

НАО «МЕДИЦИНСКИЙ УНВЕРСИТЕТ КАРАГАНДЫ»

УДК

На правах рукописи

КИРЮШКИНА АНАСТАСИЯ АЛЕКСАНДРОВНА

**Оценка зависимости между развитием сердечно-сосудистых заболеваний
и уровнем медицинской грамотности**

7М10103 «Сестринское дело»

Диссертация на соискание академической степени магистра

Научный руководитель:
кандидат медицинских наук,
ассоциированный профессор ШОЗиБ,
врач высшей категории
Галаева Аза Иссаевна

Республика Казахстан

г. Караганда, 2021 год

СОДЕРЖАНИЕ

СОДЕРЖАНИЕ	2
НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ.....	3
ОПРЕДЕЛЕНИЯ.....	5
ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ	7
ВВЕДЕНИЕ	8
ГЛАВА I. Медико-социальные аспекты медицинской грамотности	11
1.1 Анализ развития и основы медицинской грамотности	11
1.2 Роль и значение медицинской грамотности в профилактике заболеваний сердечно-сосудистой системы.....	33
ГЛАВА II. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	40
ГЛАВА III. Оценка медицинской грамотности и информированности о факторах риска развития сердечно-сосудистых заболеваний	43
3.1 Анализ факторов образа жизни и аспектов медицинской грамотности у пациентов с впервые диагностированным ССЗ.....	43
3.2 Определение взаимосвязей между развитием ССЗ и аспектами медицинской грамотности	51
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	60
ВЫВОДЫ.....	60
ПРЕДЛОЖЕНИЯ	61
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ:	62
ПРИЛОЖЕНИЕ	72

НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ

В настоящей магистерской диссертации использованы ссылки на следующие стандарты:

ГОСТ 2.105-95 Межгосударственный стандарт. Единая система конструкторской документации. Общие требования к текстовым документам.

ГОСТ 7.1-2008 Наименование на русском языке: «Система стандартов по информации, библиотечному и издательскому делу. Библиографическое описание документа. Общие требования и правила составления».

ГОСТ 7.5-98. Система стандартов по информации, библиотечному и издательскому делу. Журналы, сборники, информационные издания. Издательское оформление публикуемых материалов.

ГОСТ 7.32-2001 Отчет о научно-исследовательской работе (структура и правила оформления).

ГОСТ 7.9-95. Система стандартов по информации, библиотечному и издательскому делу. Реферат и аннотация. Общие требования.

ГОСТ 7.12-93. Система стандартов по информации, библиотечному и издательскому делу. Библиографическая запись. Сокращение слов на русском языке. Общие требования и правила.

ГОСТ 7.5-98. Система стандартов по информации, библиотечному и издательскому делу. Журналы, сборники, информационные издания. Издательское оформление публикуемых материалов.

Приказ МЗ РК от 01 апреля 2013 года «О внедрении Программы управления хроническими неинфекционными заболеваниями в пилотных регионах» № 211

Указ Президента Республики Казахстан от 15.01.2016 г. №176 «Об утверждении Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016 – 2019 гг.

Приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 6 июня 2016 года № 479 «Об утверждении Стандарта организации оказания кардиологической и кардиохирургической помощи в Республике Казахстан».

Кодекс РК от 7.07.20 г. №360- VI «О здоровье и системе здравоохранения.

Постановление Правительства РК от 26.12.19 г. за №982 «ГП Развития здравоохранения РК» на 2020-2025.

Приказ МЗ РК от 28.07.2018 г. за №461 «Об утверждении основных направлений развития первичной медико-санитарной помощи в Республике Казахстан» на 2018-2022 годы.

Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 октября 2020 года № ҚР ДСМ-149/2020 «Об утверждении правил организации оказания медицинской помощи лицам с хроническими заболеваниями, периодичности и сроков наблюдения, обязательного минимума и кратности диагностических исследований».

Приказ МЗ РК от 15 октября 2020 года № ҚР ДСМ-131/2020 «Об утверждении целевых групп лиц, подлежащих обязательным медицинским осмотрам, а также правил и периодичности их проведения, объема лабораторных и функциональных исследований, медицинских противопоказаний, перечня вредных и (или) опасных производственных факторов, профессий и работ, при выполнении которых проводятся предварительные обязательные медицинские осмотры при поступлении на работу и периодические обязательные медицинские осмотры и правил оказания государственной услуги «Прохождение предварительных обязательных медицинских осмотров».

Приказ МЗ РК от 30 октября 2020 года № ҚР ДСМ-174/2020 «Об утверждении целевых групп лиц, подлежащих скрининговым исследованиям, а также правил, объема и периодичности проведения данных исследований».

Приказ МЗ РК от 15 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-264/2020 «Об утверждении правил, объема и периодичности проведения профилактических медицинских осмотров целевых групп населения, включая детей дошкольного, школьного возрастов, а также учащихся организаций технического и профессионального, послесреднего и высшего образования».

ОПРЕДЕЛЕНИЯ

В настоящей диссертации применяют следующие термины с соответствующими определениями:

Анкета (от фр. *enquête* — список вопросов) — это метод опроса для получения первичной социологической и социально-психологической информации, оформляемое в виде набора вопросов, логически связанных с центральной задачей исследования.

Возрастные группы – когорты индивидов, которые вместе проходят через возрастные периоды таким образом, что в связи с одинаковым возрастом история их жизни и личный опыт в тех или иных определенных аспектах отличаются от соседней группы.

Грамотность (от лат. *grammatica* «учение о словесности» ← др.-греч. γραμματικῆ «словесность, грамматика») — степень владения человеком навыками чтения и письма на родном языке.

Заболевание, хроническое – длительное, не имеющее спонтанного разрешения и редко излечивающееся полностью заболевание. Характерно не только длительное течение, но и чередование периодов ремиссии болезни, с периодами обострения, вспышками острых явлений заболевания.

Здоровье – это не только отсутствие заболеваний и физических дефектов, но и состояние полного физического, духовного и социального благополучия.

Здоровый образ жизни – категория понятия включает благоприятные условия жизнедеятельности человека, уровень его культуры и гигиенических навыков, которые позволяют сохранить и укрепить здоровье, предупредить развитие его нарушений и поддерживать оптимальное качество жизни.

Медицинская грамотность - когнитивные и социальные навыки, которые определяют мотивацию и способность индивидуумов к получению доступа, пониманию и использованию информации, таким образом, который будет способствовать поддержанию и укреплению здоровья. В работе понятие Медицинская грамотность и Грамотность в вопросах здоровья (Health Literacy) используются как синонимы.

Образ жизни (лат. *modus vivendi*^[1]) — типичные для конкретно-исторических социально-экономических отношений способ и формы индивидуальной и коллективной жизнедеятельности человека, характеризующие особенности его поведения, общения, склада мышления; устоявшаяся форма бытия человека в мире, находящая своё выражение в его деятельности, интересах, убеждениях.

Опросник – любой упорядоченный список или каталог вопросов (анкета, тест и др.), одна из разновидностей психологических тестов. Опросники предназначены для диагностики степени выраженности у человека определенных личностных черт или других психологических характеристик, количественным выражением которых является суммарное число ответов на пункты опросника.

Поведение – физическое событие, происходящее в организме и контролируемое головным мозгом.

Поведенческие факторы риска – особенность поведения, связанная с повышенным риском того или иного исхода; в области наших исследований - повышающие вероятность развития заболеваний, их прогрессирования и неблагоприятного исхода.

Поперечное исследование или исследование методом поперечных срезов (англ. cross-sectional study) — метод психологических исследований, при котором эмпирический эксперимент проводится один раз, и при этом одновременно изучаются группы людей разного возраста.

Рекомендации (лат. recommendatio — совет) — в международном праве означают резолюции международных организаций, совещаний или конференций, которые не имеют обязательной юридической силы.

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) — общее название заболеваний сердца и кровеносных сосудов.

Факторы риска – потенциально опасные для здоровья факторы поведенческого, биологического, генетического, экологического, социального характера, окружающей и производственной среды, повышающие вероятность развития заболеваний, их прогрессирования и неблагоприятного исхода.

ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ

АНА - American Heart Association
АHLA - Asian Health Literacy Association
BHLS - Brief Health Literacy Screeners
GHL – General health literacy
HIT - Health information technology
HL - Health literacy
HLQ - Health literacy Questionnaire
HLS-EU-Q47 - European Health Literacy Questionnaire
NVS - Newest Vital Sign
SCORE - Systematic Coronary Risk Evaluation
SF-36 - Short Form 36 Item
S-TOFHLA - Test of Functional Health Literacy in Adults–Short Form
TOFHLA - Test of Functional Health Literacy in Adults
UNICEF - United Nations International Children's Emergency Fund
АГ – Артериальная гипертензия
АД – Артериальное давление
БСК – Болезни системы кровообращения
ВОЗ – Всемирная Организация здравоохранения
ЗОЖ – Здоровый образ жизни
ИБС – Ишемическая болезнь сердца
ИМ – Инфаркт миокарда
ИМТ – Индекс массы тела
МГ – Медицинская грамотность
МЗ РК – Министерство здравоохранения Республики Казахстан
МИ – Мозговой инсульт
НИЗ – Неинфекционные заболевания
ПКХП - Пациенты кардиохирургического профиля
ПМСП – Первичная медико-санитарная помощь
ПУЗ – Программа управления здоровьем
РК – Республика Казахстан
СНГ – Содружество Независимых Государств
СМИ – Средства массовой информации
ССЗ – Сердечно-сосудистые заболевания
ССС – Сердечно-сосудистая система

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы

В настоящее время здоровье человека в качестве научной и социальной проблемы входит в число приоритетных вопросов, которые принято называть глобальными [1]. В 2012 году Европейским консорциумом было предложено следующее определение грамотности: «Грамотность в вопросах здоровья связана с общей грамотностью и подразумевает наличие у людей знаний, мотивации и умений, необходимых для получения, понимания, оценки и применения медицинской информации с тем, чтобы принимать решения в повседневной жизни, касающиеся медико-санитарной помощи, профилактики заболеваний и укрепления здоровья, для поддержания или улучшения качества жизни»[2].

Многочисленные исследования демонстрируют корреляцию между низким уровнем медицинской грамотностью и плохим состоянием здоровья. Низкий уровень медицинской грамотности приводит к недостаточному использованию профилактических ресурсов, таких как прививки и обычные обследования. Это влияет на понимание пациентом инструкций врачей о приеме лекарств, которые могут повлиять на лечение хронических состояний. У взрослых существует прямая связь между низким уровнем грамотностью в отношении здоровья и плохим доступом, и пониманием информации о профилактической помощи [3]. В 2013 году, по инициативе Азиатской Ассоциации по грамотности в вопросах здоровья (Тайвань), Казахстан был включен в международное популяционное поперечное исследование по изучению грамотности в вопросах здоровья (HealthLiteracySurvey-Asia). Данное исследование охватило 6 стран, такие как: Индонезия, Казахстан, Малайзия, Мьянма, Тайвань и Вьетнам [4], [5]. Исследование имело цель оценить пригодность и валидность анкеты, которая была разработана в рамках программы, для опроса населения в названных странах [6,7]. Согласно статистическим сборникам Республики Казахстан за 2009-2019 гг. можно увидеть, что заболевания сердечно-сосудистой системы за последние 10 лет имеют тенденцию к росту в несколько раз, а также их значительное омоложение.

