в этом отношении группам населения, а также информационно-коммуникационные кампании, учитывая уровень грамотности населения и потребности в отдельных группах населения 18 лет и старше, а также оценивать эффективность предпринимаемых мер.

ВЫВОДЫ

1. Выбранный перевод термина health literacy – «грамотность в вопросах здоровья» отражает суть современной концепции, а выбранные международные методы позволяют проводить комплексную оценку грамотности в вопросах здоровья населения в возрасте 18 лет и старше на популяционном уровне и получать данные, сравнимые на международном уровне.

2. Вопросник HLS₁₉-Q22-RU-Russian и тест NVS-RUS являются надежными инструментами для измерения и оценки грамотности в вопросах здоровья (коэффициент альфа Кронбаха по оценке внутренней согласованности и надежности вопросника составил $\alpha=0,9$, теста – $\alpha=0,7$) в российской популяции, а также при соответствующей адаптации может быть использован среди русскоговорящего населения, проживающего в других странах.

3. Комплексная оценка грамотности в вопросах здоровья в общей выборке трех субъектов Российской Федерации показала преимущество достаточного уровня грамотности в вопросах здоровья у 61,1% населения, а недостаточный уровень составил 38,9%. Из трех сфер грамотности в вопросах здоровья изученного населения показатели в области укрепления здоровья достоверно выше (83,6), чем в области профилактики (80,0) и лечения заболеваний (78,6). В отношении навыков обработки информации, у изученного населения наблюдаются более высокие показатели навыков в поиске (83,7) и понимании информации о здоровье (84,0) и более низкие – в оценке (75,9) и использовании ее в повседневной жизни (79,2).

4. Изучение ассоциаций общей грамотности в вопросах здоровья с демографическими/социально-экономическими детерминантами, выявило статистически значимые ($p<0,001$) корреляции с финансовыми ограничениями ($r=-0,37$), социальным статусом ($r=0,31$), возрастом ($r=-0,24$) и уровнем образования ($r=-0,20$). Это позволило выявить целевые группы населения, которые нуждаются в целенаправленных мерах по повышению их грамотности в вопросах здоровья. К ним относятся лица с низким социальным статусом,

низким уровнем образования, имеющие финансовые ограничения, в возрасте 65 лет и старше.

5. Грамотность в вопросах здоровья статистически значимо ($p < 0,001$) и наиболее выражено ассоциирована с таким поведением в отношении здоровья, как физическая активность ($r = -0,13$) и употребление овощей и фруктов ($r = 0,11$). Была выявлена статистически значимая корреляция грамотности в вопросах здоровья с самооценкой здоровья ($r = 0,30$), наличием хронических заболеваний ($r = -0,24$) и с частотой вызовов экстренной медицинской помощи ($r = -0,13$), посещения врача общей практики ($-0,19$), госпитализаций ($r = -0,11$).

6. Результаты теста NVS-RUS по оценке функциональной грамотности в вопросах здоровья были аналогичны результатам вопросника HLS₁₉-Q22-RU_Russian и показали, что 40,6% респондентов в общей выборке имеют высокую вероятность ограниченной функциональной грамотности в вопросах здоровья, а также наблюдается положительная статистически значимая ($p < 0,001$), но несущественная корреляция ($r = 0,10$) с результатами общей грамотности в вопросах здоровья по вопроснику HLS₁₉-Q, что свидетельствует о том, что тест NVS как стандартизированный инструмент оценки функциональной грамотности в вопросах здоровья объясняет слабую степень вариации индекса общей ГЗ, указывая на важность учета индивидуальных и ситуативных факторов.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Данные рекомендации основаны на результатах исследования и включают меры, направленные на повышение грамотности в вопросах здоровья.

Рекомендации адресованы лицам, принимающим решения, медицинским специалистам-практикам и исследователям в области укрепления общественного здоровья.

Результаты исследования предоставляют доказательства для тех областей, в которых необходимы вмешательства. Предложенные вмешательства основаны на практическом опыте многих стран и приводятся как примеры эффективных практик по повышению грамотности в вопросах здоровья.

ГЗ может быть улучшена как на индивидуальном уровне, так и на уровне организаций и систем, или в сочетании того и другого.

Повышение ГЗ на индивидуальном уровне касается методов обучения и просвещения, которые лучше всего подходят в контексте обучения студентов, медицинских специалистов и пациентов с хроническими заболеваниями (в формате школ здоровья). Однако эти подходы принесут результаты в виде улучшения компетенций, навыков и знаний только тогда, когда люди будут иметь возможность и желание обучаться.

В процессе обучения и просвещения важным аспектом является то, что информационные ресурсы необходимо регулярно обновлять, как только появляется новая информация. В отношении здоровья и заболеваний это происходит довольно часто. Кроме того, люди склонны забывать информацию, которую они не используют регулярно.

Повышение уровня ГЗ в ситуациях, в которых люди должны принимать решения и действовать, сосредоточено на предоставлении доступной, актуальной, понятной, надежной информации в отношении здоровья на организационном и системном уровнях. Этот вид вмешательства потенциально может охватить

большое количество людей и облегчить доступность, понятность, оценку и использование информации.

Рекомендации по общей грамотности в вопросах здоровья

Данные исследования подтверждают гипотезу о том, что уровень ГЗ связан с состоянием здоровья и результатами работы систем здравоохранения: более низкий уровень ГЗ связан с более нездоровым образом жизни (меньшее потребление фруктов и овощей; меньшая физическая активность), с худшим состоянием здоровья и низкой самооценкой здоровья, с наличием хронических заболеваний и ограничений в повседневной жизни, вызванных заболеваниями, а также более интенсивным использованием медицинских услуг (служб экстренной медицинской помощи, частым обращениям к врачам и госпитализациям).

Это представляется актуальной проблемой, поскольку 39% изученного российского населения сталкивается с проблемами в управлении информацией о здоровье, следовательно, имеют более высокие риски худшего здоровья и исходов лечения.

В регионах от 35% до 55% населения испытывают значительные трудности при выполнении задач, связанных с управлением информацией о здоровье. Что касается вероятности возникновения этих трудностей, в ходе исследования был выявлен социальный градиент, который означает, что неравенство в состоянии здоровья населения связано с неравенством в социальном статусе.

Рекомендация 1: Меры политики в области здравоохранения должны включать регулярные исследования по измерению и мониторингу ГЗ населения и осуществление мероприятий по ее повышению.

Общие предложения по возможным вмешательствам в этом отношении включают:

- Формирование мер политики, практики и исследований ГЗ с участием лиц, принимающих решения, заинтересованных сторон из различных секторов:
 - с помощью аналитических обзоров, конференций, семинаров, информационных бюллетеней, веб-сайтов;

- путем интеграции ГЗ в другие приоритетные направления мер политики здравоохранения (такими как безопасность пациентов, самоконтроль пациента, НИЗ);

- путем включения ГЗ в региональные / муниципальные программы здравоохранения и путем разработки конкретных планов действий для ГЗ.

- Руководство, создание инфраструктуры, обеспечение ресурсов (финансы, персонал, материалы и инструменты).

- Разработка нормативной базы для практики ГЗ: определение ГЗ в качестве одного из индикаторов эффективности системы здравоохранения, определение стандартов качества применения ГЗ на практике, а также создания стимулов для надлежащей практики по ГЗ.

- Инвестирование в конкретные программы для улучшения практики ГЗ в различных секторах общества (здравоохранение, образование, рабочие места, магазины, средства массовой информации).

- Инвестирование в регулярный, стандартизированный, сравнительный мониторинг и исследования уровня ГЗ.

Рекомендации для отдельных групп населения с низким уровнем ГЗ

Некоторые группы населения более подвержены низкому уровню ГЗ, чем другие: люди с низким уровнем самооценки здоровья (очень плохое или плохое), тех, кто испытывает финансовые ограничения, имеет низкий уровень положения в обществе и более низкий уровень образования. Кроме того, частые вызовы скорой помощи, посещения врачей (6 и более раз в год), пожилой возраст (65+) и хронические заболевания также являются факторами низкого уровня ГЗ.

Рекомендация 2: Хотя усилия по улучшению ГЗ необходимы для населения в целом, вмешательства должны быть нацелены в первую очередь на группы риска с низким уровнем ГЗ, чтобы сократить социальное неравенство в состоянии здоровья между группами населения.

Предложения по потенциальным мерам воздействия на целевые группы населения:

Вмешательства на системном уровне

- Разработать нормативную базу и стимулы для поддержки реализации информационных и коммуникационных стратегий и услуг для уязвимых групп населения (например, сделав соответствие критериям ГЗ условием получения государственного финансирования; включать критерии применения принципов ГЗ в систему оценки качества услуг).

- Проводить мониторинг внедрения мер по ГЗ для уязвимых групп населения.

Вмешательства на уровне организаций:

- Обучать сотрудников организаций / медицинских специалистов коммуникации с учетом принципов ГЗ (использование простого языка, методов «Обратное обучение» (Teach back) и «Задай мне три вопроса»).

- Определять приоритетность целевых групп, которые больше всего нуждаются в поддержке. Как правило, это люди с более низким общим образованием, более низким социальным статусом, люди с финансовыми ограничениями и пожилые люди. Риск низкого уровня ГЗ также может быть у людей с миграционным статусом, особенно если они плохо знают русский язык. В этой связи необходимо предоставлять информацию на разных языках и обеспечивать перевод.

- Повышать доступность, понятность, возможность оценки и применимости информации в основных форматах (письменном, аудиовизуальном, цифровом) по выбранным темам для выбранных целевых групп путем вовлечения целевых групп в определение проблем, выбор тем, разработку и тестирование материалов.

Вмешательства на индивидуальном уровне:

- Предоставлять учебные курсы и материалы на понятном языке для поддержки ГЗ в уязвимых группах населения.

- Привлекать лиц, имеющих влияние на выбранную целевую группу населения (включая специалистов здравоохранения и социальной поддержки), чтобы взаимодействовать с ними.

Рекомендации по повышению ГЗ в конкретных областях и аспектах

ГЗ относится к навыкам и способностям, связанным с поиском, пониманием, оценкой и применением информации, связанной со здоровьем, и является необходимым условием для принятия решений и действий в области укрепления здоровья, профилактики заболеваний и медицинской помощи / лечения заболеваний. Каждый из данных аспектов и областей изучались в данном исследовании.

Четыре навыка обработки информации – поиск/ понимание/ оценка/ использование – независимо от предметной области (укрепление здоровья, профилактика или лечение заболеваний) – представляют собой логическую модель обработки информации о здоровье.

Рекомендация 3: Меры по улучшению качества жизни должны быть сосредоточены на всех четырех аспектах обработки информации, связанной со здоровьем - поиск, понимание, оценка и использование информации о здоровье (с особым акцентом на оценке и использовании) в области укрепления здоровья, профилактики и особенно лечения заболеваний.

Следовательно, для обеспечения эффективной коммуникации по любой теме необходимо, чтобы навыки обработки информации, один за другим, в достаточной степени подкреплялись вмешательствами.

- Во-первых, обеспечить наличие и доступ к актуальной высококачественной информации о здоровье, особенно через те каналы, которые обычно используются целевой группой (группами) населения, например, группами риска с низким уровнем ГЗ (включая сообщества сверстников и коллег-экспертов, микрорайоны, социальные сети).

- Во-вторых, обеспечить понятность информации для выбранных целевых групп (учитывать культурную адаптацию контента, обеспечивать доступность на разных языках, учитывать информационные потребности малограмотных людей и людей с нарушениями зрения и слуха).

- В-третьих, обеспечить возможность оценки информации, убедившись, что источники информации предоставлены или, что еще лучше, чтобы общедоступная информация была доступна с гарантированным качеством, чтобы люди хорошо понимали, почему определенная информация актуальна для них (например, используя метод «Задай мне 3 вопроса»).

