

**Министерство образования и науки Республики Казахстан**

**НАО Медицинский университет Караганды**

**«Допущен к защите»**

**Заведующей кафедрой  
общественного здравоохранения  
С.Р. Жакеновой**

**ДИПЛОМНАЯ РАБОТА**

**На тему: «Изучение медицинской грамотности у студентов КарГУ и  
КЭУК»**

**по специальности 5В110200 – «Общественное здравоохранение»**

**Выполнил**

**студент 4 курса Т.Е. Мейрамов**

**Научный руководитель  
преподаватель кафедры  
общественного здравоохранения**

**Н.Ж. Ердесов**

**Караганда 2019**

## СОДЕРЖАНИЕ

|   |    |
|---|----|
| <b>СОКРАЩЕНИЯ</b> .....   | 3  |
| <b>ВВЕДЕНИЕ</b> .....   | 4  |
| Глава 1. МЕДИЦИНСКАЯ ГРАМОТНОСТЬ. ИЗУЧЕНИЕ<br>МЕДИЦИНСКОЙ ГРАМОТНОСТИ У СТУДЕНТОВ ..... | 6  |
| 1.1. Концепции медицинской грамотности .....  | 6  |
| 1.2. Политика медицинской грамотности .....   | 10 |
| 1.3. Исследования в области медицинской грамотности .....                               | 14 |
| 1.4. Влияние уровня образованности на здоровье .....                                    | 17 |
| 1.5. Пути повышения медицинской грамотности .....                                       | 18 |
| 1.6. Медицинская грамотность и здоровье .....   | 20 |
| Глава 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ .....  | 23 |
| Глава 3. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ .....  | 26 |
| 3.1. Сравнительный анализ полученных данных .....                                       | 26 |
| <b>ВЫВОДЫ</b> .....   | 39 |
| <b>СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ</b> .....   | 40 |
| <b>ПРИЛОЖЕНИЯ</b> .....   | 41 |

## СОКРАЩЕНИЯ

|               |   |
|---------------|---|
| <b>ВОЗ</b>    | - Всемирная организация здравоохранения   |
| <b>ЗОЖ</b>    | - здоровый образ жизни  |
| <b>ЗППП</b>   | - заболевания, передающиеся половым путём   |
| <b>КарГУ</b>  | - Карагандинский Государственный Университет  |
| <b>КЭУК</b>   | - Карагандинский экономический университет Казпотребсоюза   |
| <b>МГ</b>     | - медицинская грамотность   |
| <b>СМИ</b>    | - средства массовой информации  |
| <b>США</b>    | - Соединенные Штаты Америки   |
| <b>ACSQHC</b> | - Australian Commission on Safety and Quality in Health Care<br>/Австралийская комиссия по безопасности, качеству и<br>здоровью |

## ВВЕДЕНИЕ

### **Актуальность.**

В последние годы санитарной грамотности уделяется все большее внимание. Санитарная или медицинская грамотность – способность людей получать доступ, понимать и использовать медицинскую информацию для поддержания и укрепления здоровья. Поиск информации о своем здоровье все чаще документируется в качестве ключевой стратегии сохранения здоровья и психосоциальной адаптацией к болезни. Доказано, что существует связь между состоянием здоровья и навыками МГ. На саму МГ влияют различные детерминанты, а именно социальные, ситуационные и личностные аспекты, такие как возраст, образование, культура и другие.

Поддержка здорового образа жизни с помощью укрепления здоровья была проблемой, упомянутой международными организациями здравоохранения. Медико-санитарная грамотность в свою очередь считается предиктором начала и поддержания здорового образа жизни. В исследовании проведен анализ уровня медицинской грамотности (МГ) у студентов, как у группы, характеризующейся формированием навыков в отношении здоровья в соответствии с уровнем образования и культуры.

Недостаточный уровень грамотности в вопросах здоровья является главной проблемой во всех странах, где этот вопрос изучался. Причем это характерно как для развитых, так и для развивающихся стран. Отмечается, что повышение грамотности в вопросах здоровья – процесс, длящийся на протяжении всей жизни, и результаты его не всегда удовлетворительные. Так, в Казахстане исследования показали низкий уровень грамотности здоровья у 15.5 % населения.

Опрос, проведенный Национальным советом потребителей в Великобритании (NCC 2004), выявил у одного из пяти человек проблемы с основными навыками, необходимыми для понимания простой информации,

Поддержка здорового образа жизни с помощью укрепления здоровья была проблемой, упомянутой международными организациями здравоохранения. Медицинская грамотность в свою очередь считается предиктором начала и поддержания здорового образа жизни.

**Цель исследования:** Изучение медицинской грамотности среди студентов КарГУ и КЭУК для определения уровня и дальнейшей разработки мероприятий для ее повышения.

**Объект исследования:** студенты КарГУ и КЭУК общей численностью 549 человек.

### **Задачи исследования:**

1. Изучить уровень информированности студентов каждого ВУЗа по вопросам медицинской грамотности.
2. Провести сравнительный анализ медицинской грамотности между студентами КарГУ и КЭУК

3. Дать рекомендации по повышению медицинской грамотности среди студентов

**Научная новизна:**

В Казахстане, исследования посвященные медицинской грамотности среди студентов ранее не проводились.

**Практическая значимость:**

Полученные данные могут быть использованы для повышения уровня медицинской грамотности среди населения Казахстана

# **Глава 1. МЕДИЦИНСКАЯ ГРАМОТНОСТЬ. ИЗУЧЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ГРАМОТНОСТИ У СТУДЕНТОВ**

## **1.1. Концепции медицинской грамотности**

Медицинская грамотность (МГ) считается важной детерминантой здоровья. Больше внимания уделяется медицинской грамотности среди детей и подростков, как это было подчеркнуто на 3-й Европейской конференции по медико-санитарной грамотности в 2015 году. Однако, как и в подростковом возрасте, молодость часто сопровождается значительным ростом, развитием и жизненными проблемами. Получив права и привилегии для взрослых, молодые люди часто теряют поддержку со стороны учреждений и программ социальной защиты, которые обслуживают подростков [20].

Было замечено, что молодые люди могут чувствовать, что им не хватает информации, связанной со здоровьем, и способности понимать и использовать эту информацию [21, 22].

Тем не менее, хотя доступ к качественным медицинским услугам в молодом возрасте остается проблематичным [20], способность находить, понимать и использовать информацию, связанную со здоровьем, остается важной. Различия в вовлеченности отражаются в способности людей становиться активным участником в отношении их здоровья и приобретенных ими способностями принимать обоснованные решения относительно своего здоровья.

Важной теоретической концепцией в этом контексте является «грамотность в отношении здоровья». Медицинская грамотность относится к личным характеристикам и социальным ресурсам, необходимых для того, чтобы люди могли получать, понимать и использовать информацию для принятия решений о своем здоровье.

Медицинская грамотность все чаще используется в качестве объяснения того, почему некоторая часть населения рискует испытать трудности навигации в сфере здравоохранения и лечения. Определяемая как «степень, в которой люди имеют возможность получать, обрабатывать и понимать основную информацию и услуги, необходимые для принятия соответствующих решений, касающихся их здоровья», медико-санитарная грамотность, как правило, ниже у групп населения с более низкими доходами, более низким уровнем образования и у людей в пожилом возрасте [1].

Исследования Levin-Zamir D. и Bertschi I. о когнитивной функции и медицинской грамотности, но мало известно о том, как медико-санитарная грамотность развивается на протяжении всей жизни в целом, и относительно мало известно о том, как когнитивная функция взаимодействует с другими факторами в течение жизни, влияя на санитарную грамотность. Со временем акцент сместился с функциональной

грамотности, например, чтения медицинской информации, на более широкую направленность на компетенции высшего порядка [2].

Низкая медицинская грамотность является проблемой общественного здравоохранения: уменьшается здоровье и / или увеличивается воздействие болезни, одновременно затрагивая значительную часть населения. Более низкие функциональные навыки грамотности в отношении здоровья связаны с более низким уровнем самооценки здоровья [3].

МГ также влияет на способность лиц участвовать в профилактических мероприятиях. Медицинская грамотность имеет значение для доступа к медицинской помощи. Люди с низкой медицинской грамотностью чаще откладывают получение медицинской помощи и испытывают большие трудности с поиском поставщиков, чем их коллеги с достаточной медицинской грамотностью, даже после проверки страхового статуса и других характеристик. Эти барьеры усугубляют любые последующие трудности, с которыми пациенты с низкой медицинской грамотностью могут столкнуться с точки зрения понимания и обработки информации из клинических встреч [19].

В мире, который все больше насыщается средствами массовой информации и оцифровывается, наборы навыков необходимы для самостоятельного доступа к источникам информации о здоровье и инструментам, таких как телевидение, Интернет и мобильные приложения (навигации по ним) [3].

МГ была важным вопросом в повестке дня Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) в течение почти двух десятилетий. В 2016г. ВОЗ утвердила глобальную Шанхайскую декларацию об укреплении здоровья, которая определяет действия государственной политики в отношении медицинской грамотности, позиционируя ее в качестве одного из трех ключевых столпов для достижения устойчивого развития и справедливости в отношении здоровья.

Медицинская грамотность является относительно новой концепцией в укреплении здоровья. Как многогранная концепция, медико-санитарная грамотность касается способности людей удовлетворять сложные потребности здоровья в современном обществе, начиная с базовых навыков и заканчивая активной гражданской позицией [12].

По данным Всемирной организации здравоохранения в Европе, люди с сильными навыками медицинской грамотности обладают лучшим здоровьем и благополучием, в то время как люди с более слабыми навыками склонны вести себя более рискованно и иметь худшее здоровье. Улучшение здоровья напрямую связано с производительностью, а косвенно - с экономическим процветанием и благосостоянием [13].

Важность повышения медицинской грамотности в Европе была признана Европейской комиссией в различных сообщениях и инициативах [14].

Однако фрагментарный подход может недооценивать потенциал и роль медицинской грамотности в общественном здравоохранении и здравоохранении в будущем. Этот комментарий поддерживает стратегию ЕС в отношении медицинской грамотности, которая в полной мере учитывает партнерские отношения граждан и пациентов с профессионалами и лицами, принимающими решения в области здравоохранения и здравоохранения, для содействия обществу, грамотному в отношении здоровья.

В условиях все более насыщенной средствами массовой информации и цифровой среды значительная часть сообщений и информации, связанных со здоровьем, сегодня распространяется и получает доступ через средства массовой информации и цифровые источники. Таким образом, исследователи совместно с практикующими врачами разработали две тесно связанные, но, тем не менее, различные концепции, связанные с медицинской грамотностью: медийная медицинская грамотность [23] и электронная медицинская грамотность [24].

Медийная медицинская грамотность и электронная медицинская грамотность, как доказано, связаны с поиском медицинской информации и с результатами здравоохранения, такими как поведение и состояние здоровья различных групп населения. Факторы окружающей среды, связанные с социальным, организационным или экономическим контекстом, играют важную роль в формировании индивидуальных, групповых или популяционных навыков в медийной медицинской грамотности и в электронной медицинской грамотности путем предъявления конкретных требований к ситуациям, в которых такие навыки требуются индивиду или группе.

Концепция медико-санитарной грамотности в отношении здоровья уникальна тем, что она учитывает не только информацию, которая была передана через средства массовой информации для предоставления рекомендаций в отношении здоровья, но она также рассматривает скрытый и явный контент средств массовой информации, обычно генерируемый коммерческими структурами или системами здравоохранения.

Медиаграмотность в медико-санитарной грамотности концептуализируется как определенная совокупность знаний, начиная со способности идентифицировать связанный со здоровьем контент, признавать его влияние на поведение в отношении здоровья; критически проанализировать контент и выразить намерение реагировать посредством действий. Хотя средства массовой информации в целом давно признаны единственным социальным учреждением, которое сопровождает человека на протяжении всей жизни, в последнее десятилетие цифровым средствам массовой информации уделялось особое внимание в отношении использования в медицинских целях.

Количество предложений о цифровом здравоохранении росло с впечатляющей скоростью - ежегодный прирост составляет около 25%.

Согласно данным Research2Guidance[3], в 2017 году было доступно около 325 000 медицинских приложений, а в период с 2016 по 2017 год было выпущено 78 000 новых мобильных медицинских приложений. Хотя было показано, что только у 7% приложений более 50 000 активных пользователей в месяц, пропорции использования значительно увеличатся в ближайшем будущем.

Растущая важность цифровых медиа побудила исследователей, практиков и политиков задуматься о навыках, необходимых пользователям, и о проблемах, с которыми они сталкиваются для достижения эффективных результатов, а именно навигации по службам, доступа к соответствующей медицинской информации и изменения образа жизни.

Norman и Skinner в своем исследовании одними из первых в этой области ввели термин «Грамотность в области электронного здравоохранения», означающий «способность искать, находить, понимать и оценивать информацию о здоровье из электронных источников и применять полученные знания для решения проблем». или решение проблемы со здоровьем». Они также разработали инструмент измерения грамотности в области электронного здравоохранения, который использовался во многих различных местах по всему миру, - шкалу грамотности в области электронного здравоохранения (eHEALS) [25].

Шкала состоит из восьми пунктов, по которым респонденты самостоятельно оценивают свою легкость и навыки при навигации по интернет-источникам для получения достоверной медицинской информации. Несмотря на широкое использование, валидность eHEALS была поставлена под сомнение, главным образом из-за отсутствия корреляции между баллами eHEALS и фактическим выполнением задач при поиске информации о состоянии здоровья в сети [26, 27], а также из-за того, что она недостаточно учитывает критические и интерактивные навыки грамотности в отношении здоровья. [12, 13].

Средства массовой информации, и особенно сфера цифровых средств массовой информации, представляют собой сложную социальную среду, в которой потребители должны ориентироваться, чтобы укреплять и поддерживать здоровье, используя информацию, доступную в этой среде. Задачи, связанные со СМИ и грамотностью в области электронного здравоохранения, отнюдь не тривиальны.