Все вышеизложенное определило цель и задачи настоящего исследования:

Цель исследования:

Оценить зависимость между развитием сердечно-сосудистых заболеваний у населения зрелого возраста и уровнем медицинской грамотности.

Задачи исследования:

1. Изучить уровень медицинской грамотности взрослых с впервые установленным заболеванием сердечно-сосудистой системы;

2. Провести сравнительный анализ взаимосвязи аспектов медицинской грамотности с развитием сердечно-сосудистых заболеваний;

3. Дать предложения по повышению медицинской грамотности взрослого населения в вопросах заболеваний сердечно-сосудистой системы.

Объект исследования:

Население г. Балхаш, прикрепленное к КГП «Поликлиника №1» которое в медицинских картах имеют впервые выявленные заболевания сердечно-сосудистой системы.

Научная новизна:

Впервые на уровне ПМСП проведено исследование с целью установки взаимосвязи аспектов медицинской грамотности с развитием сердечно-сосудистых заболеваний среди взрослого населения.

Практическая значимость полученных результатов:

На основании проведенного исследования, реализована возможность оценки медицинской грамотности взрослого населения с факторами риска развития сердечно-сосудистых заболеваний с целью раннего предупреждения развития патологии у мужчин и женщин.

Использование результатов исследования, с целью повышения медицинской грамотности населения в вопросах предупреждения заболеваний ССС или предотвращения их перехода в более тяжелую форму будет способствовать укреплению как индивидуального, так и общественного здоровья.

Основные положения, выносимые на защиту:

1. В ходе работы определен уровень медицинской грамотности пациентов ПМСП с впервые установленным диагнозом ССЗ.
2. Выявлена взаимосвязь между аспектами и уровнем медицинской грамотности и развитием сердечно-сосудистых заболеваний.
3. По результатам исследования даны предложения по повышению уровня медицинской грамотности в вопросах предупреждения сердечно-сосудистых заболеваний и их осложнений.

Внедрение результатов исследования:

По результатам проведенного исследования подготовлены предложения по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний с целью с целью предотвращения и раннего выявления заболевания, разработана памятка для пациентов с ССЗ и внедрены на базе исследований в поликлинике г. Балхаш.

Публикации по теме диссертации:

По теме диссертации было опубликовано 2 статьи. Публикации в сборнике материалов конференции «Продвижение инноваций и исследований в сестринском деле» 2020 г., которая является частью проекта ProInCa, публикация в Международной научной конференции студентов и молодых ученых «Фараби элемеі» 2021 г. Имеется свидетельство о государственной регистрации прав на объект авторского права - Анкету «Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний», свидетельство №15967 от 16.03.2021 г.

Апробация диссертации:

Основные результаты исследования, заключения и выводы диссертации были доложены на заседаниях школы\кафедры, научно-экспертной комиссии и представлены в научно-практических конференциях: «Продвижение инноваций и исследований в сестринском деле» 2020 г., которая является частью проекта ProInCa, также публикация в Международной научной конференции студентов и молодых ученых «Фараби элeмi» 2021 г, НАО «Казахского национального Университета им. Аль-Фараби».

Структура и объем диссертации:

Диссертация изложена на 75 страницах, состоит из введения, основной части, заключения, предложений, списка использованных источников, состоящих из 139 ссылок на работы. В работе содержится 21 таблицу, 4 рисунка и 1 приложение.

ГЛАВА I. Медико-социальные аспекты медицинской грамотности

1.1 Анализ развития и основы медицинской грамотности

На сегодняшний день во всех цивилизованных странах здоровье нации признаётся важнейшей социально-экономической ценностью, которая напрямую диктует состояние развития страны. Разрабатываемое в начале XX века понятие о социальных болезнях, таких как туберкулёз, сахарный диабет, заболевания сердечно-сосудистой системы, алкоголизм – способствует созданию мер о необходимости профилактики, посредством повышения уровня грамотности каждого гражданина, как новой функции общества [1].

История появления термина «медицинская грамотность» уходит в 19 век. В те времена не было такого понятия, но уже тогда люди понимали, что такое личная ответственность за свое здоровье, самопомощь и т.д.. В 60-е года на Западе понятие самолечение стало считаться опасным. Была выбрана ошибочная стратегия лечения самого заболевания, а не его предотвращения посредством профилактики. Причинами вновь пришедшего в XXI в самолечения, стали большие расходы здравоохранения на лечения больных. Болезни «образа жизни», такие как диабет, сердечно-сосудистые заболевания можно предотвращать, корректируя образ жизни и проводя профилактические мероприятия. Важным является то, что «самолечение» не отвергает медицинскую помощь со стороны медработников, она подразумевает командную работу больного и медицинского персонала. Самыми влиятельными организациями, которые признали самолечение, являются ВОЗ и Всемирная ассамблея здравоохранения. Польза ответственного самолечения давно доказана, но во всем мире потенциал самолечения еще себя полностью не исчерпал [11].

Первое упоминание термина «health literacy» или «медицинская грамотность» в литературных источниках появилось в 1974 г., и оно имеет малую схожесть с современным определением данного термина. Термин «health literacy» или «медицинская грамотность» в современной интерпретации начал появляться лишь в 90-е года 20 века [42,58,59]. С того времени этот термин до сих пор используется и его понятие расширяется.

Несмотря на широкое изучение термина «медицинская грамотность», до сегодняшнего времени нет единого понимания этого термина, перевод на различные языки вызывает разное восприятие термина. США в 2010 г. разработал Национальный план действий по улучшению HL (National Action Plan to Improve Health Literacy) [60,62,63].

Лишь только к 2012 году в ВОЗ появилось 17 определений понятию медицинская грамотность. Множество исследований доказывают связь между низким уровнем медицинской грамотности и плохим здоровьем, растущей смертностью населения в мире. Также уровень медицинской грамотности 2012 году вошел в систему главных показателей ВОЗ «Здоровье-2020» и консорциум HLS-EU разработал рабочее определение и концептуальную модель (рисунок 1) медицинской грамотности [61,73]:

Медицинская грамотность связана с грамотностью и влечет за собой знания, мотивацию и компетентность людей для доступа, понимания, оценки и применения медицинской информации для вынесения суждений и принятия решений в повседневной жизни, касающихся здравоохранения, профилактики заболеваний и укрепления здоровья, для поддержания или улучшения качества жизни на протяжении всей жизни. [73]

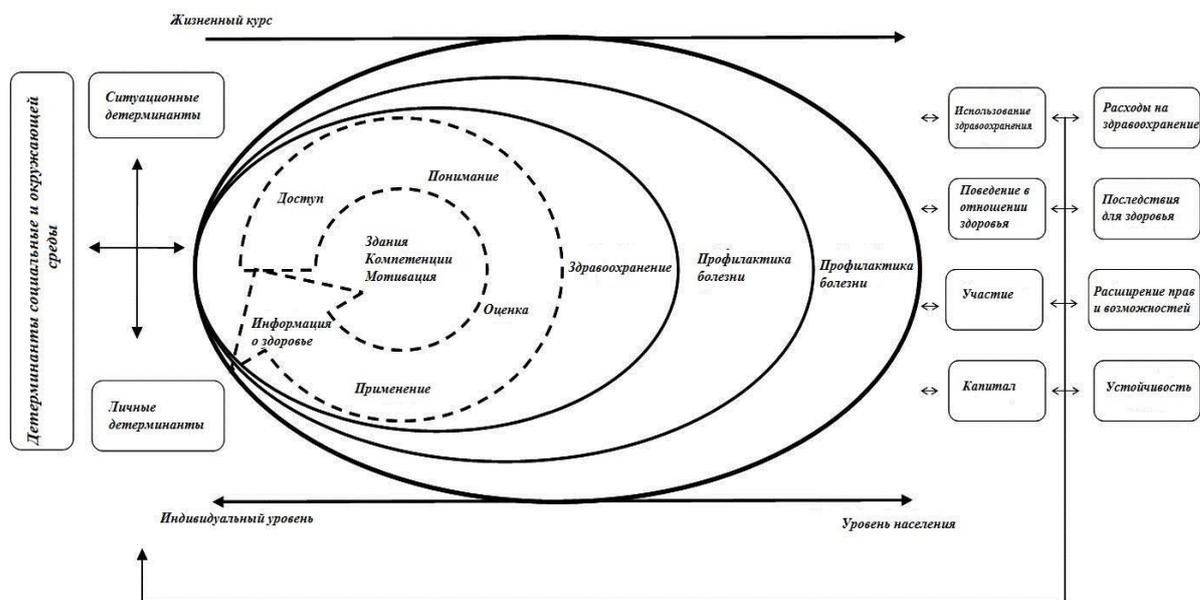


Рисунок 1. Концептуальная модель медицинской грамотности HLS-EU (Sorensen et al. 2012)

Концептуальная модель проводит различие между тремя областями медицинской грамотности (HL), здравоохранения (HC-HL), профилактики болезней (DP-HL) и укрепления здоровья (HP-HL) и четырьмя способами работы с информацией, относящейся к здоровью: доступ / получение, понять, оценить / судить / оценивать и применять / использовать.

Kristine Sorensen и соавторы проводили исследование, направленное на поиск существующих определений медицинской грамотности и выявлении более подходящего понятного варианта. При поиске научных статей по ключевым словам определения «медицинская грамотность», «санитарная грамотность» было выбрано 19 статей, которые касались определения этого термина. Исследователи отмечают, что необходимо отделять общественную грамотность и индивидуальную. Выделяется, что повышение уровня медицинской грамотности сократит расходы человека на медицинские услуги [73].

Анализ зарубежных источников на определение термина «медицинская грамотность» и интерпретации его перевода на русский язык показал, что к 2014 г. на PubMed имеется более 3000 публикаций на тему медицинской грамотности, 75% от общего количества опубликованы за последние 6 лет.

Было изучено 569 зарубежных статей, из которых 360 статей из американских источников, 200 статей написаны авторами из 24 стран мира. Страны, которые чаще всего занимались исследованиями в сфере медицинской грамотности, являются США, Канада, Великобритания, Германия и Нидерланды. В русскоязычных источниках нет единого толкования понятия «медицинская грамотность», встречается частые переводы и употребление синонимов. Например, понятие «медицинская грамотность» в русскоязычных источниках может пониматься еще как «санитарная грамотность», «медицинская информированность населения», «компетентность в вопросах здоровья», «санитарное просвещение» и т.д. - всего 8 вариантов представления синонимов термина «медицинская грамотность». Медицинская общественность, в основном, склоняется к толкованию термина «медицинская грамотность» как «грамотность в вопросах здоровья»[25].

