УДК 614.234.34.2

А.А. Матжанова, А.М. Ауезова, А.Н. Нурбақыт, Н.Н. Искакова, М.Н. Жакупова,
Д.Н. Маханбеткулова, Л.З. Назарова, А.М. Раушанова
Казахстанский медицинский университет «ВШОЗ
Казахский Национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова
Казахский национальный университет имени Аль – Фараби

УРОВЕНЬ МЕДИЦИНСКОЙ ГРАМОТНОСТИ И ОТВЕТСТВЕННОСТИ К СВОЕМУ ЗДОРОВЬЮ НАСЕЛЕНИЯ Г. АЛМАТЫ

Повышение уровня грамотности в сфере здоровья будет способствовать развитию большей самостоятельности и полномочию самого человека в здоровье сберегающем поведении, реализации солидарной ответственности за здоровье, а процесс повышения грамотности в сфере здоровья может рассматриваться как часть развития индивидуума в направлении улучшения качества жизни. Повышение уровня грамотности в сфере здоровья на уровне всего населения даст толчок к развитию справедливости и устойчивости положительных изменений в общественном здравоохранении.
Ключевые слова: Медицинская грамотность, здоровый образ жизни, информированность и степень ответственности к своему здоровью, качество жизни

Актуальность

По официальным данным Всемирной организации здравоохранения, здоровье человека зависит от системы здравоохранения всего на 8-10%, на 20% от состояния окружающей среды и генетических факторов и на 50-52% - от образа жизни, который формируется под воздействием окружения человека, права выбора, качества жизни и доступности возможностей укрепления здоровья [1].

В связи с этим, актуальным является формирование общественного мнения и активности в пользу здорового образа жизни населения республики. Одним из основных инструментов охраны здоровья является комплексное межсекторальное взаимодействие по решению вопросов относительно факторов, определяющих сохранение и развитие потенциала здоровья человека (физических, экономических, социальных, экологических, культурных) с использованием технологий, подходов и методов формирования здорового образа жизни.

Продолжающиеся экономические и социальные перемены в Республике Казахстане оказывают прямое и значительное воздействие на уровень жизни населения страны и его здоровья. Непрерывные процессы изменения общества в современных условиях обусловливают необходимость постоянного развития системы здравоохранения.

Здоровье человека зависит во многом от него самого и насколько здоровый образ жизни он ведет. Общественное здравоохранение отражает выбор условий жизни и поведения, обусловленных социальным и экономическим положением людей. Следовательно, создание более здорового образа жизни через изменение поведения людей – это верный шаг на пути к повышению качества жизни.

Материалы и методы исследования

Теоретической основой исследования являются труды отечественных и зарубежных ученых, научные публикации в специализированных изданиях, аналитические отчеты государственных, общественных институтов, и международных организаций, законодательные и нормативно-правовые документы. Объектом исследования служила городская поликлиника г. Алматы №35.

Социологическое исследование проведено в 2 этапа – основное (анкетирование) и по отчетным данным поликлиники № 35 г. Алматы за 2018-2019 гг. В рамках основного исследования проанкетировано 200 респондента.

В качестве инструмента для опроса использовалась анкета HLS-EU-Q47, разработанная Европейским консорциумом по уровню информированности и степени ответственности к своему здоровью и расширенная Азиатской Ассоциацией по уровню информированности и степени ответственности к своему здоровью и переведенная на русский и казахский языки. Основными разделами инструмента являлись: демографические данные, информированность и степень ответственности к своему здоровью, информация о персональном здоровье, социально-экономическая информация, грамотность в сфере функционального здоровья.

Случайная выборка респондентов осуществлялась среди взрослого населения старше 18 лет с использованием метода механической рандомизации: каждый второй из числа посетивших районную поликлинику в период проведения исследования был приглашен к участию в исследовании. Набор респондентов продолжался до достижения предопределенного количества респондентов в каждой возрастной группе. При определении объема выборки были соблюдены пропорции численности населения с учетом намечаемого количества респондентов. При сборе материалов и формировании групп респондентов соблюдены принципы случайности выборки, ее качественной и количественной репрезентативности.