- В-четвертых, убедиться, что предоставленная информация пригодна для использования, будучи достаточно ясной и подробной, чтобы руководствоваться конкретными решениями и действиями (например, разбивать информацию по шагам).

Рекомендации по конкретным задачам общей грамотности в вопросах здоровья

Каждая область ГЗ и каждый навык обработки информации включает множество задач, связанных с информацией и коммуникацией в отношении здоровья. Задачи, которые изучались в исследовании, позволяют выявить трудности, с которыми сталкиваются более крупные группы населения в целом или конкретные (уязвимые) целевые группы.

Рекомендация 4: При планировании вмешательств, связанных с конкретными задачами по ГЗ, следует отдавать приоритет задачам, которые считаются более сложными для населения.

Ниже представлены предложения по потенциальным вмешательствам, которые следует рассмотреть в связи с выявленными сложностями, связанными с тремя темами, а именно ГЗ в средствах массовой информации, грамотность в вопросах психического здоровья, грамотность в вопросах вакцинации.

Улучшение качества жизни за счет более качественной информации о здоровье в средствах массовой информации

Согласно результатам исследования, население испытывает значительные трудности в отношении оценки достоверности информации о здоровье из средств массовой информации, а также в отношении использования и понимания информации, передаваемой через СМИ. Эти выводы связаны с тем фактом, что

средства массовой информации имеют тенденцию повышать осведомленность, скандализируя информацию. Что касается здоровья, это может способствовать либо нереалистично высоким надеждам на новые методы лечения, либо необоснованным опасениям в отношении конкретных рисков для здоровья или заболеваний. В целом кажется реалистичным, что значительная часть людей затрудняется оценить надежность информации в СМИ в отношении здоровья.

В результате исследования были выявлены задачи, которые оказались сложными или очень сложными в выполнении для респондентов: оценить достоверность информации о рисках для здоровья в СМИ; решить, как защитить себя от болезней, используя информацию из СМИ; понимать информацию в СМИ о том, как улучшить здоровье.

Поскольку средства массовой информации по определению обращаются к населению в целом, представляется затруднительным, невозможным или очень неэффективным улучшать способность людей понимать, оценивать или применять информацию из СМИ посредством вмешательств, нацеленных на отдельных лиц.

Рекомендация 5: Качество информации о здоровье и на медицинские темы в средствах массовой информации должно улучшаться и обеспечиваться на системном и организационном уровне.

Предложения системного уровня по потенциальным вмешательствам:

- Стремиться к национальной стратегии в области СМИ для улучшения качества информации либо за счет конкретных стандартов качества информации, либо на основе добровольного повышения качества информации о здоровье.

- Медиа стратегия может включать такие стимулы, как приз за достоверную информацию о здоровье.

- Поскольку способность судить об информации из средств массовой информации во многом связана с общим образованием, медиа грамотностью в вопросах здоровья и критической медиа грамотностью, представляется необходимым включить эту тему в школьную программу.

- В этой связи рекомендовано установить стандарты качества информации о здоровье, которым должны следовать те, кто разрабатывает и распространяет общедоступную информацию.

Предложения организационного уровня (для СМИ):

- Разработать политику справедливой и прозрачной информации о здоровье.
- Иметь руководящие принципы относительно того, как исследовать / разрабатывать / предоставлять информацию о здоровье.

Грамотность в вопросах вакцинации

Вопросы по вакцинации предусмотрительно были включены в исследование и во время пандемии COVID-19 приобрели особую актуальность. Два вопроса по вакцинации вошли в основную часть вопросника. Самым сложным аспектом было понимание или оценка информации, связанной с вакцинацией. Как и в общей ГЗ, грамотность в вопросах вакцинации ниже у людей с более низким социально-экономическим статусом. Однако возраст, пол и, что удивительно, профессиональная подготовка в области здравоохранения не коррелируют с ГЗ-ВАК, что делает людей, работающих в сфере здравоохранения, целевой группой для мероприятий по повышению грамотности в вопросах вакцинации.

Рекомендация 6: Повышение грамотности в вопросах вакцинации имеет высокий приоритет. Необходимо уделять особое внимание выявленным уязвимым группам. Аспект оценки информации о вакцинации (по сравнению с ее поиском, пониманием или применением) должен быть приоритетным, чтобы повысить надежность информации и коммуникации относительно вакцинации.

Предложения по потенциальным стратегиям, которые могут способствовать достижению этой цели, а также помогают повысить устойчивость к ложной информации.

Вмешательства на системном уровне:

- Предоставлять легко доступную, понятную, заслуживающую доверия и гарантированного качества информацию о вакцинации и услугах вакцинации для широкой общественности, особенно через Интернет и в социальных сетях, с

учетом потенциала инновационных информационных инструментов, таких как чат боты. При этом необходимо учитывать конкретные потребности в информации и предпочтительные каналы коммуникации с учетом культурных особенностей отдельных групп населения (разрабатывать информационные материалы совместно с целевыми группами и на разных языках).

- Важно сообщать о роли учреждений и организаций, таких как Министерство здравоохранения, Роспотребнадзор, подчеркивая прозрачность всех процессов в отношении вакцинации населения.

- Ясно и открыто сообщать о потенциальных преимуществах и рисках вакцинации. Для распространения информации необходимо налаживать партнерские отношения с соответствующими участниками в сфере здравоохранения и других секторах, включая социальные службы и службы гигиены труда, систему образования, средства массовой информации, коммерческие и некоммерческие организации, сообщества пациентов и профессионалов.

- Сосредоточиться на укреплении доверия медицинских работников к вакцинации: именно они передают информацию общественности. В этой связи необходимо:

- изучить, что вызывает скепсис у медицинских работников и какая информация им нужна, например, методом фокус-групп;

- инвестировать в обучение и повышение квалификации медицинского персонала по вопросам вакцинации;

- предоставлять рекомендации и контактные данные для медицинских работников, отвечающих за программы вакцинации.

Вмешательства на организационном уровне (для центров и учреждений, проводящих вакцинацию):

- Разработать политику обучения персонала по вопросам вакцинации, чтобы предоставлять понятную для населения информацию.

- Подготовить медицинский персонал к ответам на вопросы сомневающихся и уже вакцинированных.

- Иметь доступный высококачественный информационный материал о вакцинации.

Вмешательства на индивидуальном уровне:

- Проводить обучение и информирование о вакцинации для заинтересованных лиц (например, онлайн-беседы медицинских экспертов, курсы в общественных центрах или центрах для пожилых людей, прямые эфиры экспертов в социальных сетях).

- Привлекать представителей целевых групп к разработке информации о вакцинации: это может помочь выявить темы, которые могут быть особенно интересны людям, такие как побочные ингредиенты продуктов вакцинации, риски после вакцинации и т.д. Соответствующая информация должна быть в открытом доступе через доверенные источники, чтобы не провоцировать появление ложной информации.

Рекомендации по дальнейшим исследованиям

Результаты исследования в очередной раз подтвердили актуальность ГЗ для здоровья населения и политики здравоохранения, охватив общие тенденции в результатах.

Рекомендация 7: ГЗ взрослого населения следует регулярно измерять в как можно большем числе регионов РФ, как минимум один раз в 5 лет.

Предложения:

- Помимо измерения ГЗ взрослого населения, следует рассмотреть возможность измерения ГЗ детей и подростков.

- Помимо измерения общей ГЗ, следует проводить исследования по вмешательствам, направленным на повышение ГЗ и их эффективности, включая экономическую оценку.

- Помимо измерения ГЗ на популяционном уровне, следует поддерживать измерение ГЗ на уровне организаций, цифровой ГЗ, коммуникационной ГЗ, навигационной ГЗ и грамотности в вопросах вакцинации.

Рекомендация 8: Целесообразно включать экономическую оценку затрат системы здравоохранения в отношении общей ГЗ и отдельных направлений грамотности в вопросах здоровья.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

ВОЗ	– Всемирная организация здравоохранения
ГЗ	– грамотность в вопросах здоровья
ИМТ	– индекс массы тела
НИЗ	– неинфекционные заболевания
НСО	– Новосибирская область
ОЗ	– общественное здоровье
ОШ	– отношение шансов
РК	– Республика Карелия
РТ	– Республика Татарстан
РФ	– Российская Федерация
США	– Соединенные Штаты Америки
ФР	– фактор риска
HLS-EU	– Первое европейское исследование по изучению грамотности в вопросах здоровья (European Health Literacy Survey)
HLS ₁₉	– международное исследование по изучению грамотности в вопросах здоровья (Health Literacy Survey)
HLS ₁₉ -Q22- U_Russian	– российская версия вопросника Health Literacy Survey Questionnaire
М-РОНЛ	– Сеть действий ВОЗ по измерению популяционной и организационной грамотности в вопросах здоровья (WHO Action Network on Measuring Population and Organizational Health Literacy)
NVS	– тест по оценке функциональной грамотности в вопросах здоровья (Newest Vital Sign Test)
NVS_RUS	– российская версия теста по оценке функциональной грамотности в вопросах здоровья (Newest Vital Sign Test_Russian)

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Амлаев К.Р., Дахкильгова Х.Т., Хрипунова А.А. Результаты изучения уровня грамотности в вопросах здоровья жителей Северо-кавказского федерального округа // Профилактическая и клиническая медицина. – 2020. – № 3(76). – С. 34-39.
2. Баланова Ю.А., Капустина А.В., Шальнова С.А., Имаева А.Э., Муромцева Г.А., Евстифеева С.Е., Карамнова Н.С., Максимов С.А., Доценко А.Н., Концевая А.В., Драпкина О.М. Поведенческие факторы риска в российской популяции: результаты обследования по модифицированной методологии STEPS // Профилактическая медицина. – 2020. – Т.23. – № 5. – С. 56–66.
3. Баланова Ю.А., Концевая А.В., Шальнова С.А., Деев А.Д., Артамонова Г.В., Гатагонова Т.М. Распространенность поведенческих факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний в российской популяции по результатам исследования ЭССЕ-РФ // Профилактическая медицина. –2014. №5. – С. 42-52
4. Бойцов С.А., Вылегжанин С.В. Профилактика неинфекционных заболеваний в практике участкового терапевта: содержание, проблемы, пути решения и перспективы // Терапевтический архив. – 2015. – Т.87. – №1. – С. 4-9.
5. Бойцов С. А., Драпкина О. М., Шляхто Е. В., Конради А. О., Баланова Ю. А., Жернакова Ю. В., Метельская В. А., Ощепкова Е. В., Ротарь О. П., Шальнова С. А. Исследование ЭССЕ-РФ (Эпидемиология сердечно-сосудистых заболеваний и их факторов риска в регионах Российской Федерации). Десять лет спустя // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2021. Т.20. – №5. – С. 3007.
6. Бубнова М.Г. Понимание некоторых медицинских терминов мужчинами и женщинами с сердечно-сосудистыми заболеваниями // Проблемы женского здоровья. – 2016. – Т.11. – №3. – С. 5-13
7. ГОСТ 31457-2012 Межгосударственный стандарт «Мороженое молочное, сливочное и пломбир». Технические условия. Milk ice, ice-cream and plombir. Specifications. МКС 67.100.10