Всеобщие усилия могут не только расширить понятие «санитарная грамотность», но и создать новые методы ее оценки. Санитарная грамотность в совокупности с профилактическими мероприятиями – являются одним из лучших подходов к укреплению здоровья населения. Исследование Parikh показало, что 40% пациентов с низкой медицинской грамотностью, которые признали, что у них есть проблемы с чтением [74].

Существует не только проблема отсутствия единого определения понятию «медицинская грамотность», но и отсутствие единого инструмента для оценки медицинской грамотности. Необходимо решить 2 поставленных вопроса: 1) объем того, что нужно измерять, 2) строгость методологии проведения измерения. Другими причинами, почему сейчас все больше набирает популярность тема «медицинской грамотности», является то, что за последние десятилетия наблюдается спад инфекционных заболеваний и рост числа хронических заболеваний. Профилактика хронических заболеваний требует от пациента активной вовлеченности и уровня медицинской грамотности для самопомощи [86,112,128].

Несмотря на то, что существуют различные подходы к оценке здоровья, специалисты едины в том, чтобы признать главным фактором ответственность самого человека к своему здоровью. Общеизвестно, что сегодня в иерархии ценностей здоровье не занимает первого места, хотя именно оно должно стать первой потребностью. Особенно это касается молодых людей, которые не придают значения своему здоровью и в большинстве случаев не занимаются вопросами профилактики и укрепления своего здоровья. Сложившийся в социологии подход к здоровью, которое необходимо сохранить для эффективного существования общества, позволяет полагать, что под общественно значимыми ценностями подразумеваются: трудоспособность, экономическая безопасность, конкурентоспособность, платёжеспособность и прочие социально-экономические параметры успешного гражданина своей страны [1].

Недостаточный уровень грамотности населения в отношении своего здоровья является актуальной проблемой в большинстве стран, где изучался

этот вопрос, независимо от уровня развития государств. ВОЗ проведено исследования медицинской грамотности в вопросах здоровья в 8 странах Европы (European Health Literacy Survey, 2009-2012). Результаты опроса показали, что почти половина европейцев затрудняются в ответах на вопросы по медицинской грамотности: у 12% всех опрошенных общая грамотность в вопросах здоровья недостаточна, а у 35% - проблематична. Выявлены заметные различия в уровнях грамотности в вопросах здоровья между странами, группами населения с более низким социальным статусом, с худшим состоянием здоровья, лицами пожилого возраста, определены гендерные различия. Рядом стран сделан вывод, что показатель уровня медицинской грамотности здоровья населения может показать полезную информацию о компетентности населения в вопросах здоровья. Этот показатель также может дополнить оценку общественного здоровья [2,47].

Важно отличать «медицинскую грамотность» от грамотности в целом. В английском языке слово «грамотный» означает «хорошо образованный». Но, со временем, данное понятие расширилось и сейчас имеет множество значений, одним из них является «медицинская грамотность». Исследования в США, направленные на изучения медицинской грамотности, показали, что у половины населения имеются трудности при использовании медицинской информации и назвали это открытие «эпидемией санитарной грамотности». В ответ на это, Американской ассоциированной ассоциацией были предприняты меры, которые включали в себя 4 направления: проверку медицинской грамотности населения, общение с пациентами с низкой грамотностью, поиск причин влияния на низкий уровень медицинской грамотности и изучение последствия низкого уровня медицинской грамотности [70].

В 2013 г. Институтом медицины был проведен круглый стол по вопросам санитарной грамотности, на котором были рассмотрены вопросы основной миссии санитарной грамотности и значение санитарной грамотности для общественного здравоохранения. Была рассмотрена семиэтапная модель, а повышения санитарной грамотности населения и сделан вывод, что когда программы разрабатываются в соответствии с принципами санитарной грамотности, можно достичь существенных результатов. Названы четыре важные цели для вмешательства в систему общественного здравоохранения: знания, отношения, поведение и убеждения. Оспорено было утверждение, что люди с высоким уровнем медицинской грамотности чаще всего ведут здоровый образ жизни, приведя в пример людей с низкой санитарной грамотностью, которые демонстрируют отличное поведение в отношении здоровья [86]. В том же году в Вашингтоне было отмечено, что санитарная грамотность выступает в качестве решения социальных, экологических и политических проблем и является средством социального и человеческого развития. Серьезной проблемой на пути к повышению уровня санитарной грамотности является неравенство в отношении здоровья. К примеру, в Новой Зеландии в 1951 г. разрыв между средней продолжительностью жизни коренных жителей (маори) и не маори в среднем составляет 16 лет, к 2006 г. этот разрыв удалось сократить

до 7 лет. Этому способствовало обеспечение доступа к медицинским услугам, образовательные программы повышения уровня медицинской грамотности населения [87].

По результатам российских исследований (Санкт-Петербург) было выяснено, что большинство знаний базовой санитарной грамотности прививается в детстве родителями, а затем по мере приобретения жизненного опыта. Основными факторами, влияющими на уровень медицинской грамотности, явились пол, возраст, уровень образования. Недостаточный уровень медицинской грамотности городского и сельского населения провоцирует риск ранний риск развития заболеваний и их осложнений [8].

Недостаточный уровень медицинской грамотности является главной проблемой во всех странах мира, вне зависимости от уровня экономики страны. Отмечается, что низкий уровень медицинской грамотности влияет на затраты системы здравоохранения европейских стран [45].

Экономический анализ, проведенный в США, показал, что низкий уровень медицинской грамотности обходится системе здравоохранения США в 30–73 млрд долларов в год. Американская медицинская ассоциация рекомендовала четыре направления для исследования медицинской грамотности: скрининговые осмотры, улучшение коммуникации с людьми, обладающими низким уровнем медицинской грамотности, поиск причинно-следственной связи между медицинской грамотностью и влиянием ее на здоровье человека, а также затраты на мероприятия по повышению уровня медицинской грамотности [10,72].

За последние 20 лет в направлении «санитарная грамотность» было написано более 1600 статей. Оценка уровня медицинской грамотности в США показала, что более 1/3 мужчин и женщин обладают низкими знаниями. Отмечено, что люди с низким уровнем медицинской грамотности чаще сообщали о плохом оказании медицинских услуг. Наиболее популярными в США тестами на оценку уровня медицинской грамотности являются тест «Функциональной грамотности в отношении своего здоровья» и «Быстрая оценка медицинской грамотности взрослых». Также имеется тест «Краткая оценка знаний о здоровье», который включает основные знания о социально-значимых заболеваниях [29,69]. Ряд исследований связывают низкую медицинскую грамотность населения с уровнем системы здравоохранения и медицинскими работниками. Так, в результате исследований в Миннесоте, был сделан вывод, что причина низкого уровня медицинской грамотности может быть связана с некачественной работой медицинского персонала; в других исследованиях подчеркивается необходимостью корректировки коммуникативных навыков медицинского персонала. [69,78]. Исследование на адаптацию опросника HLQ в Дании, состоящего из 44 вопросов показала надежность использования данного вида опросника для оценки уровня медицинской грамотности [125].

Имеется общая проблема при развитии внезапных патологий у населения и госпитализацией населения, что связывают с незнанием медицинскими

работниками о низком уровне медицинской грамотности у пациента [49]. Другая причина - недоверие к медработникам и системе здравоохранения в целом, а также растущие требования к оказанию медицинской помощи [65].

В документе, опубликованном Европейским региональным бюро, призванном на борьбу с «эпидемией санитарной грамотности», говорится о разработке принципов санитарной грамотности, различных программ. Такие действия должны базироваться только на научных исследованиях [73]. Еще до сих пор остается неизвестным ответ на вопрос о связи санитарной грамотности с различиями в состоянии здоровья групп населения. Не до конца изучен потенциал санитарной грамотности [72]. По мере расширения объема исследований в направлении изучения медицинской грамотности, увеличивается объем и глубина поставленной проблемы. Также подчеркивается, что из-за множества различных определений «медицинской грамотности», возникают большие проблемы в исследованиях [78].

Последствиями низкого уровня медицинской грамотности могут стать: недооценка появившегося заболевания, позднее обращение и как следствие менее эффективная медицинская помощь. Также одним из последствий является игнорирование диагностики, скринингов, профилактических мероприятий, также непонимание своего диагноза. У людей с низким уровнем медицинской грамотности повышается риск смертельного исхода заболевания по сравнению со сверстниками с более высоким уровнем медицинской грамотности [17].

Предпосылками для развития ответственного самолечения является следующее: 1) увеличение количества неинфекционных заболеваний, 2) с увеличением роста заболеваемости повышаются и затраты здравоохранения, 3) недостаток ресурсов системы здравоохранения, 4) необходимость создания новых моделей системы здравоохранения 5) повышение доступности медицинской помощи и лекарственных препаратов. Исследователями было доказано, что при повышении уровня медицинской грамотности, необходимость посещения врача по поводу лечения легких простудных заболеваний пропадает, что значительно снижает нагрузку медработников [53]. Исследование IMS Health 2009 г. показало, что консультации врача по поводу лечения легких болезней составляют 57 млн приемов ежегодно, что составляет 75% от всех случаев консультаций [52].

В исследовании отношения врачей к текущему уровню медицинской грамотности пациентов, также влияние интернета на здоровье и других источников показали, что при оказании медицинских услуг пациент всегда обращает внимание на такие факторы, как своевременность, отношение персонала и доступность [29].

Исследование в 10 странах Евросоюза, которое проводилось в 2013 г., показало, что почти 90% опрошенных считают, что ответственное самолечение является главным фактором к сохранению здоровья и борьбе с заболеваниями; однако на самом деле ответственным самолечением занимаются менее 20% из них. Всё потому, что им не хватает достаточного уровня медицинской

грамотности. Результаты самолечения людей с хроническими заболеваниями подтверждают эффективность ответственного самолечения, наблюдается более высокий уровень качества жизни. 90% исследований доказало, что при хронических заболеваниях ответственное самолечение совместно с консультациями медработников является оптимальным решением. Таким образом, ответственное самолечение является допустимым, когда врачом был поставлен диагноз и даны рекомендации, и пациент следует данным рекомендациям. Все эти мероприятия на поликоническом уровне снизить потребность в госпитализации и занятии койко-мест [11,53,54].

Приверженность к оздоровительным мероприятиям и самолечению становится хуже, когда пациент испытывает психо-эмоциональные сотрясения, стрессы, отсутствие мотивации к лечению, большие затраты на лекарственные средства [55,56]. ВОЗ разработала рекомендации по повышению уровня профилактических мероприятий [57].