Что касается участия пациентов в принятии медицинских решений, можно предположить, что высокий уровень медицинской грамотности позволяет людям играть более активную роль. Предположительно, они могут получать, понимать, оценивать и применять информацию, необходимую для принятия медицинских решений.

В процессе принятия медицинских решений можно выделить следующие этапы: обмен информацией; обдумывание; и принятие решения о том, какое лечение осуществить [15-18]. Если участвуют как врач, так и

пациент, они собирают и обмениваются информацией друг с другом на первом этапе, например, о возможных вариантах лечения.

Второй этап относится к процессу выражения и обсуждения предпочтений лечения. На последнем этапе они вместе принимают решение о лечении [16]. Таким образом, медицинские знания, такие как поиск и достаточное количество информации, понимание и оценка этой информации, а также способность взаимодействовать с врачами, особенно актуальны для того, чтобы люди могли играть активную роль.

Концепция «грамотности в отношении вакцин» рассматривает МГ с точки зрения отношения к вакцинам и нерешительности в их постановке, с точки зрения определения и понимания основных детерминант постановки вакцин. В частности, «грамотность в отношении вакцин - это не просто знание о вакцинах, но также разработка системы с меньшей сложностью для предложения вакцин как неперемного условия действующей системы здравоохранения». Информация о вакцинах имеет тенденцию быть сложной. Понимание этой информации требует определенных навыков грамотности и счета, поэтому передача информации пациентам от медицинского персонала является сложной задачей, особенно если у пациентов низкий уровень МГ.

## **1.2. Политика медицинской грамотности**

**Австралия.** Федеральное правительство, правительство штатов и территорий, а также местные органы власти несут общую ответственность за управление здравоохранением в Австралии, включая разработку и реализацию политики, а также управление системами здравоохранения. В 2014 году в Австралии было опубликовано Национальное заявление о медицинской грамотности [5].

Австралийская комиссия по безопасности и качеству в здравоохранении является корпоративной организацией, совместно финансируемой федеральным правительством и правительствами штатов и территорий Австралии. Его роль заключается в обеспечении безопасных и высококачественных систем здравоохранения, в том числе посредством установления национальных стандартов безопасности и качества услуг здравоохранения [6] и текущая аккредитация служб здравоохранения. ACSQHC разработала национальный бюллетень, чтобы улучшить понимание медицинской грамотности в соответствующих секторах и содействовать скоординированному и совместному подходу к систематическому решению проблемы на национальном уровне [5].

В документе описываются три стратегические области:

1. Внедрение медицинской грамотности в систему;
  2. Обеспечение эффективной коммуникации;
  3. Интеграция медицинской грамотности в образование.
- В нем также перечислены действия, разделенные на роль потребителей, поставщиков медицинских услуг, организаций здравоохранения,

государственных организаций и политиков (включая регулирующие и консультативные органы). Национальный бюллетень подкрепляется включением санитарной грамотности в Национальные стандарты здравоохранения и безопасности. Эти стандарты регулярно пересматриваются и пересматриваются в консультации с правительством Австралии, партнерами по штатам и территориям, потребителями, частным сектором и другими заинтересованными сторонами и одобряются всеми министрами здравоохранения Австралии [6].

**Австрия.** Ответственность за управление здравоохранением в Австрии распределяется между рядом учреждений на федеральном и провинциальном уровнях. Федеральное правительство играет центральную роль в разработке законодательства, при этом многие обязанности по реализации делегируются провинциальным органам власти и учреждениям социального обеспечения.

Услуги общественного здравоохранения совместно предоставляются федеральными, провинциальными и местными органами власти и поддерживаются системой обязательного всеобщего медицинского и социального страхования. Десять национальных целевых показателей в области здравоохранения в настоящее время направляют реформу здравоохранения в Австрии для обеспечения скоординированного планирования, реализации и межсекторальных действий [7].

Медицинская грамотность является одной из десяти целей здравоохранения для Австрии, которые были разработаны в 2012 году по указанию Федеральной комиссии здравоохранения Австрии и Совета министров Австрии [8].

В 2014 году Министерство здравоохранения опубликовало политику Национальной цели здравоохранения № 3: Повышение грамотности населения в области здравоохранения. Аспекты, связанные с медико-санитарной грамотностью «здоровье во всех стратегиях», реализуются через межотраслевую Австрийскую платформу медицинской грамотности. Политика направлена на повышение медицинской грамотности для всех людей, живущих в Австрии, с особым акцентом на уязвимые группы населения.

В документе описываются три приоритетные области:

1. Повышение уровня медицинской грамотности в отношении медицинских услуг;
2. Повышение индивидуальной медицинской грамотности (особенно уязвимых групп);
3. Повышение санитарной грамотности в сфере производства и обслуживания.

Мероприятия в рамках приоритетного направления включают реализацию национальной стратегии по улучшению качества связи в здравоохранении, содействие применению стандартных критериев (15 показателей) для качественной медицинской информации, развитие

австрийского веб-портала по достоверной медицинской информации, и предоставление консультации по вопросам здоровья через круглосуточную телефонную консультационную службу. Мероприятия в рамках второго приоритета включают обучение медицинской грамотности для клиентов страховых медицинских компаний, усиление ответственности сектора образования за создание основ медицинской грамотности в школах.

**Китай.** Китайское национальное правительство несет общую ответственность за законодательство в области здравоохранения, разработку политики и управление в Китае, а местные органы власти (провинции, города, уезды и поселки) несут ответственность за оказание медицинских услуг.

Национальный народный конгресс отвечает за законодательство в области здравоохранения, но политика может также осуществляться Государственным советом и Центральным комитетом Коммунистической партии. Национальная комиссия по здравоохранению и планированию семьи (на федеральном и местном уровнях) осуществляет надзор за предоставлением медицинской помощи, в том числе за качеством и безопасностью, а также за управлением Центром по контролю и профилактике заболеваний. Что касается финансирования системы здравоохранения, в Китае действует государственная система медицинского страхования, которая финансируется и предоставляется местными органами власти и охватывает первичную, специализированную, неотложную помощь, больничную помощь, психиатрическую помощь, рецептурную и народную медицину.

Схема государственного медицинского страхования дополняется быстро растущей частной системой медицинского страхования [9].

В 2008 году Китай выпустил Национальный план действий по пропаганде грамотности в отношении здоровья граждан Китая, который вместе с «Испытанием грамотности в отношении здоровья для граждан Китая - базовые знания и навыки», который представило Министерство здравоохранения, о приверженности Китайской Народной Республики борьбе с низкой медицинской грамотностью, а также руководящий документ для реализации инициатив по медицинской грамотности всеми провинциальными департаментами здравоохранения, автономными районами, муниципалитетами [10].

В первой части документа изложены цели, задачи и меры политики, а также излагаются ожидания в отношении управления и подотчетности для реализации политики административными департаментами на уровне округов, городов и районов. Вторая часть документа обобщает ряд тематических тем, разделенных на три раздела: базовые знания и концепции; здоровый образ жизни и поведение; базовые навыки, которые, по-видимому, формируют темы для включения в инициативы, реализуемые на местном уровне.

Национальный план был разработан с целью популяризации и популяризации «Испытания знаний и навыков китайского гражданина по основам здравоохранения» с четырьмя основными целями или задачами:

1. Создать ведущую в здравоохранении многосекторную социальную рабочую сеть инициатив по продвижению грамотности в области здравоохранения с уровнем охвата 100, 80 и 60 процентов на уровне провинций, городов / префектур и округов соответственно.
2. Не менее 80 процентов специалистов в рабочей сети должны пройти обучение.
3. Создать систему надзора и оценки медицинской грамотности граждан Китая.
4. По крайней мере, 60 процентов округов по всей стране будут осуществлять коммуникационную деятельность «Грамотность в области здравоохранения» (базовые знания и навыки в области здравоохранения, которые были определены для всех граждан Китая).

В документе также описываются пять ключевых областей действий или «задач», которые должны быть реализованы в рамках политики, которые могут быть кратко изложены в виде создания и улучшения рабочей сети (лидерство и управление), усиления деятельности по наращиванию потенциала (развитие рабочей силы), проведение мероприятий по надзору за распространением медицинской грамотности.

**Соединенные Штаты Америки.** Министерство здравоохранения и социальных служб США (Управление по профилактике заболеваний и укреплению здоровья) опубликовало Национальный план действий США по повышению санитарной грамотности в 2010 году [11], который направлен на стимулирование всего общества к созданию грамотности в области здравоохранения Америки. План действий основан на видении общества, в котором каждый имеет доступ к точной медицинской информации, предоставляется личная медицинская информация и услуги, а также поддерживается обучение на протяжении всей жизни для укрепления здоровья.

Документ описывает семь целей для достижения этой цели:

1. Разработка и распространение информации о здоровье и безопасности, которая является точной, доступной и действенной
2. Содействие изменениям в системе здравоохранения, которые улучшают медицинскую информацию, коммуникацию, принятие обоснованных решений и доступ к медицинским услугам.
3. Включение точной, основанной на стандартах и соответствующей медицине и науке информации и учебных программ в области ухода за детьми и образования на уровне университета
4. Поддерживать и расширять местные усилия по предоставлению образования для взрослых, обучения английскому языку, а также соответствующих культурных и лингвистических информационных медицинских услуг в сообществе

5. Создание партнерств, разработка руководства и изменение политики
6. Активизировать фундаментальные исследования, а также разработку, внедрение и оценку практики и вмешательств для повышения медицинской грамотности.
7. Расширить распространение и использование научно обоснованных методов и вмешательств в области медицинской грамотности.

Успешная интеграция санитарной грамотности в практику и политику зависит от наличия убедительных доказательств ее вклада в достижение результатов в области здравоохранения и политики.

Приоритетами в исследованиях являются степень вовлечения пациентов и лиц, осуществляющих уход в лечении хронических заболеваний, оценка культурной компетентности медицинских работников, а также расширение числа мероприятий по повышению медицинской грамотности. Санитарная грамотность должна быть более приоритетной задачей в политической повестке дня - сложной задачей, учитывая ее сложность и необходимость межсекторального сотрудничества.

Повышение осведомленности с помощью фактических данных, пропаганды и взаимодействия со средствами массовой информации рассматривалось в качестве ключевой тактики для достижения этой цели.

Область медицинской грамотности все еще находится в стадии становления. Хотя санитарная грамотность признается детерминантом здоровья, существует ключевой пробел в знаниях о том, как медицинская грамотность влияет на общее состояние здоровья, особенно хронические заболевания.

Существуют совершенно разные уровни, на которых, применяется медицинская грамотность (медицинский работник-пациент-система):

1. осведомленность медицинских работников о проблемах, с которыми мы сталкиваемся при оказании медицинской помощи в обществе с низкой медицинской грамотностью,
2. системы на уровне руководства должны обеспечить учебные планы для работников здравоохранения, которым необходимо содержать информацию о важности медицинской грамотности в их клинической практике;
3. специалисты систем здравоохранения предоставляют вывески и учебные материалы, которые имеют соответствующий уровень грамотности и соответствуют языкам и культурам пациентов.

Для продвижения программы медико-санитарной грамотности потребуются коллективные усилия ключевых заинтересованных сторон в разных дисциплинах, секторах и границах [28].

### **1.3. Исследования в области медицинской грамотности**

В настоящее время используются «косвенные» меры, в основном ориентированные на понимание пациентом письменной информации. Обычно используемые оценки включают тест функциональной грамотности в отношении здоровья у взрослых (TOFHLA) и экспресс-оценку

грамотности взрослых в медицине (REALM), которые послужили основой для большого числа исследований, связывающих низкую грамотность в области здравоохранения с плохими знаниями о здоровье, поведением и результатами. Однако общепризнанно, что эти тесты не охватывают весь спектр медицинской грамотности человека, который выходит за рамки понимания письменной информации и включает в себя устную грамотность и навигационные навыки человека. Улучшения в знаниях о здоровье или поведении в отношении конкретных заболеваний с большей вероятностью продемонстрируют очевидные изменения после вмешательства; изменения в знаниях сами по себе не обязательно могут привести к изменению поведения из-за социальных и экологических барьеров, с которыми сталкиваются пациенты [33].

Большинство исследований медицинской грамотности у подростков и молодежи было сосредоточено на случаях, связанных с рискованным поведением в отношении здоровья, такими как: агрессивное поведение, токсикомания, и инфекции, передаваемыми половым путем. Только в нескольких исследованиях изучалась связь медицинской грамотности с показателями здоровья подростков.

Таким образом молодые люди с низким уровнем медицинской грамотности подвержены повышенному риску возникновения инфекций, передаваемых половым путем, ожирению, плохой приверженности к лечению, и недостаточному участию в мероприятиях, способствующих укреплению здоровья. Тем не менее, эти существующие исследования ограничены характеристиками выборки (такими как дети с избыточным весом, ВИЧ-инфицированных подростков, женщин, посещающих клинику репродуктивного здоровья, и тайваньские подростки).

Исследование, проведенное в США, штат Миннесота, выделяет три значимых фактора общего показателя грамотности в отношении здоровья: уровень образования, возраст и раса. В частности, получение диплома или профессиональной степени, или возраст до двадцати одного года были связаны с более высокой медицинской грамотностью [29].

Традиционно молодые люди считаются здоровым населением, которому исследователи и врачи уделяют мало внимания. В исследовании Cha E, Kim K, Lerner NM. и другими были изучены взаимосвязи между грамотностью в отношении здоровья и самоэффективностью пищевого поведения, качества питания у молодых людей с избыточным весом, страдающих ожирением. Потенциальный способ улучшения поведения у молодых людей - повышение осведомленности о значении пищевых этикеток, особенно для молодых мужчин [30].

Пациенты с недостаточной медицинской грамотностью с большей вероятностью сообщали об избыточном весе или ожирении, а также о меньшей вероятности адекватной физической нагрузки. Недостаточная медицинская грамотность увеличивала шансы пациента на получение

рекомендаций по диете, физической активности или регулированию веса, а также на направление и участие в программах изменения образа жизни [31].