На втором этапе было проведено исследование поперечного дизайна с целью изучения уровня информированности и степени ответственности к своему здоровью населения, проживающего в городе Алматы. Были использованы социологический, информационно-аналитический и статистический методы исследования, а также международная методика расчета уровня информированности и степени ответственности к своему здоровью [7].

Результаты исследования

Были рассчитаны индексы уровня информированности и степени ответственности к своему здоровью респондентов в сфере здравоохранения, профилактики заболеваний, укрепления здоровья и индекс уровня информированности и степени ответственности к своему здоровью.

Индекс общей медицинской грамотности (МГ) составил 34.0±8.6 (среди мужчин) и 33.49±9.4 (среди женщин), в сфере здравоохранения - 34.4±9.2 (среди мужчин), 33.52±10.5 (среди женщин), в сфере профилактики заболеваний - 34.2±9.5 (среди мужчин) и 33.1±10.5 (среди женщин), в сфере укрепления здоровья - 33.5±9.5 (среди мужчин), 33.05±9.9 (среди женщин).

Таким образом, средний уровень общей МГ может быть охарактеризован как достаточный. Уровни информированности и степени ответственности к своему здоровью у мужчин и женщин статистически значимо не различались (таблица 1).

Таблица 1 - Средние значения и уровни значимости различий индексов МГ среди мужчин и женщин

Индексы МГ	Среднее ± СО среди мужчин	Среднее ± СО среди женщин	P
в сфере здравоохранения	34.4±9.2	33.52±10.5	0.2
в сфере профилактики заболеваний	34.2±9.5	33.10±10.5	0.1
в сфере укрепления здоровья	33.5±9.5	33.05±9.9	0.5
Общая МГ	34.0±8.6	33.49±9.4	0.4

Распределение суб-индексов уровня информированности и степени ответственности к своему здоровью. Общая информированность и степень ответственности к своему здоровью: 15.5% респондентов имели неадекватный уровень, 30.0% - проблематичный уровень, 36.0% - достаточный уровень, 18.5% - отличный уровень.
Информированность и степень ответственности к своему здоровью в сфере здравоохранения: 16.1 % респондентов имели неадекватный уровень, 31.1% - проблематичный уровень, 33.1% - достаточный уровень, 19.7% - отличный уровень.
Информированность и степень ответственности к своему здоровью в сфере профилактики заболеваний: 16.2% респондентов имели неадекватный уровень 27.7% - проблематичный уровень, 33.7% -достаточный уровень, 22.5% - отличный уровень.
Информированность и степень ответственности к своему здоровью в сфере укрепления здоровья: 17.5% респондентов имели неадекватный уровень, 26.4% - проблематичный уровень, 34.3% - достаточный уровень, 21.8% - отличный уровень (рисунок 1).

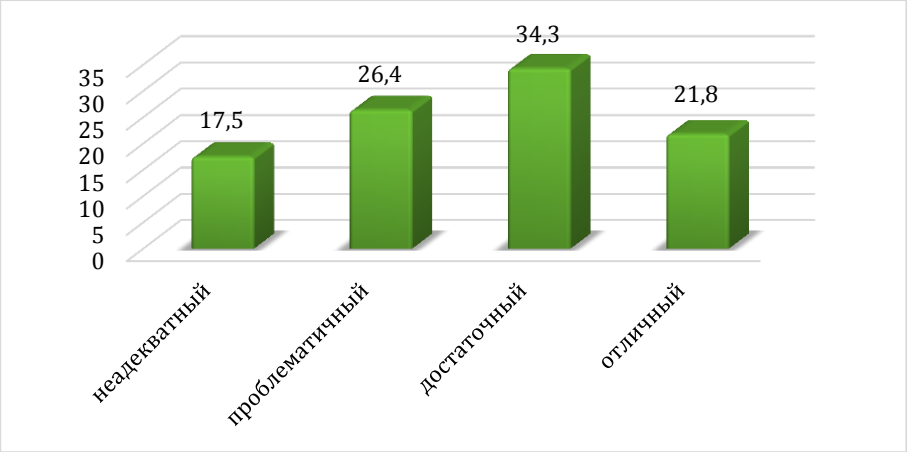

Рисунок 1 - Распределение респондентов с разным уровнем общей МГ

Демографические детерминанты включали в себя пол и возраст респондентов. Не было выявлено статистически значимых различий в уровнях МГ между мужчинами и женщинами. Возраст опрошенных женщин был статистически значимо меньше возраста мужчин (таблица 2).