Российские исследования с целью оценки рисков влияния на здоровье различных факторов в разные периоды жизни и разработки мер по повышению уровня медицинской грамотности населения показали, что 46,1% опрошенных с высоким уровнем медицинской грамотности, 36,1% со средним уровнем и 17,8% с низким уровнем. Обнаружена связь между возрастом и общим количеством воздействующих медико-биологических факторов на организм человека. Факторами риска являются АГ в 46,1% случаев, лишний вес в 34,4% случаев. Также влияет производственный фактор, который испытывают 72,9% горожан, а 84,1% считают, что именно производственный фактор повлиял на ухудшение здоровья. Было выявлено, что 35,1% опрошенных, с достаточным уровнем медицинской грамотности, на практике не применяли свои знания по отношению к своему здоровью. Отмечена недостаточность просветительской работы медработников и необходимость повышения уровня медицинской грамотности всех групп [11,23,26].

В Китае, Индии, Гане и Мексике была проведена оценка грамотности здоровья, которая основана на «Фактах для жизни». Оценка грамотности состоит из вопросов, одни из них истинные, одни ложные, основанных на «essential Facts for Life messages». Основными направлениями, рассмотренными в проекте, является ряд инфекционных заболеваний, материнство и роды, вскармливание и развитие ребенка, простудные заболевания и чрезвычайные катастрофы [10].

По результатам оценки медицинской грамотности выявлено, что 91,2% жителей Китая имели низкий или недостаточный уровень медицинской грамотности [79]. В 9 странах проводились исследования инструментов оценки уровня медицинской грамотности: теоретическая база, названия шкал, образец, элементы и выводы. В большинстве анкет использовалась базовая теория медицинской грамотности, что не совсем подходит для оценки уровня медицинской грамотности людей с разными заболеваниями [80].

В исследовании Cindy Yue Tian был проведен обзор материала с использованием пятиэтапного подхода, который был разработан Аркси и

О'Мэлли. Главный вопрос стоял так: «Какие измерения медицинской грамотности взрослого населения доступны в настоящее время?». При поиске подобных исследований учитывались следующие факторы: наличие рецензирования, оригинальность публикации, подбор возрастной группы в исследовании. В полученных результатах было описано 3 области изучения медицинской грамотности: функциональный, интерактивный, критический. Контент-анализ выявил 39 различных областей, которые были оценены в 19 измерениях. Исследователи предположили, что причинами, по которым инструменты не оценивают медицинскую грамотность всесторонне, являются низкая теоретическая база. Эмпирические исследования показали, что уровень образования, социально-экономический статус, физическая активность оказывают существенное влияние на показатели низкого уровня медицинской грамотности [82].

В последнее время исследователи выделяют двусторонний характер медицинской грамотности, с одной стороны – это индивидуальная характеристика, а с другой стороны включает системные требования и сложности, которые смогут сделать медицинские услуги доступнее и качественнее за счет индивидуальных потребностей [83,84]. По данным Международного исследования грамотности (2003 г.) мужской пол был отмечен как отчетливый фактор низкой медицинской грамотности, также существует доказательство того, что низкий уровень медицинской грамотности мужчин сдерживает их обращаться за медицинской помощью. Из 2667 статей в первоначальном поиске - 12 статей подошли для изучения медицинской грамотности мужчин по отношению к своему здоровью. Несмотря на то, что в результатах проведенных исследований отмечается адекватный уровень медицинской грамотности мужчин, однако на самом деле при заполнении анкеты мужчины не имеют представления о факторах риска и причинах заболеваний, непонимание назначения скринингов и профилактических мероприятий. Уровень медицинской грамотности был выше у мужчин, которые занимают руководящие должности [88].

Исследования среди многоэтнического населения в Амстердаме и Нидерландах показали, что распространенность гипертонии во всех исследуемых группах встречалась среди участников с низкой медицинской грамотностью. Медицинская грамотность не была связана с лечением, контролем гипертонии [91].

Исследования в Германии в области медицинской грамотности показали, что 7,3% опрошенных имели отличную медицинскую грамотность, 38,4% - достаточную медицинскую грамотность, 54,3% - ограниченную медицинскую грамотность, 9,7% - недостаточную медицинскую грамотность. Для 43,4% участников было трудным оценить о недостатках и преимуществах различных вариантов лечения. Отмечена связь между пожилым возрастом и ограниченной медицинской грамотностью и необходимость повышения уровня функциональной грамотности. Рекомендовано врачам тщательнее взаимодействовать с пациентами с низкой медицинской грамотностью.

Отмечена необходимость делать систему здравоохранения более понятной и информативной [93].

В последние годы министерством здравоохранения Ирана в направлении повышения медицинской грамотности были предприняты серьезные шаги. Министерство здравоохранения представило программы по продвижению культуры здоровья для повышения уровня медицинской грамотности. Низкую санитарную грамотность имеют люди, которые были госпитализированы в клиническую больницу Исфаханского университета медицинских наук [105,106].

В исследовании по оценке уровня медицинской грамотности населения Чикаго по вопросам приема лекарственных средств выявили, что опрошенные не знают показание к применению лекарственных средств. Средний возраст опрошенных составлял 52,3 года. Ограниченная медицинская грамотность наблюдалась у 47,4% [108].

Попытка оценить сильные и слабые стороны медицинской грамотности у госпитализированных пациентов была сделана в Австралии. Средний возраст участников анкетирования - 64 года, из них 51% - мужчины. Было выявлено, что участники с более низким социально-экономическим уровнем имели трудности в понимании и поиске медицинской информации, а посещаемость больниц была чаще у лиц с более высокими результатами опросника [110].

Исследователями было доказана зависимость уровня образования от уровня медицинской грамотности. Низкий уровень медицинской грамотности был связан с повышенным риском смерти от инфекционных заболеваний, сердечно-сосудистых заболеваний, рака легких, инсульта, инфаркта. В тех странах, где средняя продолжительность жизни стала больше, отличия между уровнями образования остаются значительными. Существует прямая связь между уровнем образования и здоровым образом жизни. К примеру, у людей с более высоким уровнем образования меньше риск стать курильщиком. Множество примеров необразованных людей являются курильщиками в возрасте 30 лет. Также высокий уровень образования связан с индексом массы тела. Такие факты замечены с странах Европы, Китае, России. Люди с более низким уровнем медицинской грамотности чаще вызывают скорую помощь [10].

Повышение уровня медицинской грамотности – процесс, который длится на протяжении всей жизни человека, и не всегда этот уровень достигает удовлетворительных результатов. В Англии, США, Австралии и Канаде у 20-50% населения низкий уровень медицинской грамотности. В ходе опроса, проведенного Национальным советом потребителей в Великобритании (NCC 2004), было установлено, что у одного из пяти человек проблемы с навыками понимания медицинской информации. Почти 50% населения США не хватает уровня медицинской грамотности для эффективного самостоятельного поддержания здоровья. Каждый 4 из 10 пациентов неправильно принимают лекарства, не следуя указаниям лечащего врача. [10].

Важность проблемы повышения уровня медицинской грамотности также подтверждается рядом исследований и найденных в них факторов. Например, в Великобритании 1 из 3 людей в возрасте старше 65 лет практически не понимают предоставляемую медицинскую информацию, в исследовании участвовало 8 тыс. человек. Также у 12% опрошенных в Европе наблюдается недостаточный уровень медицинской грамотности, а у 35% отсутствие знаний в этой сфере. В Нидерландах недостаточный уровень медицинской грамотности составляет 29%, а в Болгарии – 62% [20].

Анализ проведенных исследований в области повышения уровня медицинской грамотности не дает однозначного ответа на поставленный вопрос, изучая материалы, предлагается концепция повышения общего уровня образования населения, начиная с раннего возраста [10,20].

Повышение уровня медицинской грамотности можно достигнуть, используя методы 1) внутриличностной коммуникации или воспитания, 2) межличностной коммуникации или отношения между пациентами, пациентом и семьей, близкими, 3) организационная коммуникация или отношения внутри медицинских организаций или в внутри системы здравоохранения, 4) межкультурная коммуникация, 5) роль СМИ. Врачи-участники исследования выявили, что пациенты должны быть обучены базовым знаниям и навыкам, таким как измерение температуры тела, измерение артериального давления, пульса, знать адрес поликлиники, к которой прикреплен пациент. В выводах исследования Вяткина А.В. подчеркнула, что требуется создание единого инструментария оценки уровня медицинской грамотности населения [29].

Многие методы, которые предназначены для повышения уровня медицинской грамотности, преподносят информацию простым языком с наглядными иллюстрациями для лучшего усвоения материала. ВОЗ была разработана концепция по укреплению здоровья на рабочем месте (HPW) как интегрированный способ повышения внимания уровню здоровья населения [46].

В США программа «Объединение сил для качества» призвана повысить качество медицинской помощи по всей стране. США признает, что в стране низкая санитарная грамотность, которая является ключевым фактором риска оказания менее качественной медицинской помощи, создает неравенство в сфере здравоохранения. Данная программа направлена на устранения несправедливости в этом направлении. Низкая санитарная грамотность преобладает у лиц, принадлежащих в группам расовых меньшинств, людям с низким уровнем образования, с ограниченным знанием английского языка [69].

Медицинские информационные технологии (ИТ) делают медицинскую информацию более доступной для пациентов, используя порталы, которые могут быть установлены на любом устройстве или мобильном приложении. Однако могут возникать трудности в пользования данными программами из-за отсутствия понимания медицинской информации. Целью исследования Майкла Маккерти было определить медицинскую грамотность пациентов, используя четыре инструмента ИТ. В исследовании принимало участие 4974

взрослых американца, мужчин – 42,26%. Участники заполнили тест Newest Vital Sign на определение уровня санитарной грамотности. Анализ данных показал, что адекватная медицинская грамотность связана в значительной мере с использованием фитнес-приложений, приложений по питанию, трекеров суточной активности [71].

С каждым днем под воздействием информационных технологий меняются процессы в здравоохранении. Население раз за разом сталкивается с проблемой преодоления всех изменений в системе здравоохранения. В этих обстоятельствах это можно сделать, обладая достаточными знаниями и уровнем медицинской грамотности. Уровень медицинской грамотности влияет на качество здоровья и постепенно становится в один ряд с такими факторами как возраст, уровень образования, этническое происхождение, доход и т.д. [48]

К методам повышения уровня медицинской грамотности относят использование электронных устройств, а также перевод медицинских терминов на более понятный и доступный язык. В Мичиганском университете создан «Медицинский словарь на понятном языке», данный словарь находится в открытом доступе в интернете, а также имеется отдельное приложение для айфонов. Словарь насчитывает 1100 терминов с объяснениями. Другим методом могут выступать различные медиа, которые несут в себе большую пользу. Пациентам более понятнее воспринимать устную информацию одновременно со зрительной информацией. Рисками применения таких методов будут являться: 1) огромная аудитория, 2) отсутствия контроля, 3) нет механизмов управления, 4) вероятность предоставления ложной информации, 5) взлом данных серверов и сайтов. Такие риски особенно велики при различных эпидемиях, когда любая ложная информация, выложенная в социальные сети, сеет панику среди населения [20].