В исследовании Leak С., Goggins К. и др. описываются несколько возможных причин, по которым низкая грамотность в отношении здоровья может быть связана с упущением в учебе. Во-первых, известно, что медицинская грамотность связана с пониманием информированного согласия. Участники исследования с низкой грамотностью в отношении здоровья понимали последующие процессы медицинских манипуляций в меньшей степени. Во-вторых, пациенты с низкой грамотностью в отношении здоровья могли в большей степени избегать контактов с медицинскими работниками из-за предшествующих трудностей, связанных с навигацией в системе здравоохранения [32].

В работе Sunmi Song и Seung-Mi Lee одним из направлений было изучение посреднических путей, с помощью которых происходит управление поведением (восприятие информации и реакция в виде конкретных мер и действий), связанным с приемом лекарств, приверженностью к лечению. Результаты показали, что медицинская грамотность положительно связана со всеми тремя показателями обработки информации, связанной с приемом лекарств, включая чтение инструкций к лекарствам, понимание инструкций по рецепту и поведение в самостоятельных поисках информации о конкретном заболевании.

Данные свидетельствуют о том, что меньшее чтение вкладышей в лекарствах может подвергнуть людей большему риску непреднамеренного неправильного использования безрецептурных препаратов из-за недостатка знаний о правильном применении. Злоупотребление медикаментозным лечением и плохое соблюдение правил лечения были последовательно признаны в качестве причинных факторов, влияющих на процесс, посредством которого низкая грамотность в отношении здоровья приводит к неблагоприятным последствиям для здоровья [34].

Традиционные средства коммуникации, такие как брошюры, рекламные кампании и лекции, имеют более разумную стоимость, чем средства массовой информации, но процесс внедрения является относительно сложным, а коэффициент охвата - низким. Массовая коммуникация по телевидению, в газетах и на радио имеет хорошую возможность освещения вопросов здоровья, но высока стоимость ее разработки.

В Китае было проведено пилотное исследование с вмешательством в поведение пациентов в качестве СМС рассылок. Текстовые сообщения помогли улучшить самочувствие населения, особенно у пациентов с хроническими заболеваниями. Для некоторых пациентов SMS-сообщения улучшили поддержку при лечении хронических заболеваний и улучшили связь между пациентом и врачом. Обнаружено, что СМС были более уместны для молодых людей и людей с высшим образованием. Обучение с помощью SMS может быть эффективным и привлекательным методом

получения знаний и повышения медицинской грамотности в группе населения с высоким уровнем образования или в молодом возрасте [35].

#### **1.4. Влияние уровня образованности на здоровье**

Темы образования и здоровья часто рассматриваются по отдельности. Однако необходимо учитывать, что эти сферы очень тесно переплетаются между собой, связь прослеживается через поколения. Исследования, проведенные в разных странах, доказывают, что просвещение влияет на все важные аспекты жизни сообществ и значительным образом уровень образования коррелирует с качеством здоровья. Так, например, в развивающихся странах повышение уровня образования матери снижает младенческую и детскую смертность [36].

Исследование ценности образования для здоровья показало, что низкий уровень образования был связан с повышенным риском смерти от рака легких, инсульта, сердечно-сосудистых и инфекционных заболеваний, а также от болей в спине, депрессии, деменции, астмы и диабета [37].

Существует также четкая связь уровня образования и здорового образа жизни. Так, возможность стать курильщиком более реализуется в среде менее образованных групп населения. Курильщиками в возрасте 30 лет чаще являются люди с низким уровнем образования. Низкий уровень образования людей определяет недостаточность знаний о здоровье, о доступе к профилактическим услугам и слабые навыки самоконтроля. Человек с низким уровнем медицинской грамотности не обладает достаточными знаниями, например, о хронических заболеваниях, включая астму, гипертонию, диабет и болезни сердца, демонстрирует плохие навыки самоконтроля. Такое обстоятельство было выявлено у пациентов с астмой, ВИЧ-инфекцией и диабетом.

Пациенты с низким уровнем компетентности в вопросах здоровья чаще становятся стационарными больными и чаще пользуются услугами скорой помощи. Люди с ограниченной медицинской грамотностью в два раза чаще имеют проблемы со здоровьем, несмотря на возраст, пол, расу и признаки экономических лишений. Они чаще страдают от диабета, хронической сердечной недостаточности, имеют серьезные проблемы и ограничения, связанные с психическим и физическим здоровьем [38].

Высокий уровень образования также связан с идеальной массой тела в Европе, России и Китае [39].

Использование медицинской информации и материалов, официальных документов, включая формы информированного согласия, формы социальных услуг, медицинских услуг и медицинских инструкций, часто содержащие специализированный язык, затруднительно для людей с низким уровнем образования [40].

Существует ряд причин зависимости образования и здоровья. Хорошее образование способствует обеспечению стабильного социального положения, получению высокооплачиваемой работы, что в свою очередь

обеспечивает более высокий уровень жизни. Образованные люди более склонны к здоровому образу жизни, реже страдают от пагубных привычек.

### **1.5. Пути повышения медицинской грамотности**

Предыдущие идеи о том, что ответственность за укрепление здоровья должна лежать на секторе здравоохранения, или, что медицинское просвещение сводится к чтению брошюр или способности понимать маркировку на продуктах, стали устаревшими и не отвечающими условиям современности. Ответственность за это лежит на каждом и выходит за рамки отдельных профессий и секторов. Ответственность за санитарную грамотность несут не только граждане, либо политики, либо медицинские работники. Многие заинтересованные стороны должны быть вовлечены в решение этой проблемы и инициативы по медицинской грамотности должны исходить из реалий повседневной жизни.

Никто не может иметь абсолютно полную медицинскую грамотность. В какой-то момент каждому человеку необходима помощь в понимании важной медицинской информации или действий, основанных на этой информации, или в ориентации в какой-то сложной системе. Даже для высокообразованных людей системы здравоохранения могут быть слишком сложными для понимания, особенно когда проблема со здоровьем делает этих людей более уязвимыми. Ограниченная медицинская грамотность связана с высокими затратами на систему здравоохранения.

В 2009 году ограниченная медицинская грамотность в Канаде обошлась более чем в 8 миллиардов долларов, или около 3-5% от общего бюджета здравоохранения в стране. В 1998 году Национальная академия Соединенных Штатов Америки по проблемам стареющего общества подсчитала, что дополнительные расходы на здравоохранение, вызванные ограниченной медицинской грамотностью, составили около 73 миллиардов долларов. Сравнительных данных по европейским системам здравоохранения пока нет, но можно ожидать, что низкая грамотность в области вопросов здоровья также негативно отражается на ресурсах систем здравоохранения в европейских государствах, которые обеспечивают почти всеобщий доступ к медицинским услугам [41].

В Послании «Новые возможности развития в условиях четвертой промышленной революции» в поставленной Первым Президентом седьмой задаче «Человеческий капитал – основа модернизации», а именно Первокласное здравоохранение и здоровая нация сказано: с ростом продолжительности жизни населения и развитием медицинских технологий объем потребления медицинских услуг будет расти.

Современное здравоохранение должно больше ориентироваться на профилактику заболеваний, а не на дорогостоящее стационарное лечение. Нужно усилить управление общественным здоровьем, пропагандируя здоровый образ жизни» [42].

Большое внимание уделено данному вопросу в Проекте Государственной программы улучшения здоровья населения Республики Казахстан на 2020-2025 годы. Относительно выполнения Задачи 1. «Формирование у населения приверженности здоровому образу жизни» отмечено следующее: стратегии по повышению грамотности пациентов и их вовлечению в процесс принятия решения должны быть основой политики здравоохранения.

Для обеспечения доступа населения к достоверной и актуальной информации по вопросам здоровья будут создаваться, и развиваться открытые интернет-ресурсы, проведена оптимизация сайтов медицинских организаций».

В рамках реализации программы в целях популяризации здорового образа жизни планируется проведение следующих мероприятий:

- реализация телепроектов по пропаганде здорового образа жизни и охране здоровья;
- продвижение принципов здорового образа жизни Послами здоровья;
- вовлечение НПО в вопросах охраны и укрепления здоровья (комитеты общественного здоровья), социально активные граждане;
- проведение массовых мероприятий, посвященных охране здоровья граждан и формированию здоровых привычек;
- проведение Молодежного Форума «Молодые лидеры и популяризация здоровья»;
- повышение информированности граждан по вопросам охраны здоровья (производство и ротация видеороликов и др.);
- ежегодное проведение спортивного марафона «Walk the Talk» во всех регионах РК;

Таким образом, государство берет на себя руководящую роль в разработке и осуществлении политики повышения санитарной грамотности посредством выделения финансирования, организации специальных проектов, осуществления координации и регулярного проведения обследований для отслеживания уровня санитарной грамотности населения. Руководящая роль государства в направлении формирования и развития медицинской грамотности не исключает ответственности граждан за качество своего здоровья. Как Повышение уровня медицинской грамотности достижимо только при соблюдении условия ответственного подхода человека к здоровому образу жизни как основе благополучия и развития.

Чтобы быть грамотным в вопросах касающихся медицины, человек должен быть грамотным во всем: обладать правовой грамотностью, финансовой грамотностью, технической грамотностью, языковой и другими формами грамотности. Это должно позволить получать им без особых затруднений доступ к информации, понимать, оценивать и при необходимости осуществлять анализ полученной информации о здоровье, уверенно принимать решения, касающиеся получения медицинской

помощи, профилактики заболеваний и укрепления здоровья для поддержания и улучшения качества жизни.

### **1.6. Медицинская грамотность и здоровье**

В настоящее время в понятие здоровье вкладывается не только отсутствие болезней, но и такие формы человеческого поведения, которые позволяют достичь высокого уровня физического, психического и эмоционального благополучия. В этой связи отношение к здоровью предстает как система индивидуальных, избирательных связей личности и различных явлений окружающей действительности, которые способствуют или угрожают здоровью людей.

ВОЗ определяет здоровье как не только отсутствие болезней, но и состояние полного физического, душевного и социального благополучия. Здоровый образ жизни включает в себя как отсутствие вредных привычек, так и активную деятельность по формированию гармоничного физически и духовно развитого индивидуума.

Это говорит о том, что процесс формирования в сознании людей ценности своего здоровья – процесс, требующий системного подхода, который будет охватывать большое количество компонентов и включать в себя основные сферы жизнедеятельности индивидов. Формирование образа жизни, направленного на поддержание и развитие своего здоровья, позволит индивиду не только прожить более долгую и счастливую жизнь, но и значительно более эффективно осуществлять функции, возложенные на него обществом.

В том случае, если население страны не только не соблюдает здоровый образ жизни, но и активно подвергает себя большому числу рисков, связанных со здоровьем: низкая медицинская активность, несоблюдение режимов питания, труда и отдыха, сна, то порождает процессы, крайне негативно сказывающиеся на будущем не только отдельного человека, но и страны в целом. Не следует забывать о том, что здоровье позволяет человеку вести активную творческую жизнь. И чем раньше человек осознает необходимость ведения здорового образа жизни, тем меньше ему придется расходовать средств в последующие годы на коррекцию здоровья, тем более гармоничной будет личность [43].

В 2017 году был опубликован систематический сравнительный анализ влияния поведенческих, профессиональных, биологических (метаболических) и экологических факторов или их групп на демографические процессы и развитие заболеваний в период 1990–2016 годов [44]. Результаты показали, что современные глобальные демографические процессы (рост населения и старение населения) сопровождаются ростом НИЗ. Последнее было связано с сильным влиянием метаболических ФР, таких как повышение артериального давления (АД), избыточный вес / ожирение, гипергликемия (повышенное содержание глюкозы в крови) и гиперлипидемия (повышенный уровень холестерина в

крови). Было отмечено, что в мире ведущим метаболическим РФ является повышение артериального давления (19% всех случаев смерти), за которым следуют избыточный вес и ожирение, повышение уровня глюкозы в крови [45].

Однако связь между поведенческими (курение, нездоровое питание и отсутствие физической активности (ФА) и метаболическими (повышенное кровяное давление, глюкоза и липиды крови) ФР НИЗ хорошо известна. В связи с этим, чтобы предотвратить развитие и прогрессирование таких заболеваний, особое внимание следует уделять тем ФР, на которые может в определенной степени повлиять сам человек (или изменить их) и общество без значительных финансовых вложений и затрат: курение, нездоровая пища, вредное / вредное употребление алкоголя и недостаточное количество ФА. В то же время важны и эффективны профессиональные медицинские вмешательства для профилактики, сокращения и контроля ФР неинфекционных заболеваний и заболеваний самих.

Для решения задачи оценки компетентности в вопросах здоровья у взрослых в настоящее время используются несколько инструментов, основанных на распознавании и понимании слов. Тест по широкому кругу достижений (WRAT-R) и быстрая оценка грамотности взрослых в медицине (REALM) - два наиболее часто используемых теста распознавания слов в медицинских учреждениях. WRAT-R - это тест из 57 пунктов, который требует от участника произнесения слов. Несмотря на то, что время отклика составляет от 3 до 5 минут, но в некоторых случаях это время отклика было больше 8 минут во время пилотного тестирования для этого проекта. REALM - это тест распознавания слов из 66 пунктов общих медицинских терминов, присваивающий оценки диапазона оценок на основе общего балла. В то время как опросник был представлен в течение 2-3 минут, в условиях интенсивной клинической практики было обнаружено, что нагрузка на ответ составляет 5-6 минут. Оба теста выявляют пациентов, которые могут испытывать затруднения при чтении учебных материалов для пациентов и в устной форме общаться со своим врачом.

Тест TOFHLA включает 17 вопросов, связанных с арифметическими способностями и 50 вопросов, связанных со способностью понимать прочитанное. Отрывки для чтения взяты из раздела «Права и обязанности пациента» приложения «Медикэйд», стандартной формы информированного согласия. Вопросы, связанные с арифметическими навыками, проверяют способность пациента понимать уровень глюкозы в крови, соблюдать время приема у врача, получать финансовую помощь, понимать указания по приему лекарственных средств. Общее количество баллов делится на три уровня: неадекватный, пограничный и адекватный.