8. Зелионко А.В., Лучкевич В.С., Авдеева М.В. Использование компетентностного подхода к оценке медицинской информированности и приверженности городских жителей здоровому образу жизни // Профилактическая и клиническая медицина. – 2014. – №4(53). – С. 42-48.
9. Калинина А.М., Гомова Т.А., Кушунина Д.В., Соин И.А., Измайлова О.В., Худяков М.Б. Профилактическая активность пациентов поликлиник как важный фактор эффективности диспансеризации и диспансерного наблюдения: региональный опыт // Профилактическая медицина. – 2015. – Т.18. – № 2-1. – С. 4-10.
10. Калинина А.М., Шальнова С.А., Гамбарян М.Г., Еганян Р.А., Муромцева Г.А., Бочкарева Е.В., Ким И.В. Эпидемиологические методы выявления основных хронических неинфекционных заболеваний и факторов риска при массовых обследованиях населения. Методическое пособие, Москва, 2015.
11. 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. – Т.21.– №3. – С. 31-37.
12. 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. – Т.22. – №5. – С. 112-117.
13. Лопатина М.В., Попович М.В., Карамнова Н.С., Концевая А.В., Драпкина О.М. Измерение функциональной грамотности в вопросах здоровья во взрослой популяции: обзор методов и оценка применимости теста Newest Vital Sign для российского населения // Профилактическая медицина. – 2020. – Т.23. – №6. – С. 126-134.
14. Лопатина М.В., Попович М.В., Концевая А.В., Драпкина О.М. Адаптация европейского вопросника HLS19 по измерению грамотности в вопросах здоровья для России // Экология человека. – 2021. – №1. – С. 57-64. <https://hum-ecol.ru/1728-0869/article/view/63389>

15. Лопатина М.В., Попович М.В., Концевая А.В., Драпкина О.М. Детерминанты грамотности в вопросах здоровья: результаты первого популяционного исследования в Российской Федерации // Профилактическая медицина. – 2021. – Т.24. – №12. – С. 57-64.
16. 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. – Т.22. – №6-2. – С. 106-113.
17. Лопатина М.В., Попович М.В., Старовойтов М.Л., Концевая А.В., Драпкина О.М. Измерение грамотности в вопросах здоровья на популяционном уровне. Первые результаты в Российской Федерации // Профилактическая медицина. – 2020. – Т.23. – №5. – С. 45.
18. Масленникова Г.Я., Оганов Р.Г., Бойцов С.А., Аксельрод С.В., Тоскин И.А., Хальфин Р.А. Неинфекционные заболевания в экономиках Азиатско-Тихоокеанского экономического сотрудничества: возможности для достижения целей устойчивого развития к 2030 году // Профилактическая медицина. – 2016. – Т.19. – №5. – С. 4-9.
19. Методические рекомендации «Эпидемиологический мониторинг факторов риска хронических неинфекционных заболеваний в практическом здравоохранении на региональном уровне» / Баланова Ю.А., Имаева А.Э., Концевая А.В., Шальнова С.А., Деев А.Д., Капустина А.В., Евстифеева С.Е., Муромцева Г.А. Под редакцией Бойцова С.А. М., 2016. – 111 с. Интернет-ресурс: <http://www.gnicpm.ru>
20. Новый текст Конституции РФ с поправками, 2020. Вебсайт. Ссылка активна на 10.01.2022 http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_28399/
21. Сводный доклад №65 Сети фактических данных по вопросам здоровья. Обзор имеющихся фактических данных о методах, механизмах и показателях, используемых для оценки стратегий, программ и мероприятий в сфере развития грамотности в вопросах здоровья на региональном, национальном и

организационном уровнях. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2019 г. Rowlands G., Trezona A., Russell S., Lopatina M., Pelikan J., Paasche-Orlow M., Drapkina O., Kontsevaya A., Sørensen K. Лицензия: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/330365/9789289054690-rus.pdf>

22. Стратегия формирования здорового образа жизни населения, профилактики и контроля НИЗ на период до 2025 года, 2020. Вебсайт. Ссылка активна на 10.01.2022 <https://gnicpm.ru/articles/speczialistam-articles/strategiya-formirovaniya-zdorovogo-obraza-zhizni-naseleniya-profilaktiki-i-kontrolya-neinfekcionnyh-zabolevanij-na-period-do-2025-goda.html>

23. Сырцова Л.Е., Абросимова Ю.Е., Лопатина М.В. Грамотность в вопросах здоровья: содержание понятия. Профилактическая медицина. – 2016. – Т.19. – №2-1. – С. 58-63.

24. Территориальный орган Федеральной службы государственной статистики по Новосибирской области. Вебсайт. Ссылка активна на 22.01.2022. <https://novosibstat.gks.ru>

25. Территориальный орган Федеральной службы государственной статистики по Республике Карелия. Вебсайт. Ссылка активна на 22.01.2022. <https://krl.gks.ru>

26. Территориальный орган Федеральной службы государственной статистики по Республике Татарстан. Вебсайт. Ссылка активна на 22.01.2022. <https://tatstat.gks.ru>

27. Технический регламент Таможенного союза «Пищевая продукция в части ее маркировки» (ТР 022/2011)

28. Укрепление общественного здоровья и медицинская профилактика. Руководство для Центров общественного здоровья и медицинской профилактики / Концевая А. В., Калинина А. М., Иванова Е. С., Дроздова Л. Ю., Гамбарян М. Г., Горный Б. Э., Карамнова Н. С., Куликова М. С., Летникова Л. И., Лопатина М. В., Никулин В. Н., Попович М. В., Раковская Ю. С., Рыбаков И. А., Семенова Н. В., Токарев С. А., Токарева М. В. – М.: ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России, 2021. - 296 с. https://gnicpm.ru/wp-content/uploads/2020/08/ukreplenie_obsh_zd.pdf

29. Шальнова С.А., Баланова Ю.А., Деев А.Д., Концевая А.В., Имаева А.Э., Капустина А.В., Муромцева Г.А., Евстифеева С.Е., Драпкина О.М. Интегральная оценка приверженности здоровому образу жизни как способ мониторинга эффективности профилактических мер // Профилактическая медицина. – 2018. – Т.21. – №4. – С. 65-72.
30. Шамалов Н.А. Повышение информированности населения о симптомах инсульта. Программа Департамента здравоохранения Москвы // Профилактическая медицина. –2018. – Т.21. – №3. – С. 21-30
31. Якушина И.И., Ильченко И.Н. Медицинская грамотность будущих матерей в вопросах здоровья новорожденных и детей раннего возраста // Социология медицины. – Т.17. – №1. – 2018. – С. 18-21.
32. Aaby A., Friis K., Christensen B., Rowlands G., Maindal H.T. Health literacy is associated with health behaviour and self-reported health: A large population-based study in individuals with cardiovascular disease. *European Journal of Preventive Cardiology*. 2017;0(0):1–9. Available at: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/2047487317729538>
33. Amalraj S., Starkweather C., Naeim, Arash (2009): Health literacy, communication, and treatment decision-making in older cancer patients. *Oncology*. 2009;23(4):369-75. PMID: 19476267
34. Andrus M.R., Roth M.T. Health literacy: a review. *Pharmacotherapy*. 2002; 22(3):282–302.
35. Batterham R.W., Beauchamp A., Osborne R.H. Health Literacy. *The International Encyclopedia of Public Health*, 2nd edition, 2017.
36. Berens E.M., Vogt D., Ganahl K., Weishaar H., Pelikan J., Schaeffer D. Health Literacy and Health Service Use in Germany. *Health literacy research and practice*. 2018;2(2):e115–e122.
37. Berens E.M., Vogt D., Messer M., Hurrelmann K., Schaeffer D. Health literacy among different age groups in Germany: results of a cross-sectional survey. *BMC Public Health*. 2016;16:1151.

38. Berkman N.D., Sheridan S.L., Donahue K.E., Halpern D.J., Crotty K. Low Health Literacy and Health Outcomes: An Updated Systematic Review. 2011;97–104.
39. Berkman S., Stacey L., Donahue K.E., Halpern D.J., Crotty K. Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Annals of internal medicine*. 2011;155(2):97-107.
40. Betz C.L., Ruccione K., Meeske K., Smith K., Chang N. Health literacy: a pediatric nursing concern. *Pediatric nursing*. 2008;34(3):231\
41. Bo A., Friis K., Osborne R.H., Maindal H.T. National indicators of health literacy: ability to understand health information and to engage actively with healthcare providers - a population-based survey among Danish adults. *BMC Public Health*. 2014;14:1095.
42. Brach C. The journey to become a health literate organization: a snapshot of health system improvement. *Studies in Health Technology and Informatics*. 2017;240:203–37. PMID: 28972519.
43. Brach C., Keller D., Hernandez L.M, Baur C., Parker R., Dreyer B. Ten attributes of health literate health care organizations; a discussion paper. Washington (DC): Institute of Medicine; 2012.
44. Chen X., Hay J.L., Waters E.A., Kiviniemi M.T; Biddle C., Schofield E., Li Y., Kaphingst K., Orom H. Health literacy and use and trust in health information. *Journal of health communication*. 2018;23(8):724-734.
45. Chinn D., McCarthy C. All Aspects of Health Literacy Scale (AAHLS): Developing a tool to measure functional, communicative and critical health literacy in primary healthcare settings. *Patient Education and Counselling*. 2013;90:247–253.
46. Conard S. Best practices in digital health literacy. *Review International Journal of Cardiology*. 2019;292:277-279.
47. de Figueiredo A., Simas C., Karafillakis E., Paterson P., Larson H.J. Mapping global trends in vaccine confidence and investigating barriers to vaccine uptake: a large-scale retrospective temporal modelling study. *Lancet*. 2020;396(10255):898-908.

48. Dietscher C., Pelikan J., Bobek J., Nowak P. The Action Network on Measuring Population and Organizational Health Literacy (M-POHL): a network under the umbrella of the WHO European Health Information Initiative (EHII). *Public Health Panorama*. 2019;5(1):65–71.
49. Dietscher C., Pelikan J.M. Health literate hospitals and healthcare organizations: results from an Austrian feasibility study on the self-assessment of organizational health literacy in hospitals. *Health literacy: Forschungsstand und Perspektiven*. Gottingen: Hogrefe; 2017:303–14.
50. Digital Health Literacy for NCDs. First Meeting of the WHO GCM/NCD Working Group on Health Literacy for NCDs, 2017 Available at: https://www.who.int/global-coordination-mechanism/working-groups/digital_hl.pdf
51. Drapkina O.M., Graça Freitas M., Mikkelsen B., Breda J., Salakhov E.R., Lopatina M.V., Silva da Costa A., Koylyu A., Williams J., Wickramasinghe K., Telo de Arriaga M. The WHO European Action Network on Health Literacy for Prevention and Control of Noncommunicable Diseases // *Public Health Panorama. Health Literacy*. – 2019. – №5 (2-3). – P. 197-200.
52. Dubé E., Laberge C., Guay M., Bramadat P., Roy R., Bettinger J. Vaccine hesitancy: an overview. *Human vaccines and immunotherapeutics*. 2013;9(8):1763–1773.
53. Duong T.V., Aringazina A., Baisunova G., Nurjanah P., Thuc V., Pham K.M., Truong T.Q., Nguyen K.T., Myint O.W., Mohamad E., Tin Su T., Hsiao-Ling H., Sørensen K., Pelikan J.M., Van den Broucke S., Chang P. Measuring health literacy in Asia: Validation of the HLS-EU-Q47 survey tool in six Asian countries. *International Journal of Epidemiology*. 2017;27(2):80-86.
54. Easton P., Entwistle V.A., Williams B. How the stigma of low literacy can impair patient-professional spoken interactions and affect health: insights from a qualitative investigation. *BMC Health Services Research*. 2013;13:319.
55. Elwyn G., Frosch D.L., Kobrin S. Implementing shared decision-making: consider all the consequences. *Implementation Science*. 2015;11(1):1-10.