Примеров веб-сайтов для повышения уровня медицинской грамотности является веб-сайт (Teen2Xtreme), который рассчитан на подростков. Этот сайт курирует Калифорнийский университет и компания Health Net, Inc. На этом сайте представлены полезные материалы различных профессионалов в направлении профилактики и повышения уровня медицинской грамотности, а также на сайт свои материалы могут выкладывать и сверстники. Основные направления сайта – это спорт, здоровое питание, фитнес, вредные привычки.

Также одним из примеров повышения уровня медицинской грамотности могут выступать социальные сети и таких исследований уже немало. Ведь каждый 2 из 3 человек на планете имеет сотовый телефон. Мобильные устройства смогут стать незаменимым гаджетом для помощи медицинским работникам и системе здравоохранения в целом [51]. Пациенты могут общаться друг с другом, обсуждая свое заболевание, поддерживая друг друга, тем самым компенсируя нагрузку на систему здравоохранения. Примеров таких сайтов может служить веб-сайт Patients Like Me («Такие же пациенты, как я»), где люди поддерживают и общаются друг с другом в режиме онлайн [50].

Одним из главных вопросов в системе здравоохранения, касаемо профилактической работы, стоит повышение уровня медицинской грамотности

населения пожилого возраста. Чем старше становятся люди, тем труднее им воспринимать информацию, тем более, когда информация медицинского характера. Для повышения уровня медицинской грамотности пенсионеров используются формы диалога, подход «Хор разговоров», где каждый член группы имеет право на высказывание и право на ошибку. Также одним из эффективных методов является тот метод, когда людям самим предоставляется выбор принципа организации обучения (групповой, парный или индивидуальный формат обучения) [18].

В последние годы в зарубежных странах все чаще используется концепция Р. Хэвайюрса под названием «успешное старение», «счастлиное старение» – «Happyaging». Основной целью концепции является раскрытие факторов, влияющих на процессы старения, механизмов протекания старости человека. Автор указывает, что люди пожилого возраста являются самым уязвимым и незащищенным слоем общества и требует к себе особого внимания со стороны системы здравоохранения, также упоминает про обучение навыкам информационной грамотности в век информационных технологий [18].

По данным Заворотниго О.О. и соавторов известно, что целью проводимого исследования, было изучить функционирование школ здоровья и показать их значимость в просветительской работе населения для предотвращения развития неинфекционных заболеваний. На поликлиническом уровне повышение уровня медицинской грамотности может быть представлено только посредством функционирования школ здоровья. По термином «школа здоровья» понимается – группа методов воздействия медицинскими работниками на пациентов с целью повышения знаний, информированности и отработки практических навыков. Т.к. неинфекционные заболевания хронического характера имеют схожие факторы риска, можно использовать методики работы в группах и индивидуально. Также использовать методы устной и письменной пропаганды. Школы здоровья не имеют а собой целью обязывать пациента каким-то действиям, пациент вправе сам решать добровольно, проводить ли ему профилактические мероприятия по отношению к своему здоровью или нет. Организация на поликлиническом уровне школ здоровья несет за собой такие проблемы, как: 1) обучение медицинского персонала определенным педагогическим навыкам, 2) медицинский персонал должен знать все о заболевании, лечении и профилактике, 3) школы здоровья должны относиться к профилактическим услугам, 4) помещение для проведения занятий, 5) пациент должен быть расположен к обучению. Школам здоровья рекомендуется использовать концепцию PDCA, или «цикл Деминга–Шухарта», смысл которой заключается в планировании занятий, выполнении поставленного плана, контроля на проверку усвоения и воздействия, т.е. коррекции дальнейших действий пациентов. Цикл Деминга–Шухарта прост в использовании и предполагает индивидуальный подход к каждому пациенту. Такая методика подвергает самого пациента к переосмыслению своего образа жизни, а также уделять должное внимание профилактическим мероприятиям. На сегодняшний день имеется мало школ здоровья по конкретным

заболеваниям, одними из самых распространенных являются «Школа сердечно-сосудистых заболеваний», Школа сахарного диабета», «Школа матери и ребенка» и др. Увеличение количества школ здоровья приведет к улучшению качества здоровья населения [26].

Таким образом, повышение уровня медицинской грамотности населения является важной проблемой государственного характера, решение которой требует комплексного подхода. Решение данной проблемы предусматривается путем роста общего уровня образования населения, обучения медработников коммуникативным навыкам общения с пациентами. Отдельно можно выделить перспективы повышения уровня медицинской грамотности используя интернет и социальные сети [20].

Одной из причин смертности населения в Европейских странах являются неинфекционные заболевания. Достаточный уровень медицинской грамотности важен для профилактики неинфекционных заболеваний, факторами риска которых являются, например гиподинамия или гипертония, вредные привычки, неправильное питание. Установлено, что в Европе с уровнем медицинской грамотности тесно связан фактор физической активности: чем выше уровень медицинской грамотности, тем ниже гиподинамия [44].

По статистике Национального института исследований сердца, легких и крови (National Heart, Lung and Blood Institute), каждый год от ССЗ умирают почти 815 тыс. американцев, от инсульта – 250 тыс. По подсчетам Американской ассоциации сердца, на лечение этих заболеваний ежегодно из экономики США тратится 420 млрд. долларов[30].

В Европейских странах насчитывается свыше 4,3 млн. смертей (48% всех смертей) и более 2,0 млн. смертей приходится на болезни системы кровообращения (БСК), которые регистрируются в 27 странах Европейского союза (42%) [31]. Более 800 000 человек умирают в возрасте старше 63 лет, в том числе около 230 000 из них – в развитых Европейских странах. Выявлено, что у каждого пятого европейца исходом смерти является сердечно-сосудистые заболевания, от которых ежегодно умирают 15% женщин и 16% мужчин [32]. Самые низкие показатели смертности отмечаются в таких странах как Португалия, Испания, Франция, Италия, Нидерланды и Швейцария [32].

Кардиоваскулярные заболевания, особенно ИБС, пороки сердца, становятся эпидемически значимыми и для таких стран как Индия и Япония, Китай, менее значимыми для стран Латинской Америки [33, 34]. Структура болезней системы кровообращения (БСК) различается в зависимости от стран, если в Индии смертность от мозгового инсульта (МИ) не превышала таковую от ИБС, то в Китае наблюдалась противоположная ситуация. В Индии, где проживает почти 1/6 часть населения всего мира, уровень заболеваемости ИБС составляет 17% от общего числа смертей и 26% смертей среди взрослого населения в 2001-2003 гг., а также до 23% от общего числа смертей и 32% смертей среди взрослого населения в 2010-2013 гг. Исследователи сообщают,

что распространенность болезней системы кровообращения в течение последних 60 лет выросла почти в 10 раз [34].

По данным Цаликовой А.А., ССЗ занимают первое место по уровню смертности в Российской Федерации. Основными задачами для снижения уровня смертности является профилактика и поиск факторов риска развития ССЗ. Выделяют несколько факторов риска: устранимые (вредные привычки, стресс, ожирение) и не устранимые (пол, наследственность, возраст) [27]. ССЗ с каждым годом все молодеют, особенно для возрастной категории 30-50 лет, где население не придает значения профилактическим мерам и своевременному лечению. Было проведено исследование по измерению артериального давления и анкетирование по наличию вредных привычек, в котором принимало участие 1000 человек в возрасте от 20-75 лет. Из них женщин - 673, мужчин - 327. Из обследуемых лица в возрасте от 20 до 39 лет составляли 11 %, от 40 до 59 лет - 68 %, от 60 до 75 лет - 21 %. В результате исследования повышенное давление было выявлено у 381 человек, причем 252 из них –мужчины. В 96 % случаев отмечалось сочетание повышенного артериального давления с факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний. Наиболее распространено сочетание повышенного артериального давления с низкой физической активностью (36 %), курением (31 %), ожирением (21 %). 57 % лиц с повышенным артериальным давлением не информированы о цифрах своего артериального давления[27].

По данным проведенного анализа и исследования Лавриенко А.В., отмечается что смертность от ССЗ за последние 12 лет у женщин повысилась на 14%. Основной целью является поиск дополнительных факторов, которые влияют на развитие заболеваний сердечно-сосудистой системы. В исследовании сравнивались 2 группы людей: 55 человек амбулаторных больных и 50 здоровых людей. По результатам исследования имеются следующие данные: ожирение наблюдалось у 48,2% женщин, у мужчин преобладала избыточная масса тела в 57,2% случаев. Курение у 89,3% мужчин и 48,1% женщин. Артериальная гипертензия определялась у 71,4% мужчин и 77,8% женщин. У женщин с ССЗ выявилась зависимость между повышенным АД, ожирением, курением, стрессом. У мужчин факторами риска преобладали артериальная гипертензия, курение,употребление алкоголя, снижение полового влечения, стресс [16].

По данным анализа литературный источников, Волчкова Н.С. и соавторы отмечают, что в России в последние годы отмечается увеличение смертности от ССЗ, у мужчин этот показатель вырос с 53% до 61%, у женщин с 61% до 70%. Основными причинами смертности являются инфаркт миокарда и ишемическая болезнь сердца. Следует проводить профилактические мероприятия, которые должны быть направлены на повышение уровня медицинской грамотности населения. В проведении профилактических мероприятий особое внимание следует уделять лиц с наследственной предрасположенностью к ССЗ [24].

По данным анализа Нейфельд И.В. можно судить, что в России смертность от сердечно-сосудистых заболеваний составляет у женщин 63% и у мужчин 52%, в соотношении 5/1 в возрасте 35-45 лет и 5/1,5 в возрасте старше

75 лет. У мужчин заболевания сердечно-сосудистой системы развиваются на 10 лет раньше, чем у женщин. Актуальным вопросом на сегодняшний день является раннее предупреждение риска развития сердечно-сосудистых заболеваний у мужчин и женщин. У женщин особенно велик риск развития ССЗ, т.к. имеются предрасполагающие факторы риска, такие как климакс, ожирение, гипозэстрогения, гормональная недостаточность, ранняя менопауза [15].

Почти у 80% пациентов с сердечной недостаточностью были обнаружены когнитивные нарушения, которые могут привести к нарушению самообслуживания, высокому риску смертности [97].

Авторы отмечают, что медицинская грамотность также связана с худшими результатами после ишемической болезни сердца. У 1967 пациентов, что составило 60,9%, ограниченная медицинская грамотность была связана со снижением приверженности к лечению перед госпитализацией. Медицинская грамотность также была связана с повторной госпитализацией по этому же заболеванию [77].

В России уровень распространенности артериальной гипертензии (АГ) составляют 20-36% у мужчин и 28-40% у женщин.