В Европе измерение медицинской грамотности осуществлялось в рамках проекта The European Health Literacy Project[HLS-EU] – Европейский проект «Медико-санитарная грамотность» в 2009-2012гг.[11].

Результаты Европейского исследования медицинской грамотности показали, что низкая грамотность в отношении здоровья, связанная с образом жизни, отражает нездоровые привычки питания, высокую распространенность курения, низкую ФА, повышенный риск заболеваемости и преждевременной смерти от НИЗ и является распространенной проблемой, которая встречается почти у каждого второго жителя европейских стран, участвовавших в исследовании [46].

Как правило, такой ограниченный уровень грамотности чаще встречался среди людей с НИЗ. Другое исследование также показало, что, несмотря на известные мировые инициативы, представленные в «Рамочной конвенции по борьбе против табакокурения» в 2003 году, которая широко обсуждается на всех мероприятиях ВОЗ и ООН, число людей, которые не знают или не верят, что курение табака является причиной злокачественных новообразований, сердечных приступов или инсультов, больше в тех странах, где значительно выше показатели распространенности этой вредной привычки и преждевременной смерти от основных НИЗ [47,48,49].

Недостаток знаний населения, включая лиц, принимающих решения, и работников здравоохранения, о возможностях и экономических выгодах здорового образа жизни и профилактике НИЗ может быть одной из основных причин высокой смертности (особенно преждевременной) от НИЗ [50].

В то же время была доказана эффективность таких мер, как информирование населения о НИЗ, симптомах, диагностических мерах и самоконтроле НИЗ, проведение образовательных программ для всего населения и целевых групп.

Поэтому в рамках 9-й Глобальной конференции по укреплению здоровья (КНР, Шанхай, 21–24 ноября 2016 г.) было предложено разработать и продвигать информационные и коммуникационные технологии (ИКТ) в качестве основы для информирования и просвещения населения в целях пропаганды здорового образа жизни, укрепления здоровья, самодиагностики и самоконтроля НИЗ, формирования политики здравоохранения и планирования мероприятий по укреплению здоровья [51].

## Глава 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Методы исследования

1. Аналитический
2. Социологический метод
3. Статистический метод

Размер выборки был определён по формуле (формулы 1):

$$ss=Z^2 * p * \frac{(1-p)}{c^2}, \text{ где } Z \quad (1)$$

Z – доверительная вероятность

p – процент интересующих респондентов или ответов в десятичной формуле

c – доверительный интервал в десятичной формуле

Для выполнения поставленных задач нами был составлен план исследования, в который входило несколько этапов.

Первый этап включал в себя анализ существующих зарубежных и отечественных литературных источников, а также написание собственного литературного обзора по теме дипломной работы. Были рассмотрены различные аспекты жизнедеятельности, на которые влияет уровень знаний в области медицины, понятие медицинская грамотность, основные методики измерения медицинской грамотности, способы повышения уровня медицинской грамотности населения.

На втором этапе было проведено исследование с целью изучения медицинской грамотности молодого населения, проживающего в городе Караганда. В ходе выполнения работы были использованы медико-социологический, информационно-аналитический и статистический методы.

Уровень МГ рассчитывался по международной методике.

Анкета представляет собой опросник, который состоял из паспортной части и двух разделов. Каждая анкета начинается с информации о предстоящем анкетировании, где изложена цель анкетирования. (приложение 1)

Исследование проводилось в двух высших учебных заведениях города Караганды, а именно КЭУК и КарГУ. Выборочная совокупность респондентов формировалась только из обучающихся.

### **Демографические и социально-экономические характеристики респондентов КЭУК**

Из 287 респондентов представители женского пола составили 64%, мужского пола – 36%. Средний возраст женского пола составил 20 лет,

мужского пола – 21 лет. 37% респондентов обучаются на 1 курсе, 17% на 5 курсе.

67% студентов охарактеризовали свое материальное положение как среднее, по 5% как низкое и очень высокое.

Свое здоровье оценивают, как хорошее 48,6% респондентов, неудовлетворительно – 4,7%. Более 1 раза за последние 12 месяцев посещали врача 45%, а 31 % не посещали вовсе врача за год.

Никогда не курили 80% студентов, курят в настоящее время 9%. 73% респондентов никогда не употребляют алкоголь, а 3% ежедневно употребляют напитки, которые содержат алкоголь.

44% студентов-медиков занимались физическими упражнениями в течении 30 минут и дольше несколько раз в неделю.

### **Демографические и социально-экономические характеристики респондентов КарГУ**

Из 262 респондентов представители женского пола составили 59%, мужского пола – 41%. Средний возраст женского пола составил 20 лет, мужского пола – 20 лет. 38% респондентов обучаются на 1 курсе, 12% студентов обучаются на 4 курсе.

67% студентов охарактеризовали свое материальное положение как среднее, 2,6% как низкое и 7% очень высокое.

Свое здоровье охарактеризовали как хорошее 45% респондентов, неудовлетворительно – 3%. 1 раз за 12 месяцев у врача были 25%, более 1 раза за год посещали врача 44%, а 32 % не посещали вовсе врача за прошедший год.

Никогда не курили 86% студентов, курят в настоящее время 5,5%. 72% респондентов никогда не употребляли алкоголь, 1% употребляют алкогольные напитки ежедневно, 22% пьют алкоголь 1-2 раза в месяц.

Всего лишь 19% опрошенных студентов ежедневно делают физические упражнения, 37% несколько раз в неделю делают физические упражнения.

При анализе полученных данных были рассчитаны индексы медицинской грамотности студентов разного профиля обучения с помощью (формулы 2): общий, среди женщин и среди мужчин.

$$I_{dex} = (\text{mean} - 1) * 50 / 3 \quad (2)$$

$I_{dex}$  – индекс МГ

mean – среднее арифметическое ответов на все вопросы для каждого респондента

1 – минимальное возможное значение среднего арифметического

50 – максимальное значение индекса МГ

3 – размах среднего арифметического

Шкала медицинской грамотности находится в диапазоне от 0 до 50 баллов, которые разделены на 4 уровня МГ:

- неадекватный (0-25 баллов)
- проблематичный (>25-33 баллов)
- достаточный (>33-42 баллов)
- отличный (>42-50 баллов). [50]

Полученные данные при исследовании были обработаны математическим и статистическим методом (описательная статистика) с помощью компьютерной программы MS Excel.

## Глава 3. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

### 3.1. Изучение медицинской грамотности студентов НАО МУК

Для выполнения поставленных задач нами был составлен план исследования, в который входило несколько этапов.

1 шаг включает анализ существующих зарубежных и отечественных литературных источников. Были рассмотрены различные понятие медицинская грамотность, основные методики измерения медицинской грамотности, способы повышения уровня медицинской грамотности населения.

2 шагом было проведено исследование с целью изучения медицинской грамотности молодого населения, проживающего в городе Караганда. В ходе выполнения работы были использованы аналитический (социологический метод-анонимного анкетирования) и статистический метод сравнительного анализа.

Уровень медицинской грамотности рассчитывался по международной методике.

Анкета представляет собой опросник, который состоял из паспортной части и двух разделов разработанной и одобренной ВОЗ. В исследовании участвовало 549 студентов различных специальностей и курсов в возрасте от 18 до 23 лет. (Приложение 1.)

Исследование проводилось в двух высших учебных заведениях города Караганды, а именно КарГУ (262 студента) и КЭУК(287студентов). Выборочная совокупность респондентов формировалась только из обучающихся.

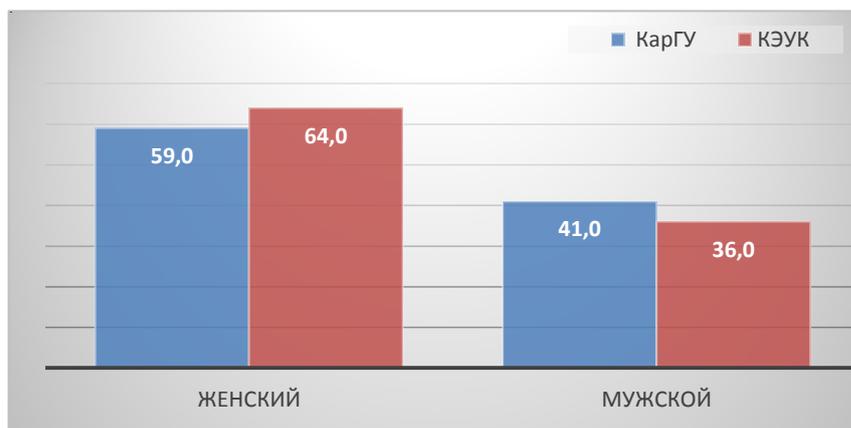


Рисунок 1. Гендерное распределение студентов КарГУ и КЭУК (по данным социологического исследования на 100 респондентов)

В обоих вузах превалирует женский пол если в КарГУ это 59 из 100 то в КЭУК 64 из 100 опрошенных. А мужской пол в КарГУ 41 из 100 респондентов то в КЭУК и того меньше 36 из 100 опрошенных.

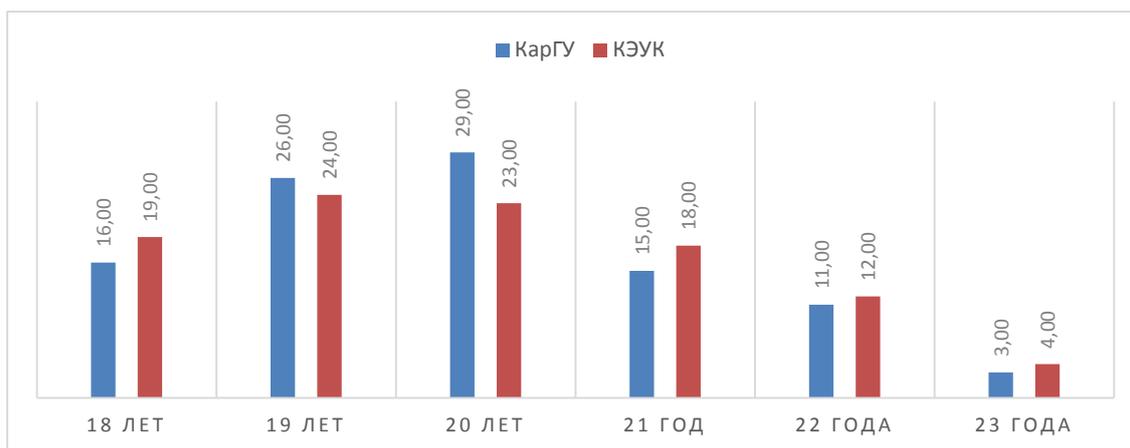


Рисунок 2. Возрастное распределение студентов КарГУ и КЭУК. (по данным социологического исследования на 100 респондентов)

КарГУ это 18 из 100 это первокурсники, 26 к 100 второкурсники и самое большое количество 29 к 100 третий курс КЭУК это 19 к 100, 24 из 100, 23 из 100.

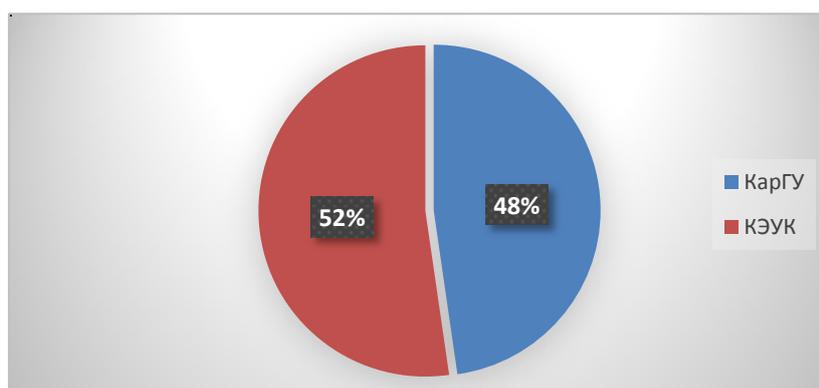


Рисунок 3. Структура участников анкетирования студентов КарГУ и КЭУК.

В данном исследовании приняла участие 549 человек с обоих вузов. 262 студента КарГУ и 287 студентов КЭУК.

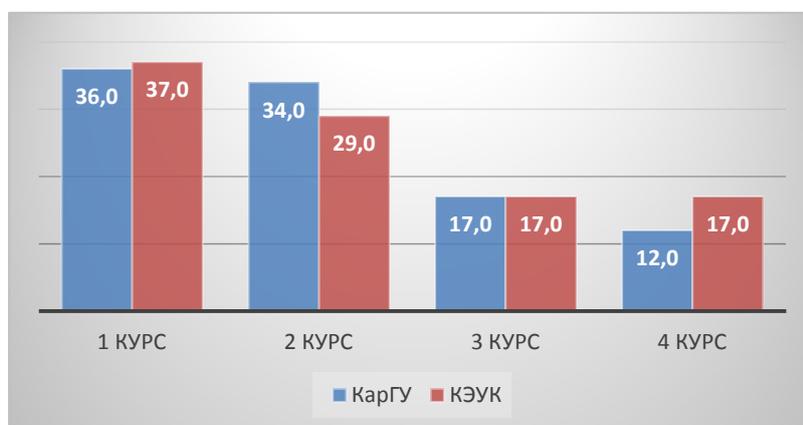


Рисунок 4. Анкетируемые студенты КарГУ и КЭУК в зависимости от курса (по данным социологического исследования на 100 респондентов).

Данные в целом схожи что в КарГУ что в КЭУК. Заметно превалирует 1 и 2 курс над другими курсами к примеру 1 курс у КарГУ это 36 человек к 100, а у КЭУК 37 к 100 опрошенным.