56. Farmanova E., Bonneville L., Bouchard L. Organizational health literacy: review of theories, frameworks, guides and implementation issues. *Inquiry*. 2018;55:1–17.
57. Fernandez D.M., Larson J.L., Zikmund-Fisher B.J. Associations between health literacy and preventive health behaviors among older adults: findings from the health and retirement study. *BMC Public Health*. 2016;16(1):1-8.
58. Freedman D.A., Bess K.D., Tucker H.A., Boyd D.L., Tuchman A.M., Wallston K.A. Public health literacy defined. *American Journal of Preventive Medicine*. 2009;36(5):446–51.
59. Friedman D.B., Hoffman-Gotz L. Literacy and health literacy as defined in cancer education research: A systematic review. *Health Education Journal*. 2008;67(4):285-304.
60. Friis K., Lasgaard M., Osborne R.H., Maindal H.T. Gaps in understanding health and engagement with healthcare providers across common long-term conditions: a population survey of health literacy in 29 473 Danish citizens. *BMJ Open*. 2016;5:e009627.
61. Friis K., Pedersen M.H., Aaby A., Lasgaard M., Maindal H.T. Impact of low health literacy on healthcare utilization in individuals with cardiovascular disease, chronic obstructive pulmonary disease, diabetes and mental disorders. A Danish population-based 4-year follow-up study. *European journal of public health*. 2020;30(5):866-872.
62. Friis K., Vind B.D., Simmons R.K., Maindal H.T. The relationship between health literacy and health behaviour in people with diabetes: a Danish population based study. *Journal of Diabetes Research*. 2016;2016:7823130.
63. Gottlieb B.H., Bergen A.E. Social support concepts and measures. *Journal of Psychosomatic Research*. 2010;69:511–20
64. Griese L., Berens E.M., Nowak P., Pelikan J.M., Schaeffer D. Challenges in Navigating the Health Care System: Development of an Instrument Measuring Navigation Health Literacy. *International journal of environmental research and public health*. 2020;17(16): 5731.

65. Groene R.O., Rudd R.E. Results of a feasibility study to assess the health literacy environment: navigation, written, and oral communication in 10 hospitals in Catalonia, Spain, *Journal of Communication in Healthcare*. 2011;4(4):227-237.
66. Haun J., Valerio M., McCormack L. Health literacy measurement: an inventory and descriptive summary of 51 instruments. *Journal of Health Communication* 2014;19(S2):30233.
67. Health Literacy Tool Shed: Boston University. Available at: <https://healthliteracy.bu.edu>
68. Hongyan L., Huan Z., Yang Sh. Assessment Tools for Health Literacy among the General Population: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2018;15:1711.
69. Hulley S.B., Cummings S.R., Browner W.S., Grady D., Newman T.B. *Designing clinical research: an epidemiologic approach*. 4th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2013.
70. Jordan J.E., Osborne R.H., Buchbinder R. Critical appraisal of health literacy indices revealed variable underlying constructs, narrow content and psychometric weaknesses. *Journal of Clinical Epidemiology*. 2011;64(4):366-79.
71. Jorm A.F., Korten A.E., Jacomb P.A., Christensen H., Rodgers B., Pollitt P. Mental health literacy: a survey of the public's ability to recognize mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *The Medical Journal of Australia*. 1997;166(4):182-6.
72. Kalichman S.C., Ramachandran B., Catz S. Adherence to combination antiretroviral therapies in HIV patients of low health literacy. *Journal of General Internal Medicine*. 1999;14(5):267-73.
73. Kickbusch I., Pelikan J.M., Apfel F., Tsouros A.D. *Health literacy: the solid facts*. Copenhagen: Regional Office for Europe, WHO; 2013. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/254377/Health_Literacy_RU_web.pdf?ua=1

74. Kish L. A procedure for objective respondent selection within the household. *Journal of the American statistical association*. 1949; 247:380–387.
75. Kocalevent R-D., Berg L., Beutel M., Brähler E. Social support in the general population: Standardization of the Oslo social support scale (OSSS-3). *BMC Psychology* 2018, 6(1).
76. Kostareva U., Berens E-M., Levin-Zamir D., Aringazina A., Lopatina M., Qureshi K., Ivanov L.L., Sentell T. Health literacy among former Soviet Union immigrants// *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020;17(6):2155. <https://doi.org/10.3390/ijerph17062155>
77. Kutcher S., Wei Y., Morgan C. Successful application of a Canadian mental health curriculum resource by usual classroom teachers in significantly and sustainably improving student mental health literacy. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2015;60(12):580–6.
78. Lawson P.J., Flocke S.A. Teachable moments for health behavior change: a concept analysis. *Patient education and counseling*. 2009;76(1):25-30.
79. Levin-Zamir D., Baron-Epel O.B., Cohen V., Elhayany A. The Association of Health Literacy with Health Behavior, Socioeconomic Indicators, and Self-Assessed Health From a National Adult Survey in Israel. *Journal of Health Communication*. 2016;21(sup2):61-68.
80. Levin-Zamir D., Leung A.Y.M., Dodson S., Rowlands G. Health literacy in selected populations: Individuals, families, and communities from the international and cultural perspective. *Information Services and Use*. 2017; 37(2):131-51.
81. Levin-Zamir D., Wills J. Health literacy, culture and community. *Health literacy in context: International perspectives*, New York: Nova Science, 2012;99-123.
82. Lim S., Beauchamp A., Dodson S., O'Hara J., McPhee C., Fulton A., Wildey C., Osborne R.H. Health literacy and fruit and vegetable intake in rural Australia. *Public Health Nutrition*. 2017; 20(15):2680-2684.

83. Lopatina M.V., Popovich M.V., Kontsevaya A.V., Drapkina O.M. Adaptation of HLS-EU-Q47 for the Russian population. Abstract for the 16th World Congress on Public Health 2020. *European Journal of Public Health*. 2020;30(5):16.
84. Lopatina M., Popovich M., Kontsevaya A., Drapkina O., Aringazina A., Telo de Arriaga M., Sorensen K. CIS Countries Group Initiative within the WHO European Action Network on Health Literacy for Implementation of Prevention and Control of NCDs. *Asian Health Literacy Association Conference Book-7AHLA*, 2019.
85. Lorini C., Santomauro F., Donzellini M., Capecchi L., Bechini A., Boccalini S., Bonanni P., Bonaccorsi G. Health literacy and vaccination: A systematic review. *Human Vaccines and Immunotherapeutics*. 2018;14(2):478-488.
86. Lloyd J.E., Song H.J., Dennis S.M., Dunbar N., Harris E., Harris M.F. A paucity of strategies for developing health literate organizations: a systematic review. *PLOS One*. 2018;13(4):e0195018.
87. Mancuso J.M. Assessment and measurement of health literacy: an integrative review of the literature. *Nursing Health Science*. 2009;11(1):77–89.
88. Mantwill S., Monestel-Umaña S., Schulz P.J. The relationship between health literacy and health disparities: a systematic review. *PLoS One*. 2015;10(12):e0145455
89. Marmot M., Friel S., Bell R., Houweling T.A., Taylor S. Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. *The Lancet*. 2008;372,9650:1661-9.
90. Meijers M., Noordman J., Spreeuwenberg P., Olde H., Tim C., van Dulmen S. Shared decision-making in general practice: an observational study comparing 2007 with 2015. *Family practice*. 2019;36(3):357-364.
91. Montevideo Roadmap 2018-2030 on NCDs as a sustainable development priority. Montevideo: World Health Organization, 2017. Available at: <https://www.who.int/conferences/global-ncd.../Roadmap.pdf>
92. NCDs and Health Literacy Community of Practice <https://communities.gcmportal.org/ncd-health-literacy?ReturnUrl=%2fncd-health-literacy%2fdiscussions%2fclp6kwjp>

93. Newsom J.T., Schulz R. Social support as a mediator in the relation between functional status and quality of life in older adults. *Psychology of Aging*. 1996;11:34–44.
94. Norman C.D., Skinner H.A. eHealth literacy: essential skills for consumer health in a networked world. *Journal of Medical Internet Research*. 2006;8(2):e9.
95. Nutbeam D. Defining and measuring health literacy: What can we learn from literacy studies? *International Journal of Public Health*. 2009;54(5):303-5
96. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*. 2000;15(3):259-267.
97. Nutbeam D. Health promotion glossary. *Health Promotion International*. 1998;13(4):349–364.
98. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. *Social Science of Medicine*. 2008;67(12):2072–8.
99. Nutbeam D., Lloyd J.E. Understanding and Responding to Health Literacy as a Social Determinant of Health. *The Annual Review of Public Health*. 2021;42:3.1-3.15.
100. Okan O., Bauer U., Levin-Zamir D., Pinheiro P., Sørensen K. *International handbook of health literacy. Research, practice and policy across the lifespan*. 2019. Policy Press Bristol ISBN: 978-1447344513
101. Organization of United Nations. Political Declaration of the Third High-Level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases, UN, 2011. Available at: https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/decl2010.shtml
102. Ørtenblad L., Meillier L., Jønsson A.R. Multi-morbidity: A patient perspective on navigating the health care system and everyday life. *Chronic Illness*. 2018;14(4):271-282.
103. Osborne R.H., Batterham R.W., Elsworth G.R. The grounded psychometric development and initial validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ). *BMC Public Health*. 2013;13:658.

104. Paasche-Orlow M.K., Parker R.M., Gazmararian J.A., Nielsen-Bohlman L.T., Rudd R.R. The prevalence of limited health literacy. *Journal of General Internal Medicine*. 2005;20:175-184.
105. Paasche-Orlow M.K., Wolf M.S. The causal pathways linking health literacy with health outcomes. *American Journal of Health Behaviour*. 2007;31(1):19–26.
106. Palumbo R. Examining the impacts of health literacy on healthcare costs. An evidence synthesis. *Health services management research*. 2017;30(4):197-212.
107. Parker R.M., Hernandez L.M. What makes an organization health literate? *Journal of Health Communication*. 2012;17(5):624–7.
108. Parker R.M., Ratzan S.C. Health literacy: A second decade of distinction for Americans. *Journal of Health Communication*. 2010;15(2):20-33.
109. Pelikan J.M., Ganahl K. Measuring Health Literacy in General Populations: Primary Findings from the HLS-EU Consortium's Health Literacy Assessment //Series Studies in Health Technology and Informatics. 2017;240:34-59.
110. Pelikan J.M., Ganahl K., Roethlin F. Health literacy as a determinant, mediator and/or moderator of health: empirical models using the European Health Literacy Survey dataset. *Global Health Promotion*. 2018;14:1757975918788300.
111. Pelikan J.M. Health-literate healthcare organizations. *International handbook of health literacy research: practice and policy across the lifespan*. Bristol: Policy Press; 2019:539–54.
112. Pelikan J., Nowak P., Bobek J. A methodology for monitoring population health literacy in Europe – the HLS19 project. *European Journal of Public Health*. 2019;29(4):ckz185.233.
113. Pelikan J.M., Straßmayr C., Ganahl K. Health literacy measurement in general and other populations: Further initiatives and lessons learned in Europe (and beyond). *Health literacy in clinical practice and public health*. Amsterdam: IOS Press, 2020.
114. Perrenoud B., Velonaki V.-S., Bodenmann P., Ramelet A.-S. The effectiveness of health literacy interventions on the informed consent process of health care users: A

systematic review protocol. JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports. 2015;13(10):82-94.

115. Pleasant A. Advancing health literacy measurement: a pathway to better health and health system performance. *Journal of Health Communication*. 2014;19(12):1481–96.

116. Pleasant A. Health literacy around the world. Part 2: Health literacy within the United States and a global overview. Washington, DC: Institute of Medicine, 2013 https://www.researchgate.net/publication/258201195_Health_Literacy_Around_the_World_Part_2_Health_Literacy_Efforts_Within_the_United_States_and_a_Global_Overview

117. Protheroe J., Nutbeam D. Health literacy: a necessity for increasing participation in health care. *British Journal of General Practice*. 2009;59:721-723.

118. Puri N., Coomes E. A., Haghbayan H., Gunaratne K. (2020). Social media and vaccine hesitancy: new updates for the era of COVID-19 and globalized infectious diseases. *Human vaccines and immunotherapeutics*. 2020;16(11):2586–2593.

119. Quaglio G., Sorensen K., Rubig P., Bertinato L., Brand H. Accelerating the health literacy agenda in Europe. *Health Promotion International* 2017;32(6):1074–80.