Таблица 2 - Средние значения возраста и значимость его различий у опрошенных мужчин и женщин

Средние значения возраста мужчин	Средние значения возраста женщин	Число мужчин	Число женщин
44.7±15.2	41.8±13.9	408	530

Исследование взаимосвязи между возрастом и уровнем информированности и степени ответственности к своему здоровью выявило статистически значимые различия возраста в разных группах общей МГ только среди мужчин. Средний возраст респондентов с отличным уровнем общей МГ (48.7 лет) был статистически значимо выше, чем средний возраст респондентов с проблематичным уровнем общей МГ (43.5 года). Социально-экономические детерминанты уровня информированности и степени ответственности к своему здоровью оценивались через такие показатели как наивысший уровень образования, возможность оплачивать лекарства и посетить врача, ИФП, самооценка социального статуса.
Уровень общей информированности и степени ответственности к своему здоровью был взаимосвязан с уровнем образования: у респондентов, окончивших полную среднюю школу (имевших среднее образование) уровень общей уровня информированности и степени ответственности к своему здоровью был статистически значимо выше, чем у респондентов не окончивших полную среднюю школу, а также выше, чем у респондентов, окончивших ВУЗ/Колледж.
У респондентов, имевших степень магистр/доктор, уровень общей информированности и степени ответственности к своему здоровью был статистически значимо выше, чем у респондентов с начальным/неполным средним образованием.
У респондентов, которым было «очень легко» платить за лекарства, уровень общей информированности и степени ответственности к своему здоровью был выше, чем у респондентов, которым было «достаточно легко» и «достаточно трудно» платить за лекарства. У респондентов, которым «достаточно трудно» платить за лекарства уровень общей МГ был ниже, чем у респондентов, которым «достаточно легко» платить за лекарства (рисунок 2).

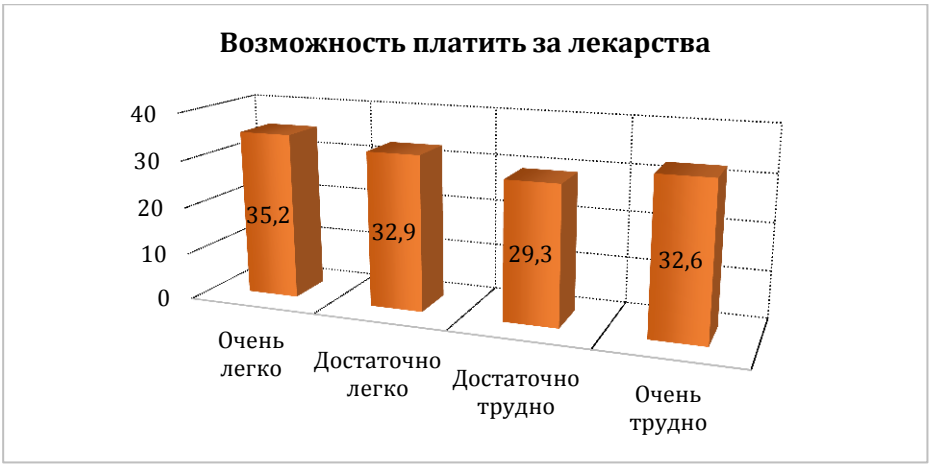

Рисунок 2 - Средние значения общего уровня информированности и степени ответственности к своему здоровью и доверительные интервалы при разных возможностях платить за лекарства

В группе респондентов, для которых «Очень легко» сходить на прием к врачу, уровень общей уровня информированности и степени ответственности к своему здоровью был выше, чем у респондентов с другими возможностями. Для оценки финансовой состоятельности был использован интегральный критерий - «Индекс финансовых потерь» (ИФП), который с помощью факторного анализа рассчитывался по трем показателям, а именно по способности оплачивать лекарства, способности посетить врача и способности оплачивать счета в целом. Отрицательные значения индекса указывают на финансовые потери ниже среднего уровня, а положительные значения - на финансовые потери выше среднего уровня [6]. У респондентов с отличным уровнем общей МГ был зафиксирован самый низкий уровень ИФП, а самый высокий уровень ИФП - у респондентов с неадекватным уровнем общей МГ. У респондентов с низкой самооценкой статуса в обществе («1-2») уровень общей МГ был статистически значимо ниже, чем у респондентов с самооценкой статуса в обществе «3-4», «7» и «10». Самый высокий уровень общей МГ зарегистрирован у респондентов с самой высокой самооценкой социального статуса «10» (рисунок 3).