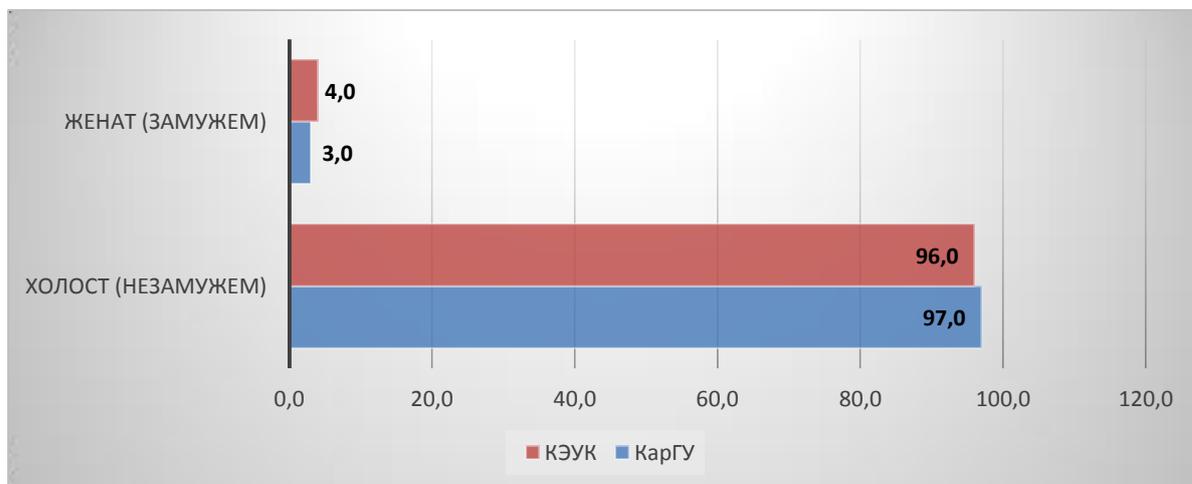


Рисунок 5. Распределение женатых (замужних) и холостых (незамужних) студентов КарГУ и КЭУК. (по данным социологического исследования на 100 респондентов)

При анализе социального статуса выявлено, что большинство студентов, а это 96 и 97 к 100 холосты(незамужем), 3 и 4 женаты к 100 (замужем).

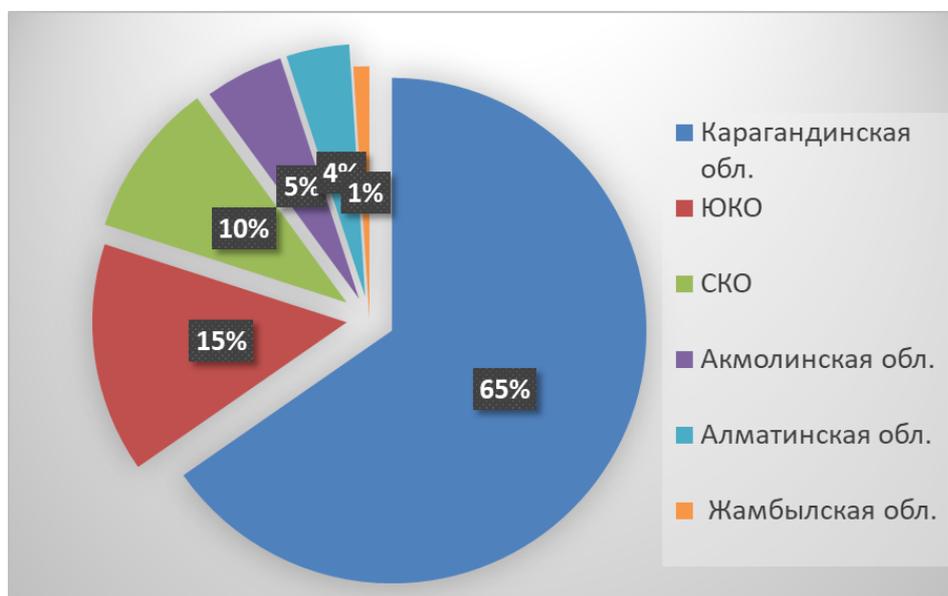


Рисунок 6. Соотношение студентов КарГУ по месту получения среднего образования.

Большинство студентов являются местными, а это 65 из 100 после идет ЮКО 15 из 100 дальше СКО 10 из 100.

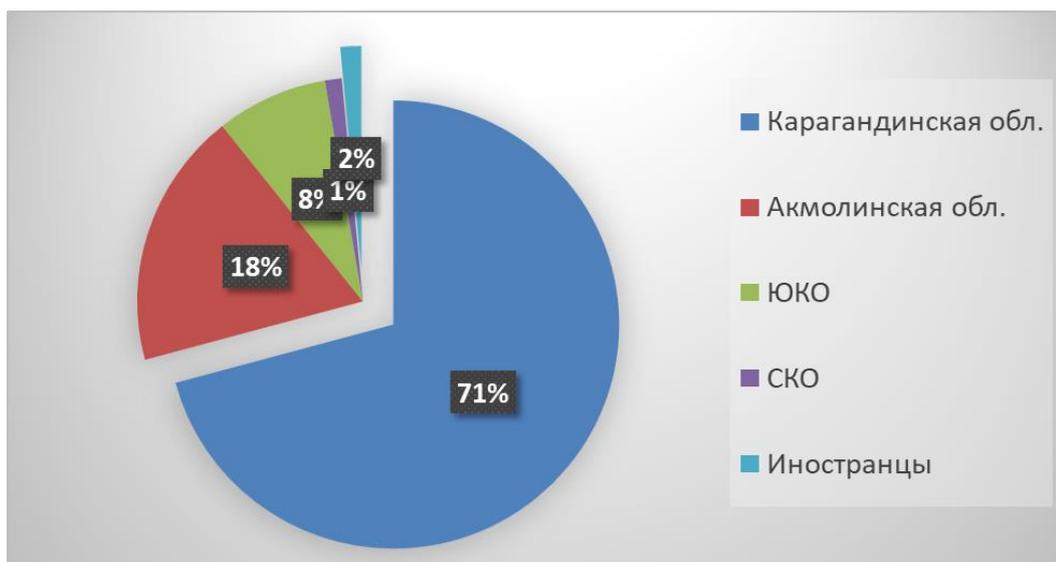


Рисунок 7. Соотношение студентов КЭУК по месту получения среднего образования

Большинство студентов являются местными, а это 71 из 100, после идет ЮКО 15 из 100 дальше СКО 10 из 100.

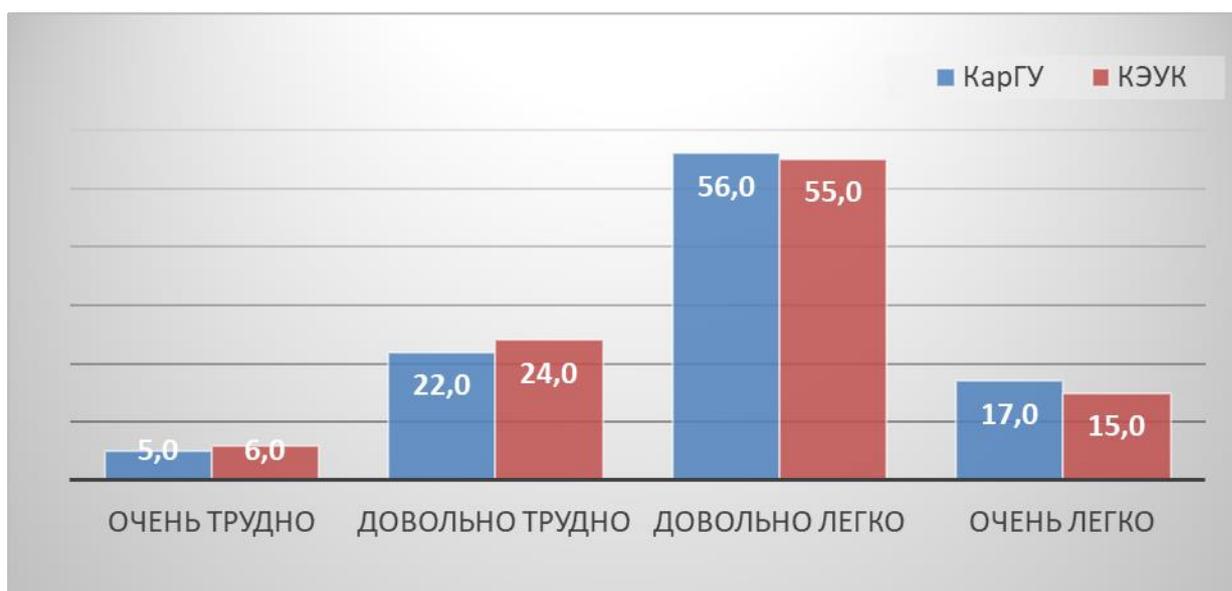


Рисунок 8. Распределение ответов студентов касательно поиска информации о лечении болезни которая их беспокоит. (по данным социологического исследования на 100 респондентов)

В большинстве случаев (56 ответов на 100 респондентов) ответили «довольно легко» и «очень трудно» всего лишь 5 ответов на 100 студентов в то время как студенты КЭУК ответили (55 ответов из 100 респондентов) как довольно легко и очень трудно (6 из 100).

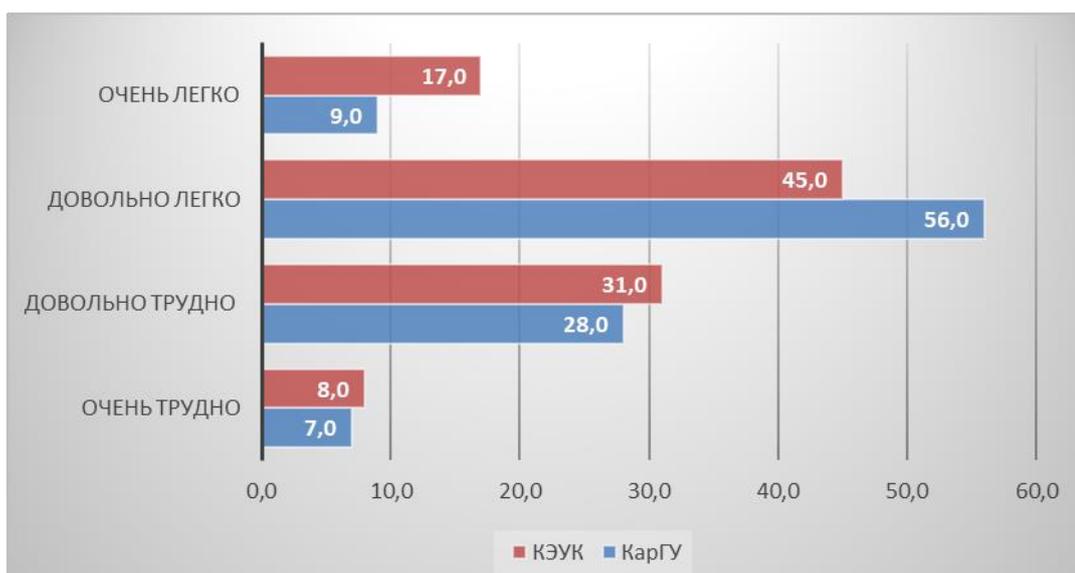


Рисунок 9. Распределение ответов студентов по поводу понимания вкладыша к лекарству.  
(по данным социологического исследования на 100 респондентов)

Среди студентов КарГУ в большинстве случаев (56 ответов на 100 респондентов) ответили «довольно легко» и «очень трудно» всего лишь 7 ответов на 100 студентов в то время как студенты КЭУК ответили (45 ответов из 100 респондентов) как довольно легко и очень трудно (8 из 100).

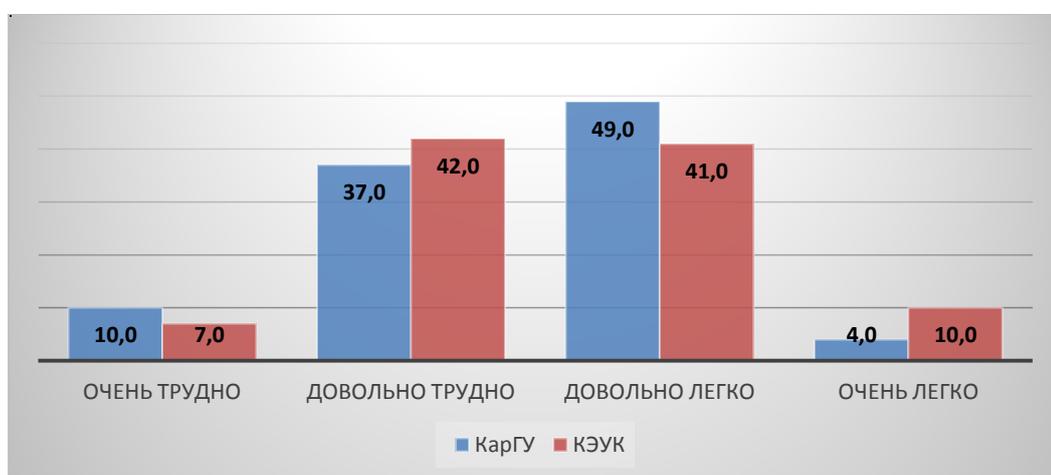


Рисунок 10. Распределение ответов касательно оценки преимуществ и недостатков тех или иных методов лечения.  
(по данным социологического исследования на 100 респондентов)

Респондентам, КарГУ, оценить преимущества и недостатки тех или иных методов лечения в 49 случаях их 100 «довольно легко». 10 из 100 опрошенных ответили, что им «очень трудно» выявить плюсы и минусы различных методов лечения, а всего лишь 4 из 100 человек отметили вариант «очень легко».

А студентам КЭУК оценить преимущества и недостатки тех или иных методов лечения в 41 из 100 ответили как довольно легко. 7 из 100 опрошенных ответили что очень трудно. А ответ как очень легко был 10 из 100 опрошенных.