В Кыргызстане первичная артериальная гипертензия (АГ) наблюдается в возрасте 18-65. Одной из причин АГ отмечают низкий уровень медицинской грамотности людей о риске высокого артериального давления [36].

Артериальная гипертензия – распространённая причина развития ССЗ в мире. Самые высокие показатели смертности от болезней системы кровообращения наблюдаются в России – 829 человек на 100 тыс. населения, далее в странах Европы этот показатель составляет 214 человек на 100 тыс. населения, в США – 315 человек на 100 тыс. населения. Лечение АГ начинается именно с амбулаторно-поликлинического уровня, где чаще всего и распознается. В исследовании Крюкова Н.Н. была разработана концепция помощи пациентам с АГ. Она включала в себя следующие этапы: 1- комплексный подход лечения пациентов с АГ, 2- разработка индивидуальных этапов лечения для пациентов с АГ, 3- выявление промежуточных показателей, 4- создание мультибригады и командной работы пациента и медицинского работника, 5- создание мотивации лечения для пациента. Для выявления лиц с АГ на поликлиническом уровне внедрялись анкеты, которые проходили все лица. Важным этапом для борьбы с АГ было создание «Школы артериальной гипертензии», где проходило обучение пациентов. Под наблюдением находилось 654 пациента с различной стадией АГ. Использование разработанной программы позволило достигнуть нормального уровня АД у 92,4% больных с мягкой гипертензией, у 78,4% больных со средней гипертензией и 31% у людей с высокой гипертензией [68].

Была изучена связь между санитарной грамотностью и гипертензией. Проведено поперечное исследование с привлечением 402 пациентов нескольких рас. Исследование показало, что 55% лиц с недостаточным уровнем медицинской грамотности не смогли определить артериальное давление

160/100 как ненормальное. В городских амбулаториях люди с низкой медицинской грамотностью имели в 1,8-2,7 раз больше риск невыполнения рекомендаций медицинских работников [76]. Исследование с участием 68 человек, которые имели низкий уровень медицинской грамотности, показало, что вспомогательные средства, такие как карточки, иллюстрации, видео, улучшают восприятие и понимание медицинской информации [75].

По данным ВОЗ, гипертония является глобальной проблемой для всего мира. Статистика показывает, что в 2010 г. число распространённости гипертонии достигло 1,3 миллиарда человек, по прогнозам к 2025 году эта цифра вырастет до 1,56 миллиарда [92].

В Китае основную часть хронических заболеваний составляют заболевания сердечно-сосудистой системы, особенно часть люди страдают гипертонией. Темп развития ССЗ более высок в районах сельской местности, чем в городах. Для проведения исследования был выбран сельский район Цяньцзян, Чунцин, исследование было перекрестным. Проводилось анкетирование SF-36, утвержденное ВОЗ для изучения HRQL у пациентов с артериальной гипертензией, использовалась краткая версия из 36 вопросов. Все участники были в возрасте старше 35 лет, а анамнезе имели АГ не менее 6 месяцев после регистрации заболевания. Случайным образом было отобрано 1000 пациентов. Заполнило анкету 986 человек, из которых 882 человека соответствовали требованиям исследования. Средний возраст опрошенных составлял 65,87 лет. 80% имели низкий уровень образования. По гендерному признаку: 43,9% мужчин и 56,1% женщин. 56,3% пациентов получили от 12 до 15 баллов по медицинской грамотности. Авторы отмечают, что с увеличением возраста снижался уровень медицинской грамотности. Результаты исследования не совпадают с другими исследованиями этого направления. Причиной этому может служить различные подходы в концепциях здоровья и культурах разных стран [107].

Чтобы предотвратить распространение появления гипертонии у населения, нужно менять изменять факторы риска, такие как вредные привычки, употребление нездоровой пищи, отсутствие физической активности [112]. Около 50% пациентов с неконтролируемым АД чаще подвергаются осложнениям в виде ИМ, инсульта, смерти [113]. Целью исследования Saber Gaffari-fam и соавторов было изучить текущую ситуацию медицинской грамотности у населения Ирана старше 30 лет, которые страдают гипертонией. Количество участников перекрестного исследования составило 210 человек. Для оценки уровня медицинской грамотности применялся опросник HL, а также инструмент для оценки образа жизни. По результатам исследования средний возраст участников составлял 56,7 лет. Показатели образа жизни и медицинской грамотности у женщин были ниже. Участники с высоким уровнем образования имели более высокий уровень медицинской грамотности. Авторы отмечают важность соблюдения ЗОЖ и повышение медицинской грамотности [111].

По данным Aghaei Meybodî HR 26,21% здорового населения Ирана имеют признаки артериальной гипертензии, АГ является одним из основных заболеваний в Иране. АГ протекает бессимптомно и переходит в хроническую форму [117]. Целью исследования Fateme Chajaei и соавторов было оценить взаимосвязь между уровнем медицинской грамотности и знаниями о гипертензии населения Ирана. Количество участников составило 700 человек. 78% участников – городское население, 22% - сельское население. Участники заполняли три анкеты: 1- паспортная часть, 2- опросник по медицинской грамотности HELIA, 3 – шкала уровня знаний об АГ. Средний возраст участников – 60,58 лет. По результатам исследования отмечена корреляция между медицинской грамотностью и возрастом, знаниями. Среднее значение уровня медицинской грамотности было 53,4. Средний балл шкалы знаний об АГ составил 80. АД жителей сельской местности было ниже, чем у городского населения. 75,5% опрошенных имели низкий уровень медицинской грамотности [116].

Исследование Ahmad Johari Naimi было направлено на оценку взаимосвязи медицинской грамотности и качеством жизни пациентов с АГ в Иране. Количество участников было 400 пациентов с АГ. Применялись инструменты оценки демографических показателей (SF-36), медицинской грамотности для взрослых Ирана (HELIA). Среднее значение показателей медицинской грамотности составили - 68,66. Отмечена положительная корреляция между медицинской грамотностью и качеством жизни [126].

Во всем мире отмечается превышение потребления соли по данным ВОЗ, что в последствии приводит к развитию ССЗ. Оценка медицинской грамотности населения в этой области позволит разработать мероприятия, направленные на неправильное представление о питании и его корректировку. Исследование было направлено на оценку медицинской грамотности по Китайской шкале CHLSalt-НК для населения Гонконга, состоящего из 49 пунктов. Опросник охватывал знания о потреблении соли, знания о болезнях, знания о диетах и оценку функциональной грамотности. Количество участников составило 603 человека. Средний балл участников, которые обладали знаниями о потреблении соли был выше на 3,928 балла. Утвержденный опросник CHLSalt-НК подходил по критериям адекватной валидности содержания, имел приемлемую внутреннюю согласованность, а также надежность повторного опроса [127].

Заболеваемость сердечной недостаточности с каждым годом растет и является поводом для госпитализации пожилых людей старше 65 лет. Целью исследования Jia-Rong Wu и др. было показать взаимосвязь между возрастом и медицинской грамотностью в отношении сердечно-сосудистых заболеваний. Отмечается, что старость связана с низким уровнем медицинской грамотности, что в свою очередь связана со здоровьем каждого отдельного человека. Проводилось рандомизированное контролируемое исследование с участием 575 пациентов сельского населения с сердечной недостаточностью. Средний возраст пациентов составил 66 лет. Средний балл медицинской грамотности составил 25,6. 36% опрошенных имели низкий уровень медицинской

грамотности. В выводах авторы отмечают, что мероприятия, направленные на улучшение здоровья пожилых людей с сердечной недостаточностью, должны учитывать уровень медицинской грамотности пациентов [95].

Целью исследования Claudia Diederichs и др. было оценить связь между медицинской грамотностью и сердечно-сосудистыми заболеваниями. Данные брались из общенационального популяционного опроса GEDA 2014/2015-EHIS. Количество участников составило 15000 человек старше 40 лет. Опросник состоял из 16 пунктов, вариантами ответов на которые были «очень легко», «довольно легко», «довольно сложно», «очень сложно». Категории распределялись следующим образом: «достаточный уровень медицинской грамотности» (13–16 баллов), «проблемный уровень медицинской грамотности» (9–12 баллов) или «неадекватный уровень медицинской грамотности» (0–8 баллов). По результатам исследования выявилось, что уровень медицинской грамотности снижался с возрастом. 41,8% мужчин и 46,7% женщин с ССЗ имели «проблемный уровень медицинской грамотности», «неадекватная медицинская грамотность» была связана с частыми госпитализациями, частными походами к лечащему врачу. Авторы отмечают, что существует потребность в улучшении коммуникации и контакта между пациентом и врачом [94].

Целью исследования Sajedah Malekzadeh и соавторов является оценка уровня медицинской грамотности пациентов с ССЗ, госпитализированных в больницы г. Керман. Количество участников составило 200 человек. Пациенты заполняли анкету, состоящую из 3 частей: 1 часть – паспортно-демографическая, 2 часть – выбор правильных медицинских утверждений, 3 часть – умение прочесть и понять предоставляемый медицинский текст. По результатам исследования 55% составляли мужчины, 45% – женщины. 10% пациентов образовательных больниц, 48% пациентов частных больниц имеют адекватную медицинскую грамотность. Авторы отмечают неосведомленность медицинского персонала о проблеме повышения уровня медицинской грамотности пациентов с ССЗ [104].

Целью исследования Anna Aaby и соавторов было изучить связь между медицинской грамотностью и поведением в отношении здоровья с заболеваниями ССС. Опрос проводился в Дании, проводилась случайная выборка в количестве 46354 человек в возрасте старше 25 лет. Всего в опроснике приняло участие 63,3% от всей выборки. Для исследования использовалась анкета HLQ. Состояние здоровья измерялось с помощью SF-12. Средний возраст участников составил 64,3 года, большинство было мужчин. 37,3% имели низкий уровень образования. Средний балл по шкале оценки медицинской грамотности составил 2,92. Авторы отмечают необходимость проведения такого рода исследования, тем самым смягчая последствия сердечно-сосудистых заболеваний [99].

В исследовании Marija Jovanić и соавторов изучался вопрос медицинской грамотности населения с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Всего принимало участие 200 пациентов государственной университетской больницы

Белграда, в Сербии. Для оценки медицинской грамотности использовался вопросник HLS-EU-Q47. В результате исследования были получены следующие данные: больше половины участников (64%) имели низкий уровень медицинской грамотности. Ограниченная медицинская грамотность также выявилась в вопросах профилактики (70% участников ответили неверно). Лучшие показатели качества жизни были получены в эмоциональной роли и социальном функционировании. Результаты исследования показали корреляцию между медицинской грамотностью и качеством жизни пациентов с сердечной недостаточностью [89].