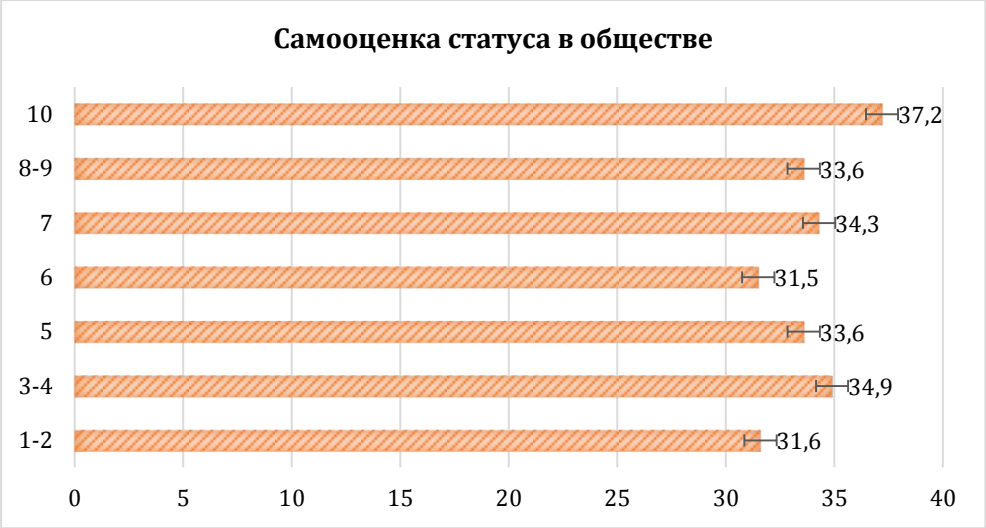

Рисунок 3 – Средние значения общего уровня информированности и степени ответственности к своему здоровью и доверительные интервалы при разной самооценке социального статуса

Состояние здоровья оценивалась с помощью таких показателей как самооценка здоровья респондентами, наличие ли отсутствие длительных заболеваний.

У респондентов с «очень хорошей» самооценкой здоровья общая Информированность и степень ответственности к своему здоровью (36.9±9.9) была выше, чем в других группах. У респондентов с «плохой» самооценкой здоровья общая Информированность и степень ответственности к своему здоровью (28.5±7.3) была ниже, чем в других группах (кроме группы с самооценкой здоровья «очень плохое).

МГ и проблемы со здоровьем: у респондентов с одним (34.6±9.6) или более длительным заболеванием (31.4±8.3) общая информированность и степень ответственности к своему здоровью была выше, чем у тех, у которых отсутствовали длительные заболевания или проблемы со здоровьем (29.9±7.9).

Поведенческие детерминанты оценивались с помощью таких показателей как занятия физической активностью в эквиваленте не менее 30 минут в день, курение, соотношение важности здоровья и работы (принцип концепции здоровья).

МГ и физическая активность: у респондентов, которые в течение последнего месяца занимались физической активностью не менее 30 минут в день почти ежедневно, общая информированность и степень ответственности к своему здоровью (33.9±9.5)

была статистически значимо выше, чем у респондентов, которые занимались несколько раз в месяц (31.4±7.6), совсем не занимались (29.7±8.1), или не могли выполнять упражнения (29.6±7.9).
У респондентов, которые в течение последнего месяца занимались физической активностью не менее 30 минут в день несколько раз в неделю общая информированность и степень ответственности к своему здоровью (32.3±8.7) была статистически значимо выше, чем у респондентов, которые не занимались (29.7±8.1, p=0.04), или не могли выполнять упражнения (29.6±7.9) (рисунок 4)