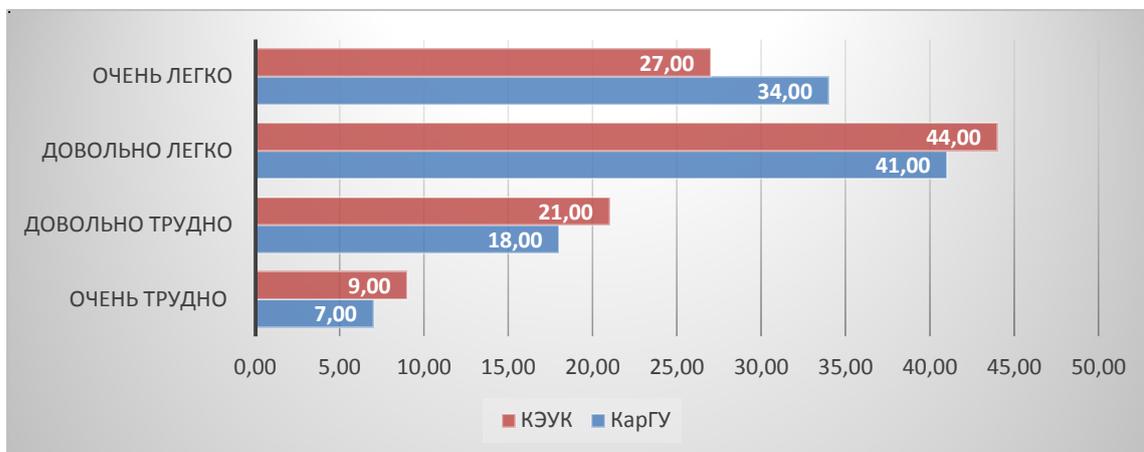


Рисунок 11. Распределение ответов касательно звонков в скорую в экстренном случае. (на 100 респондентов)

Студентам из КарГУ позвонить в скорую помощь в экстренный момент в 7 из 100 случаях «очень трудно». 18 из 100 респондентов ответили, что им «довольно трудно» сориентироваться в такой ситуации. Больше половины, а именно 41 из 100 опрошенных людей выбрали ответ «довольно легко» и 34 из 100 отметили «очень легко».

А вот студентам КЭУК позвонить в скорую помощь в экстренный момент в 9 из 100 случаев очень трудно, 21 человек из 100 ответили, как довольно трудно, большинство так же как и студенты КарГУ а это 44 из 100 ответили довольно легко и очень легко ответили 27 из 100 опрошенных.

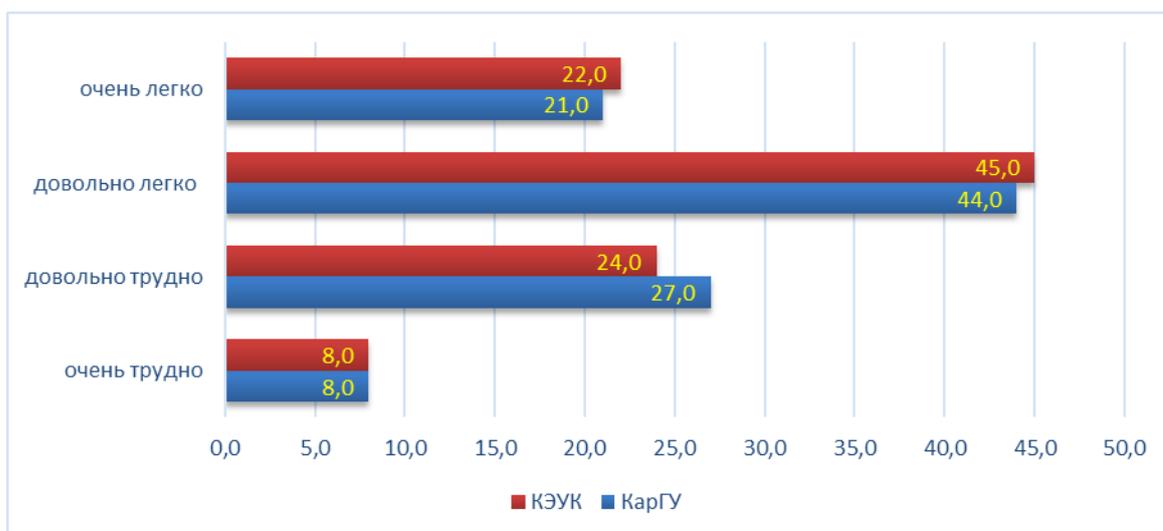


Рисунок 12. Распределение ответов касательно поиска информации о том, как справляться с проблемами депрессии, стресса. (на 100 респондентов).

Студентам из КарГУ в поиске информации об управлении депрессии и стресса так же, как и студентам в КЭУК 8 из 100 случаях «очень трудно». 27 из 100 респондентов ответили что им «довольно трудно». Больше половины, а именно 44 из 100 опрошенных людей выбрали ответ «довольно легко» и 21 из 100 отметили «очень легко».

А студенты КЭУК 24 человек из 100 ответили, как довольно трудно, большинство так же как и студенты КарГУ а это 45 из 100 ответили довольно легко и очень легко ответили 22 из 100 опрошенных.

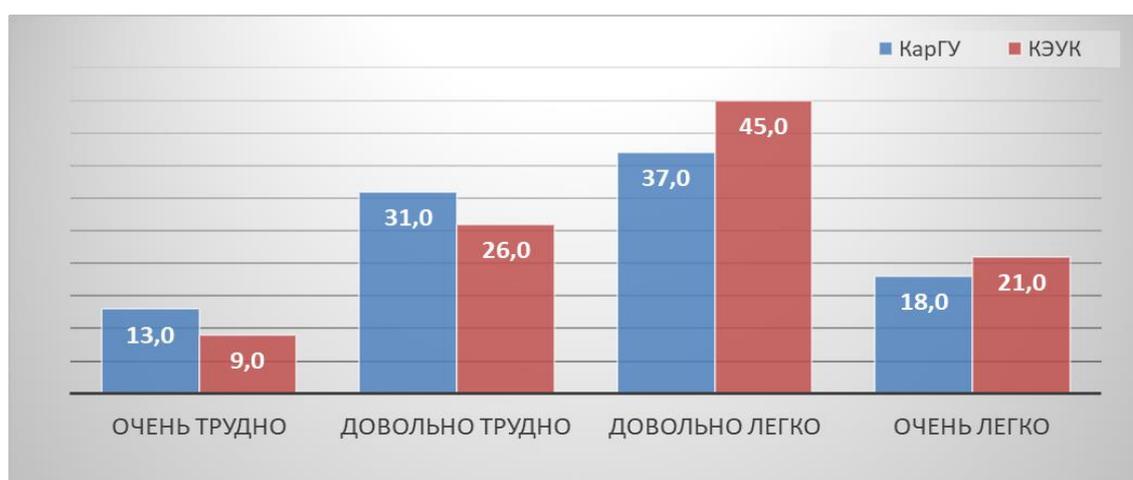


Рисунок 13. Распределение ответов о понимании надобности проведения скринингов. (на 100 респондентов)

Респондентам, КарГУ, понимание зачем нужны скрининги в 37 случаях их 100 «довольно легко». 13 из 100 опрошенных ответили, что им «очень трудно» понять зачем нужны скрининги, а 18 из 100 человек отметили вариант «очень легко».

А студентам КЭУК понимание зачем нужны скрининги в большинстве 45 случаях из 100 ответили, как довольно легко, 9 из 100 опрошенных ответили что очень трудно. А ответ как очень легко был 2,8 из 100 опрошенных.

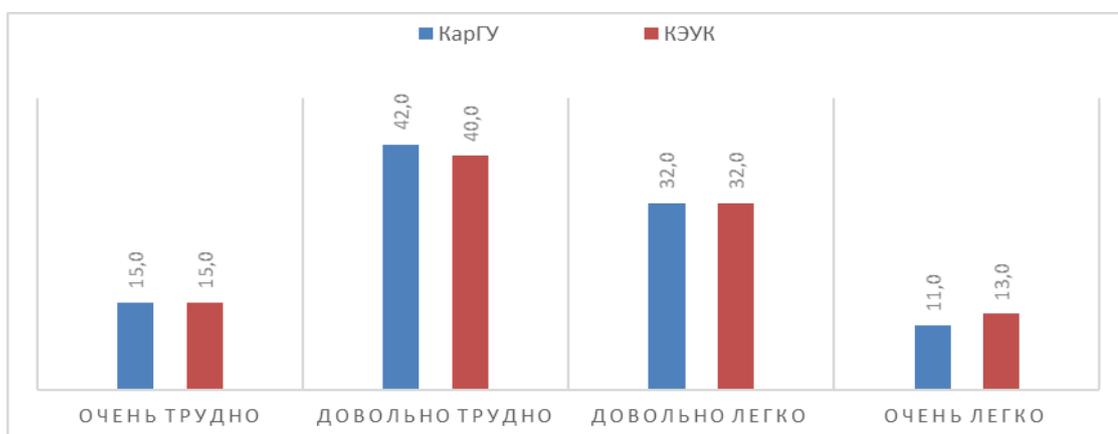


Рисунок 14. Распределение ответов о том какой вид вакцинации им подходит. (на 100 респондентов)

Студентам из КарГУ суждение о том какой вид вакцинации наиболее подходит в 15 из 100 случаях «очень трудно». 42 из 100 респондентов ответили, что им «довольно трудно» сориентироваться в такой ситуации. меньше половины, а именно 32 из 100 опрошенных людей выбрали ответ «довольно легко» и 11 из 100 отметили «очень легко».

А вот студентам КЭУК суждение о том какой вид вакцинации наиболее подходит в 15 из 100 случаев очень трудно, 40 человек из 100 ответили, как довольно трудно, абсолютно одинаковый ответ что и в КарГУ в КЭУК показал 32 из 100 ответили довольно легко и очень легко ответили 13 из 100 опрошенных.

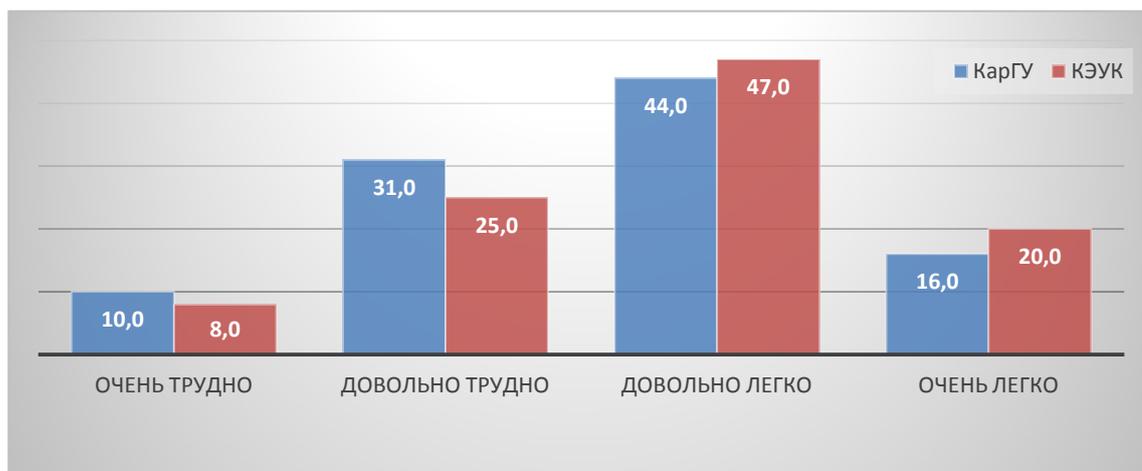


Рисунок 15. Ответы студентов о том, как они могут защитить себя от болезни, основываясь на советах от друзей и родственников. (на 100 респондентов)

Студентам КарГУ, решить, как они могут защитить себя от болезни, основываясь на советах от друзей и родственников в 10 случаях из 100 сделать «очень трудно». 31 из 100 респондентов ответили «довольно трудно», 44 из 100 людей, прошедших анонимное анкетирование, выбрали вариант «довольно легко» и 16 из 100 людей отметили «очень легко».

В то время как студентам КЭУК решить, как они могут защитить себя от болезни, основываясь на советах от друзей и родственников в 8 из 100 ответили очень трудно, 25 из 100 ответили, как довольно трудно, а большинство, а это 47 из 100 ответили довольно легко и очень легко ответили 20 из 100 респондентов.

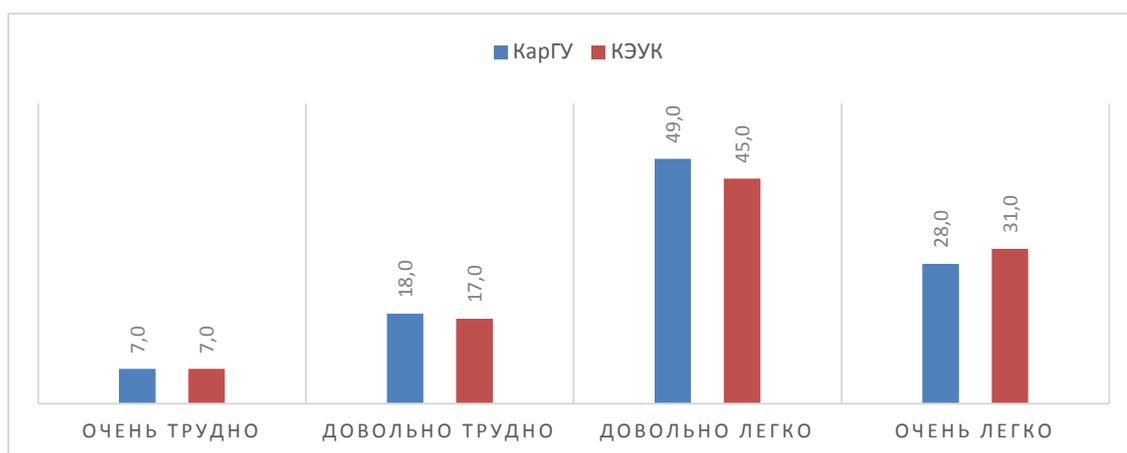


Рисунок 16. Ответы студентов касательно поиска информации о мероприятиях для душевного равновесия. (на 100 респондентов)

На вопрос «Найти информацию о мероприятиях для Вашего душевного равновесия (медитация, упражнения, прогулки, пилатес и т.д.)?» в КарГУ всего 7 из 100 студентов «очень трудно». Вариант ответа «довольно трудно» отметили 18 из 100 респондентов. Практически половина, 49 из 100 опрошенных в КарГУ выбрали «довольно легко».