120. Ratzan S.C., Parker R. Vaccine Literacy—helping Everyone Decide to Accept Vaccination. *Journal of Health Communication*. 2020;25(10):750-752

121. Rasu R.S., Bawa W.A., Suminski R., Snella K., Warady B. Health literacy impact on national healthcare utilization and expenditure. *International journal of health policy and management*. 2015;4(11):747

122. Resolution adopted by the General Assembly. Outcome document of the high-level meeting of the General Assembly on the comprehensive review and assessment of the progress achieved in the prevention and control of non-communicable diseases. 2014. A/RES/68/300. Available at: <https://digitallibrary.un.org/record/774662>

123. Rowlands G. Health literacy. *Human vaccines and immunotherapeutics*. 2014;10(7), 2130–2135.

124. Rowlands G., Khazaezadeh N., Oteng-Ntim E., Seed P., Barr S., Weiss B.D. Development and validation of a measure of health literacy in the UK: the newest vital sign. *BMC Public Health*. 2013;13:116.
125. Rudd R., Anderson J.E. The health literacy environment of hospitals and health centers: making your healthcare facility literacy friendly. Boston (MA): Harvard School of Public Health; 2006.
126. Simonds S. Health education as social policy. *Health Education Monograph*. 1974;2:1-25.
127. Sørensen K., Brand H. Health literacy lost in translations? Introducing the European health literacy glossary. *Health Promotion International*. 2013;29(4):634-44.
128. Sørensen K., Pelikan J.M., Röthlin F., Ganahl K., Slonska Z., Doyle G. Health literacy in Europe: Comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *European Journal of Public Health*. 2015; 25(6):1053-1058.
129. Sørensen K., Van den Broucke S., Fullam J., Doyle G., Pelikan J., Slonska Z. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*. 2012;12:80.
130. Sørensen K., Van den Broucke S., Pelikan J.M. Measuring health literacy in populations: illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). *BMC Public Health*. 2013;13:948.
131. Soshnikov S.S., Madyanova V.V., Khalfin R.A. The behavioral risk factors of non-communicable diseases in the Russian Federation // *European Journal of Public Health*. 2021;31(S3):ckab165.269.
132. Stormacq C., Van den Broucke S., Wosinski J. Does health literacy mediate the relationship between socioeconomic status and health disparities? Integrative review. *Health Promotion International*. 2019;34:e1-17.
133. Stormacq C., Wosinski J., Boillat E., Van den Broucke S. Effects of health literacy interventions on health-related outcomes in socioeconomically disadvantaged adults living in the community: a systematic review. *JBIC Evidence Synthesis*. 2020;18:1389-1469.

134. Sury H. Purposeful Sampling in Qualitative Research Synthesis. *Qualitative Research Journal*. 2011;11(2):63-75. <http://doi.org/10.3316/QRJ1102063>
135. Svendsen M.T., Kronborg C., Sørensen S., Pelikan J., Riddersholm S.J., Skals R.K., Mortensen R.N., Maindal H.T., Bøggild H., Nielsen G., Torp-Pedersen C. Associations of health literacy with socioeconomic position, health risk behavior, and health status: a large national population-based survey among Danish adults. *BMC Public Health*. 2020;20:565.
136. Taber K. The Use of Cronbach's Alpha when developing and reporting research instruments in science education. *Research in Science Education*, 2017. <https://doi.org/10.1007/s11165-016-9602-2>
137. The HLS19 Consortium of the WHO Action Network M-POHL: International Report on the Methodology, Results, and Recommendations of the European Health Literacy Population Survey 2019-2021 (HLS19) of M-POHL. Vienna: Austrian National Public Health Institute; 2021. Available at: <https://m-pohl.net/Results>
138. The HLS-EU Consortium. Comparative Report of Health Literacy in Eight EU Member States. The European Health Literacy Project. *European Journal of Public Health*. 2015;25(6):1053-1058.
139. The Riga Roadmap. Investing in Health and Wellbeing for All. Riga; 2015. Available at: <http://rigahealthconference2015.eu/the-riga-roadmap/>
140. Trezona A., Dodson S., Osborne R.H. Development of the Organizational Health Literacy Responsiveness (Org-HLR) Framework in collaboration with health and social services professionals. *BMC Health Service Research*. 2017;17(1):513.
141. Troiano G., Nardi A. Vaccine hesitancy in the era of COVID-19. *Public Health*. 2021;194:245-251.
142. Tsoh J.Y., Sentell T., Gildengorin G., Le G.M., Chan E., Fung L.C. Healthcare communication barriers and self-rated health in older Chinese American immigrants. *Journal of Community Health*. 2016;41(4):741-52.

143. Uchino B.N. Social support and health: a review of physiological processes potentially underlying links to disease outcomes. *Journal of Behavioral Medicine*. 2006;29:377–87.
144. Uchino B.N. *Social Support and Physical Health: Understanding the Health Consequences of Relationships*. New Haven, CT: Yale University Press; 2004
145. UNESCO. Literacy for life. Education for all, Global monitoring report 2006, Paris: UNESCO, 2006. Available at: <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001416/141639e.pdf>
146. United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO). *International Standard Classification of Education (ISCED)*, 2011. Website. Available at: <http://uis.unesco.org>
147. Vandenbosch J., Van den Broucke S., Vancorenland S., Avalosse H., Verniest R., Callens M. Health literacy and the use of healthcare services in Belgium. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2016;70(10):1032-8.
148. Van den Broucke S. Health literacy: a critical concept for public health. *Archives of Public Health*. 2014;72(1):10.
149. Van der Heide I., Poureslami I., Mitic W., Shum J., Rootman I., FitzGerald J.M. Health literacy in chronic disease management: a matter of interaction. *Journal of clinical epidemiology*. 2018;102:134-138.
150. Van der Heide I., Rademakers J., Schipper M., Droomers M., Sørensen K., Uiters E. Health literacy of Dutch adults: a cross sectional survey. *BMC Public Health*. 2013;13:179.
151. Vilnius Declaration Call for Action. *Sustainable Health Systems for Inclusive Growth*. Vilnius; 2013. Available at: <https://gateway.euro.who.int/en/a-call-for-action-the-vilnius-declaration-sustainable-health-systems-for-inclusive-growth-in-europe>
152. Von Wagner C., Knight K., Steptoe A., Wardle J. Functional health literacy and health-promoting behaviour in a national sample of British adults. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2007;61(12):1086-1090.

153. Wang Q., Yue N., Zheng M., Wang D., Duan C., Yu X., Zhang X., Bao C., Jin H. Influenza vaccination coverage of population and the factors influencing influenza vaccination in mainland China: A meta-analysis. *Vaccine*. 2018;36(48):7262-7269.
154. Weiss B.D., Mays M.Z., Martz W., Castro K.M., DeWalt D.A., Pignone M.P., Mockbee J., Haleet F.A. Quick assessment of literacy in primary care: the Newest Vital Sign. *Annals of Family Medicine*. 2005;3(6):514–22.
155. White A.M., Philogene G.S., Fine L. Social support and self-reported health status of older adults in the United States. *American Journal of Public Health*. 2009;99:1872–8.
156. Williams M.V., Baker D.W., Honig E.G., Lee T.M., Nowlan A. Inadequate literacy is a barrier to asthma knowledge and self-care. *Chest*. 1998;114(4):1008-15.
157. World Health Organization. Global Health Observatory data repository, WHO, 2017 <http://apps.who.int/gho/data/node.main.A907?lang=en>
158. World Health Organization. European roadmap for implementation of health literacy initiatives through the life course, World Health Organization, 2019. Available at: <https://www.euro.who.int/en/about-us/governance/regional-committee-for-europe/past-sessions/69th-session/documentation/working-documents/eurrc6914-rev-1-draft-who-european-roadmap-for-implementation-of-health-literacy-initiatives-through-the-life-course>
159. World Health Organization. Immunization facts. Available at: <https://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/immunization>
160. World Health Organization. Noncommunicable diseases factsheet, 2021. Вебсайт. Ссылка активна на 10.01.2022 <https://www.who.int/en/news-room/factsheets/detail/noncommunicable-diseases>
161. World Health Organization. Policy Brief 4: Health Literacy, 9th Global Conference on Health Promotion. Shanghai, WHO, 2016. Available at: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/policy-brief4-health-literacy.pdf?ua=1>

162. World Health Organization. It's Time to Walk the Talk. Report of the WHO High Level Independent Commission on Noncommunicable Diseases, WHO, 2018. Available at: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/272713>
163. World Health Organization. Geneva Charter on Wellbeing, 2021. Available at: <https://www.knowledge-action-portal.com/ru/node/6437>
164. World Health Organization. Flagship Initiative on Behavioral and Cultural Insights for Health, 2020. Available at: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/behavioural-and-cultural-insights-for-health/publications/2020/who-behavioural-and-cultural-insights-flagship-tailoring-health-policies-2020>
165. World Health Organization. Noncommunicable diseases risk factors, 2021. Available at: https://www.who.int/ru/health-topics/noncommunicable-diseases#tab=tab_1
166. World Health Organization. Ten threats to global health, 2019. Available at: <https://www.who.int/news-room/spotlight/ten-threats-to-global-health-in-2019>

ПРИЛОЖЕНИЕ А

Акты внедрения



ГОСУДАРСТВЕННОЕ КАЗЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ

**«РЕГИОНАЛЬНЫЙ ЦЕНТР
ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ И
МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ»**

Новосибирская область
630112, г. Новосибирск
ул. Кошурникова, 16/1
Тел./факс: (383) 278-45-19
e-mail: rcmp@nso.ru
<http://rcmp.mznso.ru>
<http://rcmp-nso.ru>

От 28.02.2021 № 154/24 НР
На № _____ от _____

В Диссертационный совет
ДСУ 208.001.13
ФГАОУ ВО Первый МГМУ
им. И.М. Сеченова Минздрава России
(Сеченовский Университет)
119991, Москва, ул. Трубецкая, д. 8,
стр. 2

АКТ

о внедрении результатов диссертации Лопатиной Марии Владимировны в практическую работу ГКУЗ НСО «Региональный центр общественного здоровья и медицинской профилактики»

Практические рекомендации кандидатской диссертации Лопатиной Марии Владимировны на тему «Комплексная система оценки грамотности в вопросах профилактики, лечения неинфекционных заболеваний и укрепления здоровья населения» легли в основу работы ГКУЗ НСО «Региональный центр общественного здоровья и медицинской профилактики» с населением, в частности:

Новосибирская область в качестве одного из трех пилотных субъектов РФ приняла участие в популяционном исследовании, проводимом на базе ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России в ноябре-декабре 2019 года в рамках выполнения государственного задания Минздрава России.

Специалистами ГКУЗ Новосибирской области «Региональный центр общественного здоровья и медицинской профилактики» был проведен опрос населения на репрезентативной выборке 2447 человек в формате личных интервью в домохозяйствах. Полученные данные позволили изучить уровень грамотности населения в вопросах здоровья жителей Новосибирской области, факторы, влияющие и ассоциированные с низким уровнем, и оценить ряд региональных особенностей по изучаемой проблеме.

Полученные данные были включены в международный отчет проекта HLS19 сети действий ВОЗ, в котором приняло участие 17 стран, что свидетельствует о высоком уровне качества данных и соответствии международным стандартам.