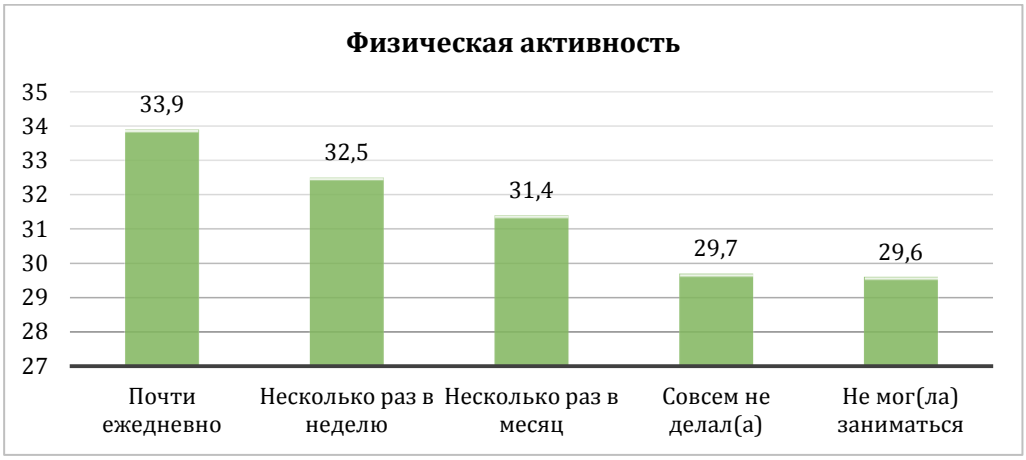

Рисунок 4 – Средние значения общей уровня информированности и степени ответственности к своему здоровью и доверительные интервалы при разном уровне физической активности

Курение: у респондентов, которые никогда не курили, общая информированность и степень ответственности к своему здоровью (34.4±9.7) была статистически значимо выше, чем у респондентов, куривших в прошлом и бросивших (30.5±7.6) (рисунок 5).

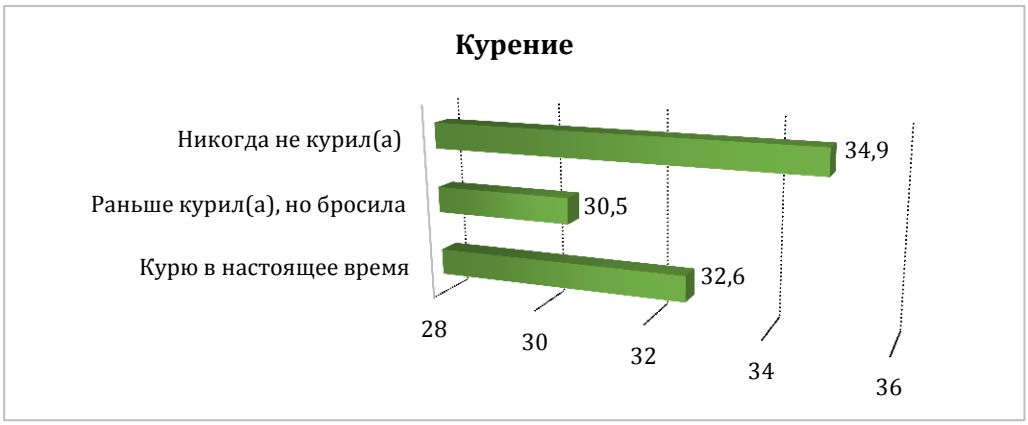

Рисунок 5 – Средние значения общего уровня информированности и степени ответственности к своему здоровью и доверительные интервалы при разном уровне курения

МГ и принцип концепции о здоровье (соотношение важности здоровья и работы): у респондентов, которые ответили, что здоровье важнее, чем работа уровень общей МГ (35.0±9.7) был статистически значимо выше, чем у респондентов, для которых «допустимо иногда жертвовать здоровьем ради работы» (32.1 ±8.6), для которых «работа важнее, чем здоровье» (32.1 ±8.4), а также выше чем у респондентов, затруднившихся с ответом и ответивших «не знаю» (30.5±8.6).
Таким образом, в результате проведенного исследования были выявлены средние уровни общей уровня информированности и степени ответственности к своему здоровью респондентов, особенности влияния демографических, социально-экономических и поведенческих детерминант на уровень информированности и степени ответственности к своему здоровью.
Средний уровень общей уровня информированности и степени ответственности к своему здоровью характеризуется как достаточный. Не было выявлено статистически значимых различий в уровне МГ между мужчинами и женщинами.
45.5% респондентов имели ограниченный (неадекватный или проблематичный) уровень общей МГ.
У респондентов-мужчин была выявлена положительная взаимосвязь между возрастом и уровнем МГ: у респондентов более старшего возраста уровень общей МГ был выше. Подобной взаимосвязи не было выявлено среди респондентов - женщин.
Было выявлено влияние образования на медицинскую грамотность, однако данная взаимосвязь не являлась однозначной: у респондентов, окончивших полную среднюю школу уровень общей МГ был статистически значимо выше, чем у респондентов, не окончивших полную среднюю школу, окончивших ВУЗ или колледж. У респондентов, со степенью «Магистр» или «Доктор», уровень МГ в сфере здравоохранения, профилактики заболеваний, общей МГ был статистически значимо выше, чем у респондентов с начальным или неполным средним образованием. Таким образом, результаты нашего