В 28 из 100 случаев отвечали «очень легко» в КЭУК в целом ситуация обстоит немного хуже, чем в КарГУ 7 из 100 ответили, что очень трудно, 17 из 100 как довольно трудно 45 из 100 опрошенных, а это на 4 человека меньше чем в КарГУ ответили как довольно легко и 31 из 100 ответили очень легко.

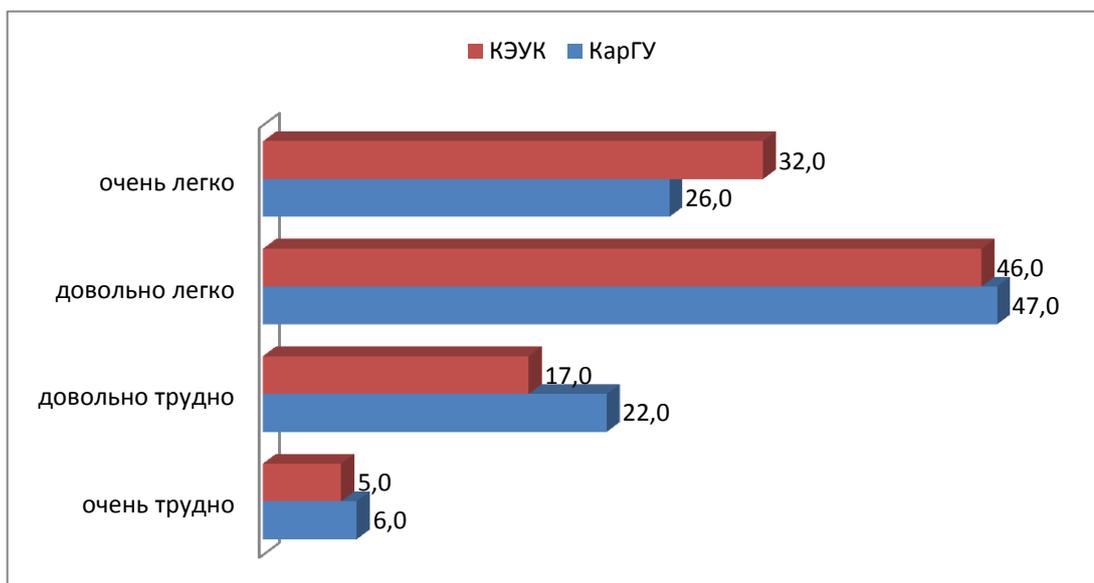


Рисунок 17. Уровень понимания термина «здоровье» исходя из информации в СМИ. (на 100 респондентов)

Понять, как стать здоровее исходя из информации в СМИ (интернет, газеты, журналы) «очень трудно» в 6 случаях из 100 студентам – КарГУ.

Ответ «довольно легко» практически равное количество раз встречается среди университетов.

А вот вариант «очень легко» 26 из 100 У КЭУК очень трудно ответили 5 из 100 довольно трудно 17 из 100 человек довольно трудно 46 из 100 ответили, как довольно легко и 32 из 100 ответили как очень легко.

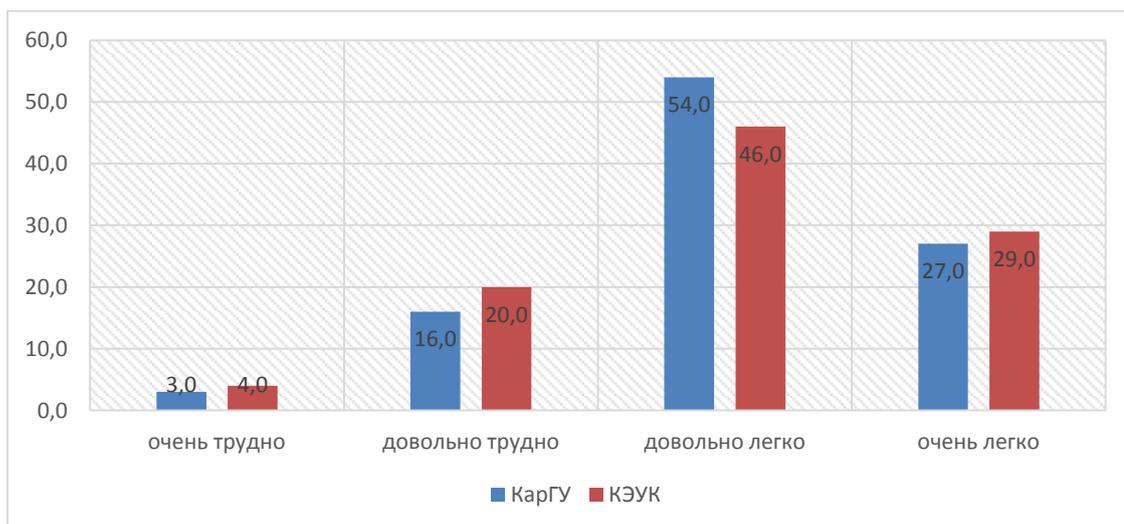


Рисунок 18. Распределение ответов на вопрос влияния их ежедневных поступков (питьевые и пищевые привычки, физическая активность) и связи с их здоровьем. (на 100 респондентов)

Респондентам из КарГУ судить о том, какие их ежедневные поступки (питьевые и пищевые привычки, физическая активность) связаны с их здоровьем в 54 случаев из 100 «довольно легко». 3 из 100 выбрали ответ «очень трудно», студентам КЭУК судить о том, какие их ежедневные поступки (питьевые и пищевые привычки, физическая активность) связаны с их здоровьем в 46 случаев из 100 довольно легко, так же, как и в Каргу, в КЭУК 3 случая к 100 опрошенным дали ответ как очень трудно.

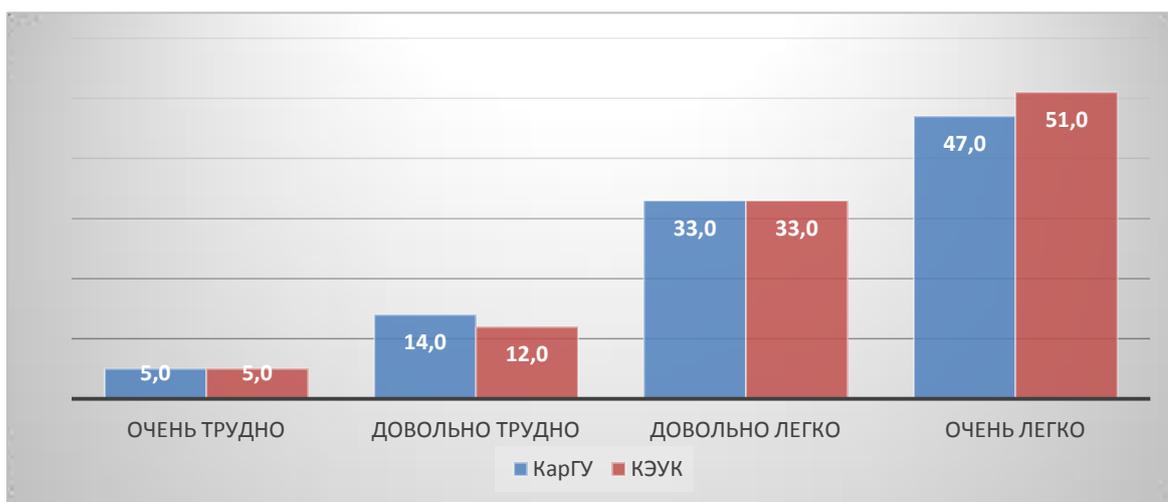


Рисунок 19. Распределение ответов среди студентов на вопрос: Тяжело ли записаться на секцию или фитнес клуб? (на 100 респондентов)

Записаться в спортивные секции или фитнес-клуб, если есть желание, студентам КарГУ в 47 случаях из 100 сделать это «очень легко». 33 респондентов из 100 выбрали ответ «довольно легко». 14 из 100 опрошенных людей отмечали «довольно трудно». Вариант «очень трудно» среди женского пола выбрали 5 человек из 100.

Записаться в спортивные секции или фитнес-клуб студентам КЭУК в больше половине, а это 51 из 100 респондентов ответили очень легко, 33 из 100 как довольно легко 12 из 100 ответили как довольно трудно и 5 аналогично КарГУ ответили очень трудно.



Рисунок 20. Распределение ответов студентов касательно их материального положения. (на 100 респондентов)

Таблица 1. На данной таблице приведено распределение ответов студентов как они оценивают свое здоровье (по данным социологического исследования на 100 анкетированных).

| Как вы оцениваете свое здоровье в целом? | КарГУ | КЭУК |
|--|-------|------|
| неудовлетворительно                      | 3,0   | 7,0  |
| удовлетворительно                        | 31,0  | 31,0 |
| хорошее                                  | 45,0  | 45,0 |
| очень хорошее                            | 21,0  | 16,0 |



Рисунок 21. Распределение ответов студентов о количестве посещения врача за последние 12 месяцев. (на 100 респондентов)

Сколько раз за последние 12 месяцев вы были у врача? Студенты КарГУ ответили, что были на приеме у врача больше 1 раза 43 к 100 респондентов так ответили в КЭУК ответили 42 из 100. И были 1 раз КарГУ 25 из 100, а КЭУК 27 из 100, и не были КарГУ 29 из 100 и КЭУК 29 из 100.

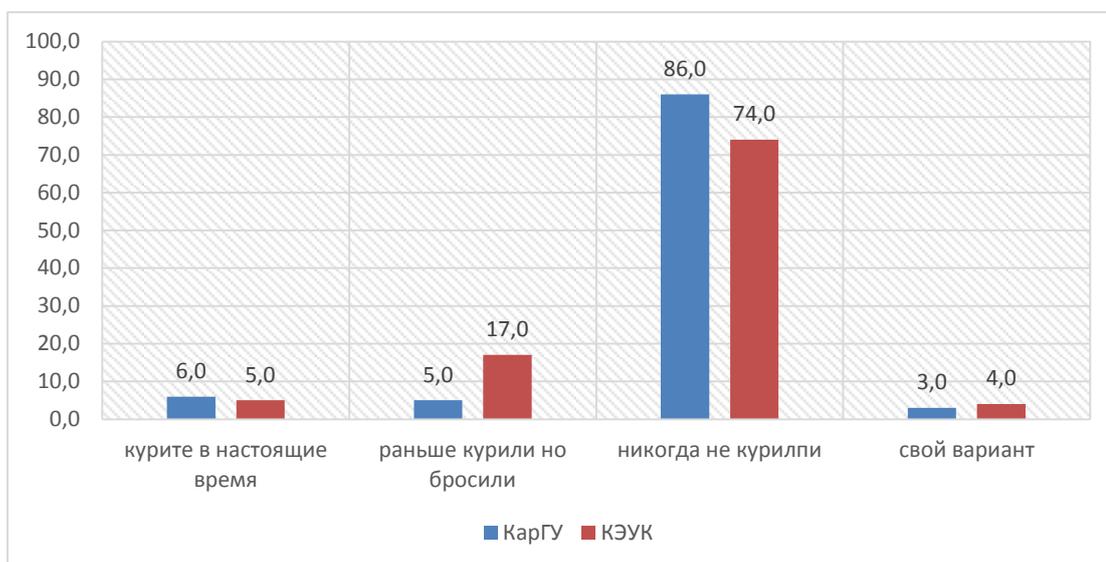


Рисунок 22. Ответы студентов на вопрос являются ли они курильщиками. (на 100 респондентов)

Таблица 2. На данной таблице представлено употребляли ли студенты какие-либо алкогольные напитки. Большинство студентов оказалось что ведут здоровый образ жизни. (по данным социологического исследования на 100 респондентов)

| За последние 30 дней сколько раз вы пили любые алкогольные напитки? | КарГУ | КЭУК |
|---|-------|------|
| ежедневно   | 1,0   | 1,0  |
| 2-3 раза в неделю   | 5,0   | 7,0  |
| 1-2 раза в месяц  | 22,0  | 26,0 |
| никогда   | 72,0  | 65,0 |

Таблица 3. Распределение ответов на вопрос как часто за последний месяц студенты делали физические упражнения (например, бег, ходьба, катание на велосипеде) в течение 30 минут или дольше. (по данным социологического исследования на 100 респондентов)

| Как часто за последний месяц вы делали физические упражнения (например, бег, ходьба, катание на велосипеде) в течение 30 минут или дольше? | КарГУ | КЭУК |
|--|-------|------|
| ежедневно  | 19,0  | 19,0 |
| несколько раз в неделю   | 36,0  | 33,0 |
| несколько раз в месяц  | 32,0  | 32,0 |
| совсем не делал(а)   | 13,0  | 16,0 |

## ВЫВОДЫ

1. Основываясь на ответах студентов и рассчитанным по ним баллам согласно шкалы оценки медицинской грамотности, по разделу 1. анкеты, который состоит из вопросов информированности по МГ, можно сделать вывод, что общий уровень среди студентов КарГУ и КЭУК определен как – проблематичный.

Также замечены незначительные отличия по полу, можно утверждать, что отличии по общему уровню информированности среди двух ВУЗов нет.

Общий уровень информированности студентов:

- студенты КарГУ – проблематичный (31,08 балла)
- студенты КЭУК – проблематичный (32,66 балла)

Распределение среди женского пола:

- студенты КарГУ – достаточный (33,17 балла)
- студенты КЭУК – проблематичный (31 балл)

Распределение среди мужского пола:

- студенты КарГУ – проблематичный (29 баллов)
- студенты КЭУК – достаточный (34,33 балла).