Частота заболеваемости ССЗ среди латиноамериканцев значительно стала повышаться и нуждается в особом внимании. Целью исследования Francisco Soto и соавторов является изучение влияния программы санитарной грамотности на население с ССЗ, говорящее на испанском языке. В исследовании применялся опросник по сердечно-сосудистому здоровью (CSC) на испанском языке, а также тест TOFHLA. В исследовании приняло участие 155 человек. Показатели TOF-HLA ($P = 0,012$). Авторы отмечают о необходимости проведения мероприятий по повышению уровня медицинской грамотности латиноамериканцев, а также важность пропаганды скринингов [103].

По данным Амлаева К.Р., целью проведенного исследования было изучить факторы риска неинфекционных заболеваний кардиохирургического профиля и также рассмотреть вопросы касательно уровня медицинской грамотности населения данного направления. Для исследования было привлечено 200 пациентов кардиохирургического профиля, которые находились год на лечении в РГБУ «Карачаево-Черкесская республиканская больница», и 200 человек для контрольной группы, которые были здоровыми и не состояли на учете у терапевта и кардиолога. Возраст пациентов кардиохирургического профиля (ПКХП) составлял 40-65 лет, возраст контрольной группы был идентичен. Для исследования составлялась анкета, которая состояла из вопросов о физической активности, вредных привычках, образу жизни. Результатами исследования явилось недостаточное разъяснение пациентам вопросов касательно профилактики сердечно-сосудистых заболеваний, в том числе ИБС, отсутствие рекомендаций по коррекции веса, образа жизни. Также было выявлено, что вредные привычки чаще встречались у группы ПКХП [19].

По данным Sarah S. Richtering и соавторов говорится, что ранее не проводилось исследований с использованием шкал для населения с ССЗ. Целью исследования было изучение шкалы санитарной грамотности с использованием анализа Раша и eHEALS. Количество участников было 397 человек. Участники были набраны через ПМСП Австралии, должны быть старше 18 лет. 3/4 опрошенных составляли мужчины, средний возраст которых составлял 66,3 года. Средний балл для eHEALS был 27,1, 3,03 для шкалы HLQ. Авторы отмечают, что система eHEALS согласуется с моделью Раша. Предыдущие

исследования в области санитарной грамотности с ССЗ подтвердили одномерность с eHEALS [100].

Исследование Misty A.W. и др. было направлено на изучение когнитивных функций при сердечной недостаточности. Количество участников было 372 человека. Критериями включения были: возраст 50-85 лет, диагноз ССЗ в течение 36 месяцев. Медицинская грамотность оценивалась с помощью теста на знание медицинских терминов. Когнитивная функция была оценена с помощью 3MS - Модифицированного краткого исследования психического статуса. Знания о ССЗ оценивались с помощью Шкалы знаний о сердечной недостаточности. По результатам проведенного исследования были получены следующие результаты: в функциональном тесте на знание медицинских терминов 27,9% участников показали плохой результат, в тесте по оценке когнитивных функций 34,5% участников имели нарушение работоспособности. Авторы отметили, что и когнитивная функция и уровень медицинской грамотности влияет на развитие ССЗ [98].

По словам Verna B. McKennam и др., основной упор при изучении медицинской грамотности был на изучение измерений, но не учитывался фактор оценки коммуникативных навыков медицинских работников. В исследовании Verna B. McKennam и др. используют качественную модель HLS-EU, которая рассчитана на изучение опыта отдельных лиц. Данная модель основывается на доступе, понимании, оценке и применении медицинской информации. Изучение медицинской грамотности по модели HLS-EU предполагает 3 этапа, проводилось в Ирландии. Цель первого этапа – это описание индивидуального опыта доступа, понимания, оценке и применении медицинской информации. Исследование проводилось в форме интервью. Выборка была сделана из лиц, посещающих 12-недельную программу снижения сердечно-сосудистого риска. Показатели общей медицинской грамотности указали на высокий уровень ограниченной медицинской грамотности по выборке - 65% с меньшей долей, имеющей адекватный уровень медицинской грамотности (35%). Участники выделили трудность применения полученной медицинской информации на практике. При подборе медицинской информации участники пользуются Интернетом, брошюрами, газетами, помощью врачей и фармацевтов. Отмечалось умение участников различать сайты с достоверной медицинской информацией. Трудности при понимании медицинской информации проявлялись в эмоциональном шоке от принятия поставленного диагноза [90].

Согласно данным о смертности от неинфекционных заболеваний известно, что основным фактором риска является несоблюдение правил здорового образа жизни [64].

На сегодняшний день программы, которые направлены на повышение уровня медицинской грамотности людей с сердечно-сосудистыми заболеваниями, сосредоточены на контроле приема лекарственных средств, профилактических мероприятий, соблюдением диеты, контроль посещения лечащего врача и т.д. AHRQ Universal Precautions Toolkit for Health Literacy

представляет программу, цель которой состоит в обучении, подходу к лечению и проведении профилактики, т.е. в повышении уровня медицинской грамотности. Разработанный инструментарий состоит из 21-шагового подхода по повышению уровня медицинской грамотности, который включает примеры первичной и вторичной профилактики ССЗ [75].

Американская ассоциация сердца (АНА) 2020 Impact ставит перед собой цели улучшить уровень сердечно-сосудистых заболеваний для всех американцев, через повышение уровня медицинской грамотности. Это заявление преследует за собой 5 основных целей: 1) информирование медицинских работников о низком уровне медицинской грамотности среди населения, 2) подчеркивается важность медицинской грамотности для лечения и профилактики ССЗ, 3) использование дальнейших стратегий для профилактики ССЗ, 4) определить взаимосвязь медицинской грамотности со значимыми показателями здоровья. В настоящее время доказано, что медицинская грамотность связана не только с навыками счета, чтения и письма, а включает в себя социальные сети, навыки общения, владение технологиями. Заключительным результатом анализа выявилось о 11 фундаментальных взаимосвязанных навыков, которые характеризуют понятие медицинской грамотности. Это навыки: грамотности, взаимодействия, понимания, умения читать, поиск информации, применение информации, принятие решений, оценка информации, ответственность, уверенность и навигация. В центре санитарной грамотности Бостонского университета создана база данных о показателях уровня медицинской грамотности населения. В базе имеется 125 инструментов для оценки медицинской грамотности по разным направлениям [75].

Осведомленность граждан остается низкой, а соответственно риск развития ССЗ высок. Одним из выходов снижения уровня заболеваемости и смертности от ССЗ – это изменение образа жизни каждого человека[27].

Медицинскую грамотность и просвещение в этом направлении целесообразно проводить в раннем детском возрасте. Целью настоящего исследования Gülay Yilmazel было оценить уровень медицинской грамотности о знаниях гипертонии учителей начальных школ в г. Чорум, Турция. Первичный отбор составлял 580 преподавателей, опросник заполнили 86,2% учителей начальных школ. Для исследования использовались шкала NVS и концептуальный тест артериального давления (ВРСТ), тест REALM. По результатам исследования 66,4% составляли мужчины, 33,6% - женщины. Средний возраст был 42,91 лет. Среднее значение баллов по шкале NVS составило 2,12. 44% имели низкую ограниченную медицинскую грамотность, 26,2% - недостаточный уровень медицинской грамотности. Среди лиц, у которых была АГ, уровень адекватной медицинской грамотности составлял лишь 28,3%. Учителя без гипертонии имели более низкие знания о болезни, чем учителя с гипертонией. Авторы отмечают о важности усиления проведения скринингов на выявление АГ, а также организация обучения персонала ПМСП лечению и профилактике АГ [118].

Исследование Habibolah Khazaei и соавторов проводилось для создания инструментов оценки пациентов с заболеваниями сердца. Использовались шкала сердечного риска (PHRS) и шкала медицинской грамотности для пациентов с ССЗ (NHLS). Исследование проводилось в провинции Керманшах, Иран. Выборка составила 771 человек. По результатам исследования было отмечено о стабильности и приемлемости альфы Кронбаха. Авторы отмечают о надежности применения данных анкет на практике.

В исследовании Sue Crengle и др. изучался вопрос оценки влияния структурированной программы медицинской грамотности о лечении ССЗ на знания лекарств среди коренного населения Австралии, Канады и Новой Зеландии. Участие принимали коренные жители старше 20 лет, у которых был клинический диагноз ССЗ. Основными критериями оценки были знания пациентов о лекарствах от ССЗ (статины, бета-блокаторы, ингибиторы АПФ, аспирин). Также оценивались навыки и практика медицинской грамотности. Для проведения оценки использовалось интерактивное планшетное приложение. Всего количество участников составило 171 человек в 1 сессии, 166 человек во 2 сессии, 160 человек в 3 сессии. Результат исследования показал, что базовые знания были низкими. Недостаточные знания о лекарственных средствах от ССЗ связаны с прерывистым приемом лекарств или несоблюдением приема [85].

Целью исследования Xavier Debussche было оценить практическую значимость опросника HLQ. В опроснике принимало участие население Парижа и его пригородов, Франция. Всего участников было 198 человек. Средний возраст составлял 66 лет. 76,6% женщин. Данная выборка участников имела высокий уровень образования – 61,1% людей с высшим образованием. Авторы отмечают, что использование результатов опросника людей с риском ССЗ может служить руководством для действий в области здравоохранения Франции [115].

Целью исследования Jacqueline R. Halladay и соавторов было оценить влияние медицинской грамотности на улучшение АД в исследовании Heart Healthy Lenoir на население сельских районов Восточной Северной Каролины, США. Количество участников составило 525 человек. Критериями включения были: АД выше 150 мм. рт. ст. Обученные люди звонили 1 раз в месяц участникам и проводили тренинги длительностью 15-20 минут. Целью тренингов было обучение измерению АД, постановке правильных целей лечения. Медицинская грамотность измерялась с помощью STOFHLA, 23% получили оценку ≤ 22 (низкий уровень медицинской грамотности). Средний возраст участников – 57 лет. Среднее АД -138,2 мм. рт. ст., среднее ИМТ – 36,2. Через 12 месяцев после мониторинга участников АД снизилось на 5,6 мм. рт. ст. Авторы отмечают рост заинтересованности людей с низкой медицинской грамотностью в обучении и получении знаний о гипертонии, что в дальнейшем улучшило показатели участников. Успех проведенного исследования напрямую связан с проведением многоуровневым подходом [114].

В исследовании Демкиной А.Е., посвященном изучению программы по профилактике ССЗ посредством использования сети Инстаграм, было выяснено, что данного рода приложения пригодны для проведения образовательных программ, которые направлены на повышение уровня медицинской грамотности в вопросах профилактики ССЗ[13].

Пациенты с ИБС подвержены риску рецидивов. Поэтому постоянная профилактика может снизить этот риск. Однако нет вероятности адекватного проведения профилактических мероприятий без знаний об уровне медицинской грамотности пациента [102]. Целью исследования Т. М. van Schaik и соавторов являлось изучить представления пациентов с ИБС о медицинской грамотности в отношении своего здоровья. Применялась шкала оценки риска ССЗ – SCORE. Медицинская грамотность оценивалась в течение 12 месяцев в виде интервью. Участие принимали 201 пациент из 296 отобранных изначально. Средний возраст пациентов – 56 лет. 18% имели недостаточный навык чтения, 52% имели трудности в понимании и применении медицинской информации [101].