исследования указывают, что на уровень информированности и степени ответственности к своему здоровью оказывало влияние школьное и послевузовское образование, а образование, полученное в ВУЗе, на уровень информированности и степени ответственности к своему здоровью не влияло.

Информированность и степень ответственности к своему здоровью была взаимосвязана с материальными возможностями и самооценкой социального положения респондентов. Наиболее высокий уровень общей МГ был у респондентов, которым «очень легко» платить за лекарства и «очень легко» сходить на прием к врачу, у респондентов имевших высокое социальное положение по их собственной оценке. Интегральный показатель финансовой состоятельности - индекс финансовых потерь- подтверждает вышеуказанные заключения: у респондентов с наиболее высоким уровнем МГ отмечались самые низкие показатели ИФП. Была выявлена взаимосвязь между уровнем информированности и степени ответственности к своему здоровью и состоянием здоровья респондентов. У респондентов с «очень хорошей» самооценкой здоровья и отсутствием длительных (хронических) заболеваний информированность и степень ответственности к своему здоровью была выше, чем в других группах. У респондентов с «плохой» самооценкой здоровья информированность и степень ответственности к своему здоровью (все суб-индексы) была ниже, чем в других группах (кроме группы с самооценкой здоровья «очень плохое».

Информированность и степень ответственности к своему здоровью была взаимосвязана с поведенческими факторами: МГ была выше у респондентов, регулярно занимавшихся физической культурой, никогда не куривших. У респондентов, которые ответили, что «здоровье важнее, чем работа» уровень общей МГ был выше, чем у респондентов, для которых «допустимо иногда жертвовать здоровьем ради работы» и «работа значит больше, чем здоровье».

Заключение

Сохранение и укрепление здоровья населения - ключевая задача современного общественного здравоохранения, в решении которой ведущую роль играет профилактическое звено. В соответствии с Государственной программой развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулык» на 2016-2019 гг. совершенствование профилактики и управления заболеваниями необходимо для достижения программной цели внедрения новой политики по охране здоровья общества[6]. Хронические неинфекционные заболевания составляют большую долю во всеобщем бремени болезней, при этом многие из них напрямую зависят от образа жизни, поведения в отношении здоровья и поведенческих факторов риска. Даже небольшие изменения в образе жизни и поведении влекут за собой значительные перемены при многих патологических состояниях и у лиц, находящихся в группе риска по развитию различных нозологий.

Выводы

Таким образом, разработка эффективных вмешательств по изменению поведения в отношении здоровья является актуальным направлением современных научных исследований. При этом, наиболее эффективными являются вмешательства, имеющие теоретическое обоснование и понимание процессов, лежащих в основе изменения поведения. Использование теоретических подходов позволяет оценить проблемы и препятствия на пути к изменению поведения, осуществить выбор целевых проблем для вмешательства, подобрать научно обоснованные тактики для вмешательства, повысить эффективность программ по изменению поведения и укреплению здоровья. Поведение, в наиболее простом определении представляет собой действие индивидуума в ответ на внешние и внутренние стимулы, контролируемое головным мозгом [3]. Способности и мотивация индивидуума вкупе с возможностями окружающей среды являются факторами, влияющими на поведение. Информированность и степень ответственности к своему здоровью как совокупность знаний, умений и навыков поиска, понимания, критической оценки и применения информации необходимой для сохранения и укрепления здоровья, взаимосвязана с поведением индивидуума в отношении здоровья, что подтверждается многочисленными научными исследованиями. В этом исследовании были показаны взаимосвязи между уровнем информированности и степени ответственности к своему здоровью и состоянием здоровья, использованием услуг здравоохранения, демографическими, социально-экономическими и поведенческими детерминантами. Информированность и степень ответственности к своему здоровью является одним из индикаторов ведения здорового образа жизни, приверженности лечению, здоровьесберегающего поведения. Показатель уровня информированности и степени ответственности к своему здоровью имеет большое значение при мониторинге образа жизни населения, который во многом определяет состояние здоровья [4].