Полученные результаты исследования легли в основу диссертационной работы Лопатиной М.В. «Комплексная система оценки грамотности в вопросах профилактики, лечения неинфекционных заболеваний и укрепления здоровья населения», результаты которой использованы в реализации ряда популяционных мер в Новосибирской области, которые, среди прочего, включают:

- интеграцию темы измерения и повышения грамотности в вопросах здоровья в приоритетные направления мер политики здравоохранения, в региональную программу укрепления общественного здоровья, муниципальные программы укрепления

общественного здоровья, корпоративные программы укрепления здоровья на рабочем месте, направленные на укрепление здоровья населения и профилактику неинфекционных заболеваний;

- формирование информационных программ с учетом уровня грамотности в вопросах здоровья в выявленных уязвимых группах населения, которые сталкиваются со сложностями в отношении информации о здоровье, в частности, лица старшего возраста, с низким уровнем образования, лица с низким социально-экономическим статусом;

- адаптацию информационных материалов для разных целевых групп населения, с учетом их потребностей и социально-демографических характеристик.

ГКУЗ НСО «Региональный центр общественного здоровья и медицинской профилактики» проводит образовательные мероприятия для медицинских работников, студентов и использует полученные результаты исследования в учебном процессе:

- обучение курсантов и студентов навыкам критической оценки информации о здоровье, поступающей из СМИ и социальных сетей;

- предоставление курсантам и студентам достоверных и надежных источников информации;

- консультирование курсантов и студентов по вопросам укрепления здоровья и профилактики заболеваний, предоставление простой для понимания и актуальной информации в цифровом формате;

- вовлечение курсантов и студентов в разработку информационных материалов (проведение фокус-групп).

Полученные результаты исследования используются специалистами ГКУЗ НСО «Региональный центр общественного здоровья и медицинской профилактики» при осуществлении методической работы с медицинскими организациями:

- внедрение принципов грамотности в вопросах здоровья в работу школ здоровья с пациентами с хроническими заболеваниями сахарным диабетом, артериальной гипертензией, школ здоровья по отказу от курения и др.;

- привлечение пациентов в разработку информационных материалов (проведение фокус-групп);

- разработка и внедрение в практику визуальных материалов (инфографики, видео роликов и социальной рекламы);

- проведение образовательных мероприятий для медицинских специалистов по коммуникации с пациентами простым и понятным языком с учетом их уровня грамотности в вопросах здоровья;

- внедрение в практику обратного обучения с учетом принципов грамотности в вопросах здоровья (использование простого языка, метода «обратного обучения»);

- развитие навыков применения медицинской информации и повышение приверженности к лечению: разработка пошаговых инструкций для пациентов, чек-листов, применение цифровых методов коммуникации с пациентами;

- обеспечение населения простой для понимания и надежной информацией в отношении вакцинации с учетом каналов информации, которые предпочитают использовать разные группы населения;

- проведение образовательных семинаров для медицинских специалистов по повышению доверия к вакцинации и обучению коммуникации с пациентами по повышению грамотности в вопросах вакцинации и ответы на вопросы лиц, сомневающийся в вакцинации или уже вакцинированных.

Директор, главный специалист
по медицинской профилактике
министерства здравоохранения
Новосибирской области и СФО, к.м.н.



Фомичева М.Л.



WORLD HEALTH ORGANIZATION
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ
WELTGESUNDHEITSORGANISATION
ВСЕМИРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

REGIONAL OFFICE FOR EUROPE
BUREAU RÉGIONAL DE L'EUROPE
REGIONALBÜRO FÜR EUROPA
ЕВРОПЕЙСКОЕ РЕГИОНАЛЬНОЕ БЮРО

Head office:

UN City, Marmorvej 51,
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark
Tel.: +45 45 33 70 00; Fax: +45 45 33 70 01
Email: eugovernance@who.int
Website: <http://www.euro.who.int>

Дата: 08.01.2021

В Диссертационный совет ДСУ 208.001.13
при ФГАОУ ВО Первый Московский
государственный медицинский университет
имени И.М. Сеченова Министерства
здравоохранения Российской Федерации
(Сеченовский Университет)

по адресу:
119991, Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2

Our reference:	Ref 1/21	Your reference:
Notre référence:		Votre
Unser Zeichen:		référence:
См. наш номер:		Ihr Zeichen:
		На Ваш номер:

АКТ

о внедрении результатов диссертации Лопатиной Марии Владимировны в международное сотрудничество по повышению грамотности в вопросах здоровья в рамках сети ВОЗ

В 2018 году была создана Европейская сеть действий ВОЗ по измерению грамотности в вопросах здоровья на популяционном и организационном уровне, в рамках которой в 2019-2021 гг. состоялось популяционное исследование среди 17 стран Европейского региона ВОЗ, включая впервые Российскую Федерацию.

Результаты исследования в Российской Федерации, проведенного, в том числе, в рамках выполнения кандидатской диссертации Лопатиной Марии Владимировны на тему «Комплексная система оценки грамотности в вопросах профилактики, лечения неинфекционных заболеваний и укрепления здоровья населения», были внедрены в следующие документы:

- Международный отчет Европейской сети действий ВОЗ, в котором полученные результаты представили научно-обоснованную основу для разработки рекомендаций в отношении практических мер, направленных на повышение потенциала грамотности в вопросах здоровья на популяционном уровне стран-участниц исследования и Европейского региона в целом.

- В ходе российского исследования был переведен на русский язык и адаптирован вопросник, который в рамках международного сотрудничества в дальнейшем способствовал адаптации и внедрению в практику вопросников для изучения грамотности в вопросах здоровья среди русскоязычного населения в Германии, Израиле, Казахстане и США. На основании полученных результатов подготовлена и принята к публикации статья Adaptation of the Health Literacy Survey Questionnaire (HLS₁₉-Q) for Russian-speaking populations – international collaboration across Germany, Israel, Kazakhstan, Russia, and the USA. Maria Lopatina, Eva-Maria Berens, Julia Klinger, Diane Levin-Zamir, Uliana Kostareva, Altyn Aringazina, Oxana Drapkina, and Jürgen M. Pelikan в специальный выпуск журнала International Journal of Environmental Research and Public Health, который выйдет в сентябре 2022 г.

Технический советник
Отдела изучения поведенческих и культурных
факторов Европейского регионального бюро ВОЗ

Койлю А.А.

UN City, Marmorvej 51
DK-2100 Copenhagen Ø
Denmark

Tel.: +45 45 33 70 00
Fax: +45 45 33 70 01

Email: eugovernance@who.int
Website: <http://www.euro.who.int>



WORLD HEALTH ORGANIZATION
 ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ
 WELTGESUNDHEITSORGANISATION
 ВСЕМИРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

REGIONAL OFFICE FOR EUROPE
 BUREAU REGIONAL DE L'EUROPE
 REGIONALBÜRO FÜR EUROPA
 ЕВРОПЕЙСКОЕ РЕГИОНАЛЬНОЕ БЮРО

Head office:
 UN City, Marmorvej 51,
 DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark
 Tel.: +45 45 33 70 00; Fax: +45 45 33 70 01
 Email: eurocontact@who.int
 Website: <http://www.euro.who.int>

Our reference:	Ref1	Your reference:	Ref2
Notre référence:		Votre référence:	
Unser Zeichen:		Ihr Zeichen:	
См. наш номер:		На Ваш номер:	

22.03.2021

АКТ

о внедрении результатов диссертации Лопатиной Марии Владимировны на тему «Комплексная система оценки грамотности в вопросах профилактики, лечения неинфекционных заболеваний и укрепления здоровья населения», представленной на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.02.03 – Общественное здоровье и здравоохранение

Переводческая служба Европейского регионального бюро ВОЗ подтверждает, что результаты диссертационной работы Лопатиной М.В. «Комплексная система оценки грамотности в вопросах профилактики, лечения неинфекционных заболеваний и укрепления здоровья населения» способствовали принятию официального перевода термина «health literacy» на русский язык – «грамотность в вопросах здоровья», а также развитию данного направления в его современном понимании.

Дополнительно сообщаем, что русская переводческая группа в штаб-квартире ВОЗ в Женеве также поддержала данный перевод и представленную аргументацию.

Мы используем данный вариант перевода в своей работе, и он также будет включен в глоссарий терминов ВОЗ по вопросам общественного здоровья.

Данное сотрудничество способствует единому пониманию терминов с точки зрения их концепции, а также обеспечивает качество нашей совместной работы.

Руководитель переводческой службы
 Европейского регионального бюро ВОЗ

Гринблат М.М.

Республика Карелия
 Министерство здравоохранения
 Республики Карелия
 ГБУЗ РК «ГОРОДСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА № 1»
 ул. Свердлова, д.20, г. Петрозаводск, 185035
 Тел./факс: (8142) 78-22-25, 67-09-31
 e-mail: clinic1@sampo.ru
 ОГРН 1141001013130
 ИНН/КПП 1001289965/100101001

В Диссертационный совет
 ДСУ 208.001.13
 ФГАОУ ВО Первый МГМУ
 им. И.М. Сеченова Минздрава
 России (Сеченовский Университет)
 119991, Москва, ул. Трубецкая, д. 8,
 стр. 2

От 16.08.2021 № 01-06/0062
 На № _____ от _____

АКТ

о внедрении результатов диссертации Лопатиной Марины Владимировны
 в практическую работу Республиканского центра общественного здоровья и
 медицинской профилактики ГБУЗ «Городская поликлиника № 1»

Республиканский центр общественного здоровья и медицинской профилактики ГБУЗ «Городская поликлиника № 1» принял участие в популяционном исследовании по измерению и оценке грамотности в вопросах здоровья на репрезентативной выборке 1800 человек.

Практические рекомендации кандидатской диссертации Лопатиной Марины Владимировны на тему «Комплексная система оценки грамотности в вопросах профилактики, лечения неинфекционных заболеваний и укрепления здоровья населения», основанной на результатах исследования, внедрены в работу Республиканского центра общественного здоровья и медицинской профилактики ГБУЗ «Городская поликлиника № 1» с населением, в частности:

- Информационные материалы по профилактике и контролю заболеваний для населения разрабатываются с учетом социально-демографических характеристик населения, с особым вниманием к выявленным уязвимым группам населения, в частности, лицам в возрасте 60 лет и старше, лицам с низким уровнем образования, для которых разрабатываются дополнительные информационные материалы;
- В группах в социальных сетях помимо предоставления достоверной и простой для понимания информации по укреплению здоровья, проводится работа по развитию навыков критической оценки информации и способности выявлять недостоверную информацию, мифы о здоровье;
- Внедрен образовательный курс для медицинских специалистов по эффективной коммуникации с пациентами/ посетителями Центра;
- В практику работы с населением специалистов Центра внедрен метод «Обратного обучения», позволяющий повышать уровень грамотности населения в вопросах здоровья.

И.о. главного врача
 Республиканского центра общественного
 здоровья и медицинской профилактики
 ГБУЗ «Городская поликлиника № 1»



Прищепа Н. Н.

Благотворительная просветительская общественная
организация
Республики Татарстан
«Золотое сердце»

В Диссертационный совет ДСУ 208.001.13
при ФГАОУ ВО Первый Московский
государственный медицинский
университет имени И.М. Сеченова
Министерства
здравоохранения Российской Федерации
(Сеченовский Университет)
по адресу:
119991, Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2

От 14.07.2021 № 122

АКТ

о внедрении результатов диссертации Лопатиной Марины Владимировны в практическую работу Благотворительной региональной просветительской общественной организации Республики Татарстан «Золотое сердце»

Благотворительная региональная просветительская общественная организация Республики Татарстан «Золотое сердце» принимала активное участие в проведении исследования в Республике Татарстан.

Практические рекомендации кандидатской диссертации Лопатиной Марины Владимировны на тему «Комплексная система оценки грамотности в вопросах профилактики, лечения неинфекционных заболеваний и укрепления здоровья населения» продвигаются Благотворительной организацией на различных уровнях и активно внедряются в практику, в частности:

- проведена Международная научно-практическая конференция «Методологические подходы к управлению общественного здоровья: роль профилактики заболеваемости и охраны труда», включающая тему грамотности в вопросах здоровья и представляющая межсекторальную площадку с участием лиц, принимающих решения (г. Казань, ноябрь, 2020 г.);

- тема измерения и повышения грамотности в вопросах здоровья интегрирована в корпоративные программы, направленные на укрепление здоровья на рабочем месте;

- информационные программы формируются с учетом интересов выявленных в Республике Татарстан уязвимых групп населения, которые сталкиваются со сложностями в отношении информации о здоровье, в частности, лиц старшего возраста, с низким уровнем образования, иностранных студентов, лиц с низким социально-экономическим статусом;

- обучение студентов навыкам критической оценки информации о здоровье, поступающей из СМИ и социальных сетей, предоставление студентам достоверных и надежных источников информации.