## 2. Сравнительный анализ.

| ВУЗ   | Респонденты | Уровни медицинской грамотности |                |             |           |
|-------|-------------|--------------------------------|----------------|-------------|-----------|
|       |             | Неадекватный                   | Проблематичный | Достаточный | Отличный  |
| КарГУ | 262         | 63 (24,04)                     | 100 (38,16)    | 89 (34)     | 10 (3,8)  |
| КЭУК  | 287         | 58 (20,20)                     | 121 (42,17)    | 92 (32,06)  | 16 (5,57) |

Анализ по всем вопросам анкеты показал, что общий уровень медицинской грамотности среди студентов КарГУ оценен как – проблематичный - 38,16 % респондентов, неадекватный уровень у 24,04%. Больше чем у половины студентов – (ограниченный) низкий уровень МГ.

Среди студентов КЭУК уровень МГ оценен тоже как – проблематичный - 42,17% респондентов, неадекватный уровень у 20,20%. Больше чем у половины студентов – (ограниченный) низкий уровень МГ.

Основываясь на полученных результатах, можно сделать вывод, что студенты обеих ВУЗов имеют низкий уровень медицинской грамотности.

## РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Работа по повышению медицинской грамотности должна проводиться на всех этапах обучения молодежи – школа, колледж, ВУЗ.

2. Для повышения уровня медицинской грамотности среди молодежи рекомендуется проводить семинары, тренинги, различные познавательные мероприятия в ВУЗах, колледжах, на которых будут обсуждаться и разбираться вопросы данные вопросы.

3. Значительно увеличить количество выпускаемых материалов касательно вопросов здоровья и медицинской грамотности в СМИ - видеоролики, аудиоматериалы, в социальных сетях - посты, раздаточные материалы - различные буклеты, листовки, памятки.

На основе приведенных данных мы решили, что наилучший вариант направленный на поддержание здорового образа жизни, а так же на улучшение медицинской грамотности населения среди студентов это социальные сети.

Нами была создана страница в социальной сети Instagram. **«Healthguyskz» (перевод - Здоровые ребята Казахстана).** (Приложение 2.)

Ссылка - <https://www.instagram.com/healthukz/>

Данная страница содержит информацию касательно ЗОЖ, здорового питания, соблюдение режима дня, вред употребления алкогольных напитков и курения, также мотивационные видео и картинки.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Brabers A, Rademaker D, Rademaker M. et. al. What role does health literacy play in patients' involvement in medical decision-making? / PLoS One. – 2017. – Vol. 12(3). – P.1-6. DOI: 10.1371/journal.pone.0173316
2. Levin-Zamir D, Bertschi I. Media Health Literacy, eHealth Literacy, and the Role of the Social Environment in Context / Int J Environ Res Public Health. – 2018 Aug 3. – Vol. 15(8). DOI: 10.3390/ijerph15081643.
3. Research2Guidance . mHealth App Economics 2017/2018. Current Status and Future Trends in Mobile Health. Research2Guidance; Berlin, Germany: 2017.
4. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. National Statement on Health Literacy: Taking Action to Improve Safety and Quality. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care; Sydney, Australia: 2014.
5. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care . Governance. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care; Sydney, Australia: 2015.
6. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care . NSQHS Standards. 2nd ed. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care; Sydney, Australia: 2018.
7. Austrian Federal Ministry of Health. The Austrian Health Care System: Key Facts. Austrian Ministry of Health; Vienna, Austria: 2013.
8. 30. Federal Ministry of Health and Women's Affairs. Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz. Federal Ministry of Health and Women's Affairs; Vienna, Austria: 2016.
9. Fang H. International Health Care System Profiles: The Chinese Health Care System. The Commonwealth Fund; New York, NY, USA: 2018.
10. Ministry of Health the People's Republic of China. National Plan of Health Literacy Promotion Initiatives for Chinese Citizens 2008–2010. Ministry of Health the People's Republic of China; Beijing, China: 2008.
11. U.S. Department of Health and Human Services. National Action Plan to Improve Health Literacy. U.S. Department of Health and Human Services; Washington, DC, USA: 2010.
12. Kickbusch I, Maag D. Health literacy. In: Heggenhougen K, Quah S, editors. International encyclopedia of public health. San Diego: Academic Press; 2008. p. 204–11.
13. World Health Organization European Office. Health literacy. The solid facts. 2015.
14. Quaglio G, Sørensen K, Rübiger P, Bertinato L, Brand H, Karapiperis T, Dinca I, Peetso T, Kadenbach K, Dario C. Accelerating the health literacy agenda in Europe Accelerating the health literacy agenda in Europe. Health Promot Int. 2016:1–7.

15. Makoul G, Clayman ML. An integrative model of shared decision making in medical encounters. *Patient Educ Couns* 2006;60(3):301–12. 10.1016/j.pec.2005.06.010
16. McCaffery KJ, Holmes-Rovner M, Smith SK, Rovner D, Nutbeam D, Clayman ML, et al. Addressing health literacy in patient decision aids. *BMC Med Inform Decis Mak* 2013;13 Suppl 2:S10.
17. Naik AD, Street RL Jr., Castillo D, Abraham NS. Health literacy and decision making styles for complex antithrombotic therapy among older multimorbid adults. *Patient Educ Couns* 2011;85(3):499–504. 10.1016/j.pec.2010.12.015
18. Yin HS, Dreyer BP, Vivar KL, MacFarland S, van Schaick L, Mendelsohn AL. Perceived barriers to care and attitudes towards shared decision-making among low socioeconomic status parents: role of health literacy. *Academic Pediatrics* 2012;12(2):117–24. 10.1016/j.acap.2012.01.001
19. Levy H, Janke A. Health Literacy and Access to Care / *J Health Commun.* 2016; 21(Suppl): 43–50. doi: 10.1080/10810730.2015.1131776
20. Mulye T. P., Park M. J., Nelson C. D., Adams S. H., Irwin C. E., Jr., Brindis C. D. Trends in Adolescent and Young Adult Health in the United States. *Journal of Adolescent Health.* 2009;45(1):8–24. doi: 10.1016/j.jadohealth.2009.03.013.
21. Manganello J. A. Health literacy and adolescents: A framework and agenda for future research. *Health Education Research.* 2008;23(5):840–847. doi: 10.1093/her/cym069.
22. Perry E. L. Health literacy in adolescents: An integrative review. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing.* 2014;19(3):210–218. doi: 10.1111/jspn.12072.
23. Levin-Zamir, D.; Lemish, D.; Gofin, R. Media Health Literacy (MHL): Development and measurement of the concept among adolescents. *Health Educ. Res.* 2011, 26, 323–335.
24. Norman, C.D.; Skinner, H.A. eHealth Literacy: Essential skills for consumer health in a networked world. *J. Med. Internet Res.* 2006, 8, e9.
25. Norman, C.D.; Skinner, H.A. eHEALS: The eHealth Literacy Scale. *J. Med. Internet Res.* 2006, 8, e27.
26. Quinn, S.; Bond, R.; Nugent, C. Quantifying health literacy and eHealth literacy using existing instruments and browser-based software for tracking online health information seeking behavior. *Comput. Hum. Behav.* 2017, 69, 256–267.
27. Van der Vaart, R.; van Deursen, A.J.; Drossaert, C.H.; Taal, E.; van Dijk, J.A.; van de Laar, M.A. Does the eHealth Literacy Scale (eHEALS) measure what it intends to measure? Validation of a Dutch version of the eHEALS in two adult populations. *J. Med. Internet Res.* 2011, 13, e86.
28. Fisher M., Baum F., MacDougall C., Newman L., McDermott D. A qualitative methodological framework to assess uptake of evidence on social

determinants of health in social policy. *Evid. Policy.* 2015;11:491–507. doi: 10.1332/174426414X14170264741073

29. Bakker CJ, Koffel JB, Theis-Mahon NR. Measuring the health literacy of the Upper Midwest // *J Med Libr Assoc.* 2017 Jan; 105(1): 34–43. doi: 10.5195/jmla.2017.105

30. Cha E., Kim KH, Lerner HM., Dawkins CR., Bello MK. Health literacy, self-efficacy, food label use, and diet in young adults // *Am J Health Behav.* 2014 May;38(3):331-339. doi: 10.5993/AJHB.38.3.2.

31. Joshi C, Jayasinghe UW, Parker S, Del Mar C, Russell G. et al. Does health literacy affect patients' receipt of preventative primary care? A multilevel analysis // *BMC Fam Pract.* 2014 Oct 25;15:171. doi: 10.1186/s12875-014-0171-z.

32. Leak C, Goggins K, Schildcrout JS. Effect of Health Literacy on Research Follow-Up // *J Health Commun.* 2015 Oct 9; 20(0): 83–91.

33. Yin HS., Jay M., Kalet A. Health Literacy: An Educationally Sensitive Patient Outcome // *J Gen Intern Med.* 2015 Sep; 30(9): 1363–1368.

34. Song S., Lee SM., Jang S., Lee YJ., Kim NH. et al. Mediation effects of medication information processing and adherence on association between health literacy and quality of life // *BMC Health Serv Res.* 2017; 17: 661.

35. Zhuang R., Xiang Y., Zhang Y. Cell phone-based health education messaging improves health literacy // *Afr Health Sci.* 2016 Mar; 16(1): 311–318. doi: 10.4314/ahs.v16i1.41

36. Higgins, C. Health Impacts of Education: a review / C. Higgins, T. Lavin, O. Metcalfe // Institute of Public Health in Ireland. – 2008. – P. 5–26.

37. Wilberforce, M. Graduate Market Trends (Prospects) / M. Wilberforce. – Sheffield: Department for Education and Skills, 2005. – P. 4–9.

38. Molarius, A. Educational level, relative body weight, and changes in their association over 10 years: an international perspective from the WHO Monica Project / A. Molarius, J. C. Seidell, S. Sans [et al.] // *American Journal of Public Health.* – 2000. – Vol. 90. – P. 1260–1268.

39. Rudd, R.E. An Overview of Medical and Public Health Literature Addressing Literacy Issues: An Annotated Bibliography / R.E. Rudd, T. Colton, R. Schacht // Report №14. – Cambridge, MA: National Center for the Study of Adult Learning and Literacy, 2000. – P. 6–19.

40. Аналитическая записка 4: санитарная грамотность // Всемирная организация здравоохранения, Программа развития Организации Объединенных Наций. 2016

41. Грамотность в вопросах здоровья// Медсестры и акушерки. – Рязань, 2017

42. Vandebosch, J. Health literacy and the use of healthcare services in Belgium. // *Epidemiol. Community Health* 2016, [PubMed]

43. Послание Президента Республики Казахстан Н.Назарбаева народу Казахстана. 5 октября 2018 г.

44. Завьялов А.Е. Проблемы формирования здорового образа жизни в среде молодежи // Системная психология и социология. – 2015
45. Жантуриев Б. Health literacy – медицинская грамотность. Что это? // Медикер - 2014 – Вып. 4.
46. Risk Factors Collaborators. Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016.
47. John F. Wilson MD. Bass III et al., A Shortened Instrument for Literacy Screening// J GEN INTERN MED. – 2003
48. Проект Государственной программы улучшения здоровья населения Республики Казахстан на 2020-2025 годы. – Нур-Султан, 2019.
49. Comparative report on health literacy in eight EU member states. The European Health Literacy Project 2009–2012. Maastricht, HLS-EU Consortium, 2013.
50. WHO Framework Convention on Tobacco Control. Geneva: World Health Organization; 2003.
51. Global Hearts Initiative [website]. Geneva: World Health Organization; 2018. Accessed 23 April 2018.
52. Asma S. Global Adult Tobacco Survey. The GATS atlas. Atlanta, GA. – 2015.
53. Maslennikova G. Human capital losses and gains, and wealth of countries, report at the 7th Annual EUSBSR Strategy Forum NDPHS «One Region, One Future — Vision 2030 for the Baltic Sea Region», seminar «Where are we heading — wealthier and healthier in the decades to come, or just the opposite? » Stockholm. (Sweden) 2016.
54. Health promotion/WHO Global Health Promotion Conferences/9th Global Conference on Health Promotion / Promoting health, promoting sustainable development: Health for all, and all for health/ Shanghai 2016.



## Приложение 2. Страница в Instagram

**19** Публикации **20** Подписчики **161** Подписки

**Healthguyskz**  
Личный блог  
Данная страница направлена на улучшение и поддержания здорового образа жизни, а так же на улучшение медицинской грамотности населения.

Изменить Промоакции Эл. письмо

**Как недосыпание влияет на организм**  
Ухудшение работы мозга, ухудшение настроения / связь с деменцией  
Снижение иммунитета - склонность к простудам  
Снижение эффективности вакцинации  
Риск заболеваний сердечно-сосудистой системы  
Риск диабета 2 типа  
Риск ожирения

**Мотивация ведения здорового образа жизни**  
Жить дольше  
Улучшить качество жизни  
Снизить риск заболеваний  
Улучшить настроение

**СЕГОДНЯ УСИЛИЯ ЗАВТРА РЕЗУЛЬТАТ**

**А что выбираешь?**  
Любите и цените себя всегда!  
Уже сейчас! Слестите себя по своему желанию!  
Вы достойны лучшего!!

**СЕГОДНЯ ЭТО ТВОЁ ЗДОРОВЬЕ**

**СОСТАВЛЯЕТ НЕ ТВОИ УДАЧНЫХ ШИРОВОК!**

**10 ПРАВИЛ ЖИЗНИ В ВОС**  
1. Регулярно заниматься спортом  
2. Правильно питаться  
3. Высыпаться  
4. Избегать стрессов  
5. Не курить и не пить алкоголь  
6. Защищать себя от инфекций  
7. Не забывать про профилактику  
8. Не забывать про профилактику  
9. Не забывать про профилактику  
10. Не забывать про профилактику