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Веб-сайт ВОЗ. URL: https://www.who.int/ru/about/who-we-are/constitution
2. World Health Organization. Health literacy toolkit for low- and middle-income countries. - 2015
3. Sorensen K., Van den Broucke S., Fullam J., Doyle G., Pelikan J., Slonska Z., et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models // BMC public health. - 2012. - №12(80). – P. 266-277.
4. Davis R., Campbell R., Hildon Z., Hobbs L., Michie S. Theories of behaviour and behaviour change across the social and behavioural sciences: a scoping review // Health psychology review. - 2015. - Vol. 9, №3. - P.323-344.
5. Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение: Учебник. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. – 520 с.
6. Pelikan J.M., Rothlin F., Ganahl K. Comparative report of health literacy in eight EU member states / The European Health Literacy Project 2009-2012. HLS-EU Consortium. - Vienna: Ludwig Boltzmann Institute for Health Promotion Research, 2012. - 89 p.
7. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан "Денсаулык" на 2016-2019 годы: утв. Указом Президента Республики Казахстан от 15 января 2016 года №176. - Алматы, 2016.

А.А. Матжанова, А.М. Ауезова, А.Н. Нурбақыт, Н.Н. Искакова, М.Н. Жакупова,
Д.Н. Маханбеткулова, Л.З. Назарова, А.М. Раушанова
«ҚДСЖМ» Қазақстандық медицина университеті
С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті
Әл-Фараби атындағы Қазақ ұлттық университеті

АЛМАТЫ ҚАЛАСЫ ТҰРҒЫНДАРЫНЫҢ ӨЗ ДЕНСАУЛЫҒЫНА ЖАУАПКЕРШІЛІК ЖӘНЕ МЕДИЦИНАЛЫҚ САУАТТЫЛЫҚ ДЕҢГЕЙІ

Түйін: Денсаулық сақтау саласындағы сауаттылық деңгейін жоғарылату адамның дербестігі мен денсаулықты сақтайтын мінез-құлықтағы мүмкіндіктерін кеңейтуге, денсаулық үшін жауапкершілікті сезінуге, денсаулық саласындағы сауаттылықты жоғарылату процесін адамның өмір сүру сапасын жақсартуға бағытталған бөлігі ретінде қарастыруға болады. Халықтың жалпы деңгейінде медициналық сауаттылықты арттыру тең құқықты дамытуға және қоғамдық денсаулық сақтау саласындағы оң өзгерістердің тұрақтылығына серпін береді.
Түйінді сөздер: Медициналық сауаттылық, салауатты өмір салты, хабардар болу және өз денсаулығына жауапкершілік дәрежесі, өмір сапасы

A.A. Matzhanova, A.M. Auyezova, A.N. Nurbakyt, N.N. Iskakova, M.N. Zhakupova,
D.N. Mahanbetkulova, L.Z. Nazarova, A.M. Raushanova
Kazakhstan's medical university «KSPH»
Asfendiyarov Kazakh National medical university
Al-Farabi Kazakh National University

THE LEVEL OF HEALTH LITERACY AND RESPONSIBILITY FOR THE HEALTH OF THE POPULATION OF ALMATY

Resume: Improving the level of literacy in the field of health will contribute to the development of greater autonomy and empowerment of the person in health-saving behavior, the realization of joint responsibility for health, and the process of improving literacy in the field of health can be considered as part of an individual's development towards improving the quality of life. Improving health literacy at the general population level will give impetus to the development of equity and sustainability of positive changes in public health.
Keywords: Medical literacy, a healthy lifestyle, awareness and degree of responsibility to one's health, quality of life