Президент БО «Золотое сердце»,
эксперт Минздрава России по разработке
и внедрению корпоративных программ
укрепления здоровья работающих



Зиганшина З.Р.

ПРИЛОЖЕНИЕ Б

Глобальный глоссарий

Таблица Б.1

№	Название страны	Термин health literacy на национальном языке	Значение национального термина на английском	Перевод термина на русский
1	Armenia	Գրագիտություն առողջության հարցերում	health literacy	Грамотность в вопросах здоровья
2	Austria	Gesundheitskompetenz	health competence	Компетентность в вопросах здоровья
3	Azerbaijan	Sağlamlıqla bağlı məlumatlılıq. Sağlamlıqla bağlı savadlılıq	health awareness, medical literacy	Осведомленность, медицинская грамотность
4	Belarus	Медико-санитарная грамотность	medical-sanitary literacy	Медико-санитарная грамотность
5	Brunei	Not available	Not available	-
6	Bulgaria	Здравна грамотност	health literacy	Грамотность в вопросах здоровья
7	Canada	Health literacy (English) La littératie en sante (French)	health literacy	Грамотность в вопросах здоровья
8	Croatia	Zdravstvena pismenost	health literacy	Грамотность в вопросах здоровья
9	Cuba	La alfabetización en salud	health literacy	Грамотность в вопросах здоровья
10	Czech Republic	Zdravotní gramotnosti	health literacy	Грамотность в вопросах здоровья
11	Denmark	Sundhedskompetence	health competence	Компетентность в вопросах здоровья
12	Egypt	أو ال صحى ال تشقىف ال صحىة ال نوعىة أو ال صحى ال تشقىف ال صحىة ال نوعىة	medical-sanitary/health education/ knowledge	Медико-санитарная грамотность, обучение, знания в вопросах здоровья
13	Estonia	Tervishoiualase harituse	health literacy	Грамотность в вопросах здоровья
14	Finland	Terveysosaamisen liittyviä	health literacy	Грамотность в вопросах здоровья

15	France	Littérature en santé 'Culture en santé	health literacy culture for health	Грамотность в вопросах здоровья, культура здоровья
16	Germany	Gesundheitskompetenz	health competence	Компетентность в вопросах здоровья
17	Greece	Εγγραμματοσύνη υγείας Αλφαριθμητισμός υγείας	health literacy	Грамотность в вопросах здоровья
18	Hungary	Egészségismeret	health literacy	Грамотность в вопросах здоровья
19	Israel	בריאותית אוריינות	health literacy	Грамотность в вопросах здоровья
20	Italy	Alfabetizzazione sanitaria	health literacy	Грамотность в вопросах здоровья
21	Kazakhstan	Санитарлық сауаттылық Грамотность в отношении здоровья	health literacy	Грамотность в вопросах здоровья
22	Kyrgyzstan	Медициналык сабаттуулук Ден соолук маселелери боюнча сабаттуулук	medical literacy health literacy	Медицинская грамотность, Грамотность в вопросах здоровья
23	Latvia	Veselībratība	health competence	Компетентность в вопросах здоровья
24	Lithuania	Sveikatos raštingumas	health literacy	Грамотность в вопросах здоровья
25	Malta	Għarfien dwar is-saħħa	health awareness	Осведомленность в вопросах здоровья
26	Republic of Moldova	Alfaberizare în sănătate Cultura sanitară	health literacy health culture	Грамотность в вопросах здоровья, культура здоровья
27	The Netherlands	Gezondheidsvaardigheden	health skills	Навыки здоровья
28	North Macedonia	Здравствена писменост	health literacy	Грамотность в вопросах здоровья
29	Norway	Helsekompetanse	health competence	Компетентность в вопросах здоровья
30	Philippines	Kaalalang pangkalusugan	health literacy	Грамотность в вопросах здоровья

31	Poland	S'wiadomos'ci zdrowotnej Kompetencje zdrowotne	health literacy	Грамотность в вопросах здоровья
32	Portugal	A Literacia em Saúde	health literacy	Грамотность в вопросах здоровья
33	Romania	Cunos, țint, ele î'n materie De sa'na'tate	health literacy	Грамотность в вопросах здоровья
34	The Russian Federation	Грамотность в вопросах здоровья	health literacy	Грамотность в вопросах здоровья
35	Slovakia	Zdravotná gramotnos	health literacy	Грамотность в вопросах здоровья
36	Slovenia	Zdravstvena pismenost	health literacy	Грамотность в вопросах здоровья
37	Spain	Alfabetización en salud Alfabetización para la salud	literacy in health literacy for health	Грамотность в вопросах здоровья, Грамотность для здоровья
38	Sweden	Hälsolitteracitet	health literacy	Грамотность в вопросах здоровья
39	Switzerland	Gesundheitskompetenz, Compétences en Santé, alfabetizzazione sanitaria	health competence	Компетентность в вопросах здоровья
40	Taiwan	健康識能 (Jiànkāng shì néng) 健康素養 (Jiànkāng sù yǎng)	health awareness or health knowledge health literacy	Осведомленность по вопросам здоровья, грамотность в вопросах здоровья
41	Turkmenistan	Saglyk ugrunda sowatlylyk	health literacy	Грамотность в вопросах здоровья
42	The USA	Health literacy	health literacy	Грамотность в вопросах здоровья

ПРИЛОЖЕНИЕ В

Вопросник HLS₁₉-Q22-RU_Russian

Таблица В.1

<p>По шкале от «очень легко» до «очень сложно» оцените, насколько Вам легко или сложно...</p> <p>В своих ответах Вы можете отталкиваться от своего опыта, опыта своей семьи или друзей. Как обычно Вы действуете в тех или иных ситуациях?</p> <p>[ПОКАЗАТЬ КАРТОЧКУ СО ШКАЛОЙ]</p> <p>Очень легко Легко Сложно Очень сложно Затрудняюсь ответить</p>	
Вопросы по изучению грамотности в вопросах здоровья	
CORE-HL2	...найти информацию о лечении болезней, которые Вас беспокоят?
CORE-HL3	... найти информацию о том, что делать в экстренной медицинской ситуации?
CORE-HL4	... узнать, где получить помощь специалиста, если Вы заболели? (инструкция: доктора, медсестры, фармацевта или психолога)
CORE-HL5	... понять то, что говорит Вам врач?
CORE-HL7	... понять информацию о том, что делать в экстренной медицинской ситуации?
CORE-HL8	... понять инструкцию вашего врача или фармацевта о том, как принимать выписанное лекарство?
CORE-HL10	... оценить преимущества и недостатки разных вариантов лечения?
CORE-HL11	... оценить, может ли Вам потребоваться мнение еще одного врача?
CORE-HL13	... использовать информацию, полученную от врача, для принятия решения по своему заболеванию?
CORE-HL16	... выполнять рекомендации врача или фармацевта?
CORE-HL17*	... найти информацию о том, как справиться с вредными привычками, такими как курение, низкая физическая активность, чрезмерное потребление алкоголя?
CORE-HL18	... найти информацию о том, как справиться с проблемами психического здоровья? (инструкция: стресс, депрессия или тревожность)
CORE-HL19*	... найти информацию о рекомендованных прививках для Вас или Вашей семьи?
CORE-HL21	... понять информацию о таких вредных привычках, как курение, низкая физическая активность, избыточное потребление алкоголя?
CORE-HL22*	... понять для чего Вам или Вашей семье нужны прививки?
CORE-HL23	... понять информацию по рекомендованным профилактическим обследованиям? (инструкция: например, измерение уровня сахара в крови, кровяного давления, уровня холестерина, исследование на онкологические заболевания)
CORE-HL24	... оценить надежна ли информация о таких вредных привычках, как курение, низкая физическая активность, избыточное потребление алкоголя?
CORE-HL28	... оценить надежна ли информация о рисках для здоровья, получаемая из средств массовой информации? (инструкция: например, газеты, телевидение или интернет)
CORE-HL31	... решить, как Вы можете защитить себя от болезней, используя информацию из средств массовой информации? (инструкция: например, газеты, телевидение или интернет)
CORE-HL32*	... найти информацию об изменениях в законах, которые могли бы повлиять на здоровье Вас или Вашей семьи? (инструкция: новые профилактические программы, изменения в системе медицинской помощи, цены на табачную продукцию или запрет курения)
CORE-HL36*	... найти информацию о том, как укрепить здоровье на рабочем месте, в школе или в месте проживания?
CORE-HL37	... понять советы членов семьи и друзей в отношении Вашего здоровья?
CORE-HL38 *	... понять информацию на упаковках с пищевыми продуктами?
CORE-HL39	... понять информацию из средств массовой информации о том, как улучшить свое здоровье? (инструкция: газеты, телевидение или интернет)
CORE-HL42	... оценить насколько Ваши жилищные условия могут влиять на Ваше здоровье и благополучие?

CORE-HL43	... оценить какие из Ваших повседневных привычек влияют на здоровье? (питание, потребление напитков, физическая активность и другие)
CORE-HL44	... принимать решения по улучшению Вашего здоровья и благополучия?
Детерминанты	
Социально-демографические и социально-экономические	
C-DET1	Пол
C-DET2	Сколько Вам полных лет?
O-DET1	Ваше семейное положение?
O-DET2	Есть ли у Вас дети?
C-DET3	Назовите страну, в которой Вы родились.
C-DET4	Назовите страну, в которой родился Ваш отец.
C-DET5	Назовите страну, в которой родилась Ваша мать.
C-DET6	Каков наивысший уровень полученного Вами образования? <i>[при этом имеется аттестат или диплом]</i>
C-DET7	Ваша работа/занятость
C-DET8	Вы когда-нибудь получали образование в области медицины?
Финансовое и социальное положение	
Насколько вам легко или сложно...?	
C-DET9	...позволить себе при необходимости покупку лекарства <i>[например, доплата за выписанные лекарства или оплата за лекарства, отпускаемые без рецепта врача]</i>
C-DET10	...позволить себе при необходимости оплатить медицинское обследование или лечение? <i>[дополнительное обследование, не входящее в основной пакет обязательного медицинского страхования]</i>
C-DET11	...оплачивать счета в конце месяца?
C-DET12	На данной шкале уровень 1 соответствует «самому низкому положению в обществе»; уровень 10 соответствует «самому высокому положению в обществе». Скажите, пожалуйста, к какому уровню Вы относите себя?
Социальная поддержка	
C-SSUP1	Сколько у Вас близких людей, на которых Вы можете рассчитывать, если у Вас возникли серьезные личные проблемы?
C-SSUP2	Сколько внимания/интереса люди проявляют по поводу того, чем Вы занимаетесь (например, работа/увлечения)?
C-SSUP3	Насколько Вам легко получить помощь от соседей, если она вам понадобится?
Вопросы о росте и весе, а также о поведении относительно здоровья	
HLFST1	Какой Ваш рост (в сантиметрах)?
C-HLFST2	Какой Ваш вес (в килограммах)? <i>[у беременных женщин вес до беременности]</i>
C-HLFST3.1	Сколько дней в неделю Вы обычно курите любые табачные изделия <i>[сигареты, в том числе скрученные вручную, сигары, трубки, кальяны, электронные сигареты]</i>
C-HLFST3.2	Сколько дней в неделю Вы обычно употребляете какой-либо спиртной напиток? <i>[пиво, вино, водка, коньяк, сидр, коктейль, ликер, алкоголь домашнего производства]</i>
O-HLFST3.2	В день, когда Вы пьете алкогольные напитки, сколько порций Вы обычно выпиваете?
C-HLFST3.3	Сколько дней в неделю Вы обычно физически активны в течение 30 минут или дольше, что вызывает потоотделение или учащенное дыхание? <i>[занятия спортом или другими видами физической активности, активность на работе, дела по дому или в саду, поездки из одного места в другое]</i>
C-HLFST3.4	Сколько дней в неделю Вы обычно едите фрукты, овощи или салат, кроме картофеля? <i>[исключая сок, выжатый из свежих фруктов или свежих овощей, или сок из концентрата. Учитываются все фрукты и овощи – сырые, приготовленные, сушеные, консервированные]</i>
Самооценка здоровья	
C-HSTAT1	Оцените свое здоровье в целом
C-HSTAT2	Имеется ли у Вас длительное заболевание или проблема со здоровьем, которое длится или вероятно продлится 6 месяцев и более?
C-HSTAT3	Насколько проблемы со здоровьем ограничивали Вашу обычную жизнь, по крайней мере, в течение последних 6 месяцев?

Опыт использования медицинских услуг	
За последние 12 месяцев сколько раз Вы...	
С-НСУТ1	...обращались за неотложной помощью? <i>[вызов скорой медицинской помощи для себя, а не для кого-либо, обращение в отделение неотложной помощи, круглосуточную медицинскую помощь]</i>
С-НСУТ2	...обращались к участковому врачу? <i>[терапевту, врачу общей практики, семейному врачу в отношении своего здоровья]</i>
С-НСУТ3	...обращались к другому медицинскому специалисту (например, хирургу)?
С-НСУТ4	...лежали в больнице (стационаре)? <i>[то есть оставались на ночь или дольше]</i>
С-НСУТ5	...находились в дневном стационаре (для диагностики, лечения или других видов медицинской помощи)? <i>[то есть не оставались на ночь]</i>
С-НСУТ6	За последние 12 месяцев сколько дней в общей сложности Вы отсутствовали на работе по причинам, связанным со здоровьем? <i>[имеются в виду все виды заболеваний, травм и других проблем со здоровьем, которые привели к отсутствию на работе. Вопрос неприменим для неработающих лиц, например, студентов, пенсионеров]</i>
Опыт поиска информации в отношении здоровья	
С-НП1	Вы когда-нибудь искали информацию о здоровье или на медицинские темы в любых источниках информации?
О-НП1	В последний раз, когда Вы искали информацию о здоровье или на медицинские темы, где Вы искали в первую очередь?

ПРИЛОЖЕНИЕ Г

Тест NVS-RUS

Таблица Г.1

[ВЫДАЙТЕ ЭТИКЕТКУ ОТ МОРОЖЕНОГО РЕСПОНДЕНТУ И ДАЙТЕ ЕМУ/ЕЙ МИНУТУ ИЛИ БОЛЬШЕ, ЧТОБЫ ЕЕ ИЗУЧИТЬ — ВРЕМЯ НЕ ЗАСЕКАЕТСЯ, ДАЙТЕ СТОЛЬКО ВРЕМЕНИ, СКОЛЬКО НЕОБХОДИМО. ЗАЧИТАЙТЕ]:

Данная часть исследования изучает информацию в отношении здоровья по упаковке продукта питания. Представьте, что Вы только что купили упаковку (контейнер) мороженого и на обратной стороне упаковки размещена данная информация.

Я прошу Вас посмотреть на эту этикетку, а затем ответить на несколько вопросов.

Пожалуйста, внимательно прочитайте информацию. Дайте мне знать, когда Вы закончите, и мы перейдем к вопросам.

[НЕ ОТВЕЧАЙТЕ НА КАКИЕ-ЛИБО ВОПРОСЫ ОБ ИНФОРМАЦИИ НА ЭТИКЕТКЕ. КОГДА РЕСПОНДЕНТ ГОТОВ, ЗАЧИТАЙТЕ]:

Я прошу Вас ответить на несколько вопросов в отношении информации, которая находится на этой этикетке.

Не беспокойтесь, если Вы не можете ответить на все вопросы. Некоторые из них предназначены для того, чтобы быть трудными. Пожалуйста, уделите столько времени, сколько считаете нужным, чтобы ответить на каждый вопрос. Я могу повторить любой вопрос, который Вы не поняли.

[ЕСЛИ РЕСПОНДЕНТ ВЫГЛЯДИТ СОМНЕВАЮЩИМСЯ, СКАЖИТЕ: «ХОТИТЕ, ЧТОБЫ Я ПОВТОРИЛ/А ВОПРОС?»]

ЕСЛИ РЕСПОНДЕНТ ДЕЙСТВИТЕЛЬНО ЗАТРУДНЯЕТСЯ ОТВЕТИТЬ, СКАЖИТЕ]:

Хорошо, не волнуйтесь, если вы не можете ответить на этот вопрос. Некоторые из них сложнее, чем другие. Давайте попробуем следующий вопрос.

[РЕСПОНДЕНТЫ МОГУТ ИЗМЕНИТЬ ОТВЕТ, ЕСЛИ ОНИ РЕШИЛИ ИСПРАВИТЬ ОШИБКУ В ЛЮБОЙ МОМЕНТ ДО ОКОНЧАНИЯ ДАННОЙ ЧАСТИ ОПРОСА, НО НЕ ГОВОРЯТ ИМ ЭТОГО, ПОКА ОНИ НЕ ПОПРОСЯТ ИЗМЕНИТЬ ОТВЕТ.

ПРИ ЖЕЛАНИИ РЕСПОНДЕНТА МОЖНО ПОСЧИТАТЬ КОЛИЧЕСТВО ПРАВИЛЬНЫХ ОТВЕТОВ И ОЗВУЧИТЬ РЕЗУЛЬТАТ ТЕСТА. КОЛИЧЕСТВО ПРАВИЛЬНЫХ ОТВЕТОВ:

0—1 — низкий уровень грамотности в вопросах здоровья

2—3 — недостаточный уровень грамотности в вопросах здоровья

4—6 — достаточный уровень грамотности в вопросах здоровья

№	Вопрос	Ответ	
1.	Сколько килокалорий Вы употребите, если съедите весь контейнер мороженого? [НЕ ЧИТАЙТЕ ВАРИАНТЫ ОТВЕТОВ]	900 ккал (килокалорий)	1
		900 калорий	2
		Другой ответ	3
		Затрудняюсь ответить	999
2.	Если Вам рекомендовано есть не более 60 граммов углеводов на десерт, какое максимальное количество мороженого Вы могли бы съесть? [НЕ ЧИТАЙТЕ ВАРИАНТЫ ОТВЕТОВ]	Три порции (или до трех порций)	1
		2/3 контейнера	2
		300 г (или любое количество до 300 г)	3
		Другой ответ	4
		Затрудняюсь ответить	999

3.	Представьте, что Ваш врач порекомендовал Вам уменьшить количество жиров в Вашем рационе. Обычно Вы употребляете 65 г жиров каждый день, некоторые из которых поступают из одной порции мороженого. Если Вы перестанете есть мороженое, сколько граммов вы будете употреблять каждый день? [НЕ ЧИТАЙТЕ ВАРИАНТЫ ОТВЕТОВ]	53	1
		Другой ответ	2
		Затрудняюсь ответить	999
4.	Если Вы обычно употребляете 2000 килокалорий в день, какой процент от ежедневной суточной нормы Вы употребите, если съедите <u>одну порцию</u> этого мороженого? [НЕ ЧИТАЙТЕ ВАРИАНТЫ ОТВЕТОВ]	1/10 (одна десятая)	1
		10%	2
		Другой ответ	3
		Затрудняюсь ответить	999
5.	Представьте, что у Вас аллергия на: пенициллин, яйца/яичный желток, арахис, латексные перчатки, пчелиные укусы. Будет ли безопасно для Вас съесть данное мороженое? [НЕ ЧИТАЙТЕ ВАРИАНТЫ ОТВЕТОВ] ЕСЛИ ОТВЕТ ДА, ТО ЗАВЕРШИТЬ ОПРОС	Да	1
		Нет	2
		Затрудняюсь ответить	999
6.	ЗАДАТЬ ВОПРОС 6, ЕСЛИ НА ВОПРОС 5 ОТВЕТИЛИ: НЕТ Ответьте почему?	Потому что в мороженом содержится яйца/яичный желток	1
		Потому что может произойти аллергическая реакция	2
		Другой ответ	3
		Затрудняюсь ответить	999
7.	ЗАДАТЬ ВОПРОС 7, ЕСЛИ НА ВОПРОС 6 ОТВЕТИЛИ: ПОТОМУ ЧТО МОЖЕТ ПРОИЗОЙТИ АЛЛЕРГИЧЕСКАЯ РЕАКЦИЯ: Почему у Вас может произойти аллергическая реакция?	Потому что в мороженом содержится яйца/яичный желток	1
		Другой ответ	2
		Затрудняюсь ответить	999

ПРИЛОЖЕНИЕ Д

Демонстрационные карточки для интервьюеров

Таблица Д.1 – Вопросы: CORE-HL2 - CORE-HL44

Очень легко
Легко
Сложно
Очень сложно

Таблица Д.2 – Вопрос: O-Н1

Печатные материалы
Информация от окружающих людей
Информация от медицинских работников
Информация от альтернативных или нетрадиционных практиков
Телефон горячей линии
Цифровые ресурсы (например, Интернет, социальные сети)

Таблица Д.3 – Вопрос: O-DET1

Холост / живу один Не замужем / живу одна
Холост / не замужем/ сожительствуем в одном домохозяйстве
Проживаю с официальным или гражданским супругом / супругой в одном домохозяйстве
В официальном или гражданском браке, но живем отдельно

Таблица Д.4 – Вопрос: O-DET2

У меня нет детей
Да, младше 15 лет
Да, старше 15 лет
Да, есть младше и старше 15 лет

Таблица Д.5 – Вопрос: C-DET6

Нет образования
Начальная школа
Незаконченное среднее
Законченное среднее
Среднее специальное (колледж, техникум)
Незаконченное высшее
Законченное высшее
Магистратура
Аспирантура (докторантура)

Таблица Д.6 – Вопрос: C-DET7

Работающий (ая)
Частный предприниматель
Безработный (ая)
На пенсии
Нетрудоспособный (ая) по причине здоровья
Студент(ка), на обучении
Домохозяйка / декретный отпуск
На военной или гражданской службе

Таблица Д.7 – Вопрос: C-DET12

Самое низкое положение в обществе									Самое высокое положение в обществе
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Таблица Д.8 – Вопрос: C-SSUP1

Ни одного
1 или 2
от 3 до 5
6 и более

Таблица Д.9 – Вопрос: C-SSUP2

Много внимания / интереса
Немного внимания / интереса
Ни много, ни мало
Мало внимания / интереса
Нет внимания / интереса

Таблица Д.10 – Вопрос: C-SSUP3

Очень легко
Легко
Возможно
Сложно
Очень сложно

Таблица Д.11 – Вопросы: C-HLFST3.1-3.4

Нисколько
Меньше, чем 1 раз в неделю
1 день
2 дня
3 дня
4 дня
5 дней
6 дней
7 дней

Стандартные порции алкоголя

			
Маленький бокал вина или шампанского, 100 мл	Половина кружки пива, 250 мл	Бокал креплёного вина, 60 мл	Маленькая рюмка крепкого алкоголя, 30 мл
Крепость 12-13%	Крепость 4,5-5%	Крепость 16-22%	Крепость 40%

Рисунок Д.1 – Вопрос: O-HLFST3.2

Этикетка мороженого в качестве приложения к тесту NVS-RUS

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

Рисунок Д.2 – Вопрос: OP-NVS1-7