1.2 Роль и значение медицинской грамотности в профилактике заболеваний сердечно-сосудистой системы

В современном обществе медицинское образование одинаково доступно для всех независимо от социального статуса, возраста, пола и вероисповедания. Современная практика свидетельствует о том, что в люди предпочитают быть скорее здоровыми, нежели больными, но на практике ресурсы направленные на улучшения качества здоровья распределяются для каждого гражданина неравномерно, вследствие чего шансы получить эффективную медицинскую

помощь, сохранить хорошее здоровье и прожить долгую жизнь зависят от классового статуса, материального положения, социальной роли в семье [1].

Так, в 2013 году, по инициативе Азиатской Ассоциации по грамотности в вопросах здоровья (Тайвань), Казахстан был включен в международное популяционное поперечное исследование по изучению грамотности в вопросах здоровья (Health Literacy Survey -Asia), охватившее 6 стран (Индонезия, Казахстан, Малайзия, Мьянма, Тайвань и Вьетнам). Данное исследование было проведено как продолжение программы “Европейское обследование санитарной грамотности населения” (European Health literacy Survey (HLS EU), 2009-2012) с целью оценки пригодности анкеты, разработанной в рамках программы, для опроса населения в странах, которые приняли участие в исследовании. Изначально грамотность в вопросах здоровья предполагала лишь умение читать и понимать медицинскую информацию, затем этим термином стали обозначать способности, связанные с умением принимать решения относительно своего здоровья. Проработав множество моментов, исследователи пришли к мнению, что уровень грамотности в вопросах здоровья предполагает компетентность пациентов в нахождении, понимании, оценке и применении информации в сфере лечения, профилактики и укрепления здоровья. И выводом является то, что достаточная грамотность в вопросах здоровья позволяет самостоятельно проводить самопомощь, уменьшая риск ухудшения заболевания или его раннее предотвращение, как следствие, в дальнейшем лучшие исходы лечения[2].

По данным анализа Турдалиевой Б.С., Европейским Консорциумом в рамках Европейского Обзора «Медико-санитарная грамотность» была разработана концептуальная модель, состоящая из 12 компетенций медико-санитарной грамотности. Каждая из компетенций отвечает за понимание, доступ, оценки и применение предоставляемой медицинской информации. Медицинская грамотность непосредственно влияет на расходы здравоохранения и качество здоровья населения. Повышение уровня медицинской грамотности положительно влияет на поведение человека в быту, на работе, в общении, а также приобретения навыка самостоятельности в профилактических мерах [9]. В 90-х гг. 20 века свое развитие получило печатный вид оценки медицинской грамотности. Одними из примеров наиболее часто используемых методов, описанных в англоязычной литературе: Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine [REALM; Davis et al., 1993] and the Test of Functional Health Literacy in Adults [TOFHLA; Parker et al., 1995] [9].

По данным Амлаева К., выделяют три вида медицинской грамотности: функциональный, интерактивный и критический. Функциональный вид – самый низкий уровень и предполагает навыки чтения, понимания, обсуждения медицинской информации. Интерактивный вид – это обсуждение и принятие решения относительно своего здоровья вместе с медицинской сестрой или с врачом. Критический вид позволяет человеку самостоятельно контролировать состояние своего здоровья и принимать необходимые меры в случае отклонения (повышение давления, формировать свое питание, менять образ

жизни). Авторы научных публикаций отмечают, что низкий уровень медицинской грамотности населения часто ассоциируется с неравным доступом к медицинскому обслуживанию, поэтому у людей с низким уровнем медицинской грамотности состояние здоровья обычно хуже, а риск госпитализации выше [17].

В исследовании А.М. Арингазиной, Д.А. Айнакулова, Ю.Б. Камхена, Е.Л. Хегай был изучен уровень медицинской грамотности населения Казахстана по различным параметрам, основными из которых были: медицинская грамотность в сфере лечения, в сфере профилактики и в сфере укрепления здоровья. Среди изучаемых регионов ограничение грамотности наблюдается примерно у 2/3 участников исследования из Атырау, Актобе и Костаная, более половины респондентов из Усть-Каменогорска и менее половины опрошенных из Алматы. Исследование также показало, что респондентам легче находить информацию, но труднее ее осмыслить и правильно применить по отношению к своему здоровью. Основная доля мужчин в сфере лечения, профилактики и укрепления здоровья демонстрирует недостаточный уровень медицинской грамотности, а основная доля женщин – достаточный. Статистически определена зависимость уровня развития умений работать с информацией и социального статуса. Также уровень развития способностей оперировать информацией зависит от уровня образования. Следует отметить, что достаточный уровень грамотности в вопросах здоровья наблюдается у респондентов с высшим образованием. В остальных категориях уровень грамотности в вопросах здоровья недостаточный. По результатам исследования, проведенного в 6 городах Казахстана, имеется существенная потребность в проведении такого рода исследований, кроме того, принятии решения в пользу разработки программ по повышению уровня медицинской грамотности населения[2].

В Казахстане мало что известно о медицинской грамотности и до сегодняшнего времени не применяются инструменты ее измерения, которые утверждены на международном уровне. Исследование Gaukhar Кауирова и др. проводилось в г. Алматы и направлено на изучение уровня медицинской грамотности населения, посещавших ПМСП. Критериями включения были: возраст старше 18 лет, посещение амбулаторных поликлиник г. Алматы. Использовалась анкета-инструмент HLS-EU-Q47. Целевой показатель составлял 1000 человек, всего участие приняло 998 человек. Средний возраст женщин составил 41,8 лет, мужчин – 44,7 лет. В результатах исследования 49,0% оценили социальный статус как средний и высокий, 62,5% - некурящие, общая санитарная грамотность составила 34,0 для мужчин и 33,5 для женщин. Из всех участников 15,5% имели неадекватный уровень медицинской грамотности, проблемный – 30%, 31,6% - достаточный, 18,5%- отличный. Результаты исследования были к результатам, полученным в Греции и Ирландии. Была определена связь между медицинской грамотностью и возрастом у мужчин. Отмечено увеличение показателей HL с возрастом, а также наличие или отсутствие высшего образования не влияет на показатели

медицинской грамотности. Низкая медицинская грамотность была связана с наличием хронических заболеваний. Авторы отмечают, что уровень медицинской грамотности в г. Алматы был отмечен как «пограничный» и требует дальнейших вмешательств [109].

В исследовании Байсуновой Г.С. и соавторов, посвященном изучению медицинской грамотности, говорится, что ранее в Алматинской области данная тема не изучалась с использованием международного апробированного инструмента – анкеты. Использовалась анкета HLS-EU-Q для оценки уровня медицинской грамотности, а также для выявления факторов влияния на данный показатель. Исследование проводилось путем добровольного анонимного анкетирования. Количество участников составляло 1000 человек. Взаимосвязь между возрастом и медицинской грамотностью была выявлена только у мужчин. Также была найдена взаимосвязь между уровнем медицинской грамотности и уровнем образования. Люди со средним уровнем образования показали низкий уровень медицинской грамотности, чем, нежели люди с высшим образованием. Уровень медицинской грамотности у людей, не имеющих длительного заболевания, был выше, чем у людей, которые в анамнезе имели несколько длительных заболеваний. Отмечена зависимость между физической активностью респондентов и уровнем GHQ, люди занимающиеся физической активностью 1-2 раза в неделю имели более высокий уровень медицинской грамотности. Взаимосвязь уровня медицинской грамотности с курением была выявлена только у женщин. В выводах исследователи подчеркнули, что изучение медицинской грамотности необходимо проводить для разработки мероприятий по улучшению здоровья населения, а также для повышения уровня медицинской грамотности [12].

Медико-санитарная грамотность напрямую связана с поведением людей: люди с достаточным уровнем медицинской грамотностью адекватно могут оценивать свое здоровье и нести полную ответственность за него. Повышение уровня медицинской грамотности через привитие здорового образа жизни каждому гражданину приведет к общему улучшению показателей здоровья населения [9].

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) остаются наиболее серьёзной проблемой здравоохранения для многих стран мира, в том числе и для Казахстана. По заявлениям ВОЗ, численность населения с сердечно-сосудистыми заболеваниями с каждым годом растёт не только в развивающихся странах, но в развитых тоже. Основными причинами роста заболеваемости являются изменения образа жизни (вредные привычки), изменения демографических показателей (старение населения), а также рост числа неинфекционных заболеваний (НИЗ). Исходя из этого, научное сообщество ищет возможные пути для снижения уровня заболеваемости ССЗ.

По данным исследования Р. Т. Султанбекова, анализ смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в Казахстане, проведенный Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), показал, что коэффициент смертности

населения от сердечно-сосудистых заболеваний в Казахстане в 2 раза выше, чем в Европейских странах [40].

По данным ВОЗ уже к 2030 году в мире может насчитываться 23,6 млн. человек, которые страдают заболеваниями сердечно-сосудистой системы. Поэтому актуальной темой на сегодняшний день выступает ранее предупреждение развития ССЗ. В программе «Денсаулық» на 2016-2020 годы основной задачей является снижение смертность, в том числе от ССЗ. Согласно данным программы «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы ведущее место по количеству смертности занимают сердечно-сосудистые заболевания. Каждый год от различных ССЗ умирают более 35000 человек. Показатель впервые выявленных заболеваний сердечно-сосудистой системы вырос на 15%. Рост показателей инфаркта миокарда тоже с каждым годом растет и достигает 30-50% от общего числа ССЗ. В мире ежегодно регистрируется 20 млн. случаев инсульта, в том числе в России 400 тысяч случаев, 700 тысяч случаев в США, в Казахстане 7000 случаев в год. По данным Казахстанской ассоциации по борьбе с инсультом, больше половины пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы являются люди трудоспособного возраста [28].

По мнению ВОЗ, у жителей России и стран бывшего СНГ (Белоруссия, Казахстан, Кыргызстан), в частности у мужчин наблюдается низкая средняя продолжительность жизни, одной из причин от сердечно-сосудистых заболеваний. Болезни системы кровообращения являются причиной смерти в РФ в 56,9% случаев [35].

В Казахстане также наблюдается рост заболеваемости сердечно-сосудистой системы. Причинами роста заболеваемости являются, с одной стороны, проведение скринингов, а с другой стороны, наблюдается низкий уровень информированности населения в вопросах профилактики сердечно-сосудистых заболеваний [37]. Уровень распространенности заболеваний системы кровообращения за период с 1989 по 2008 г. вырос почти в 10 раз – с 127,5 до 1204,3 случая на 100 тыс. населения. С 1997 по 2009 г. в РК регистрировался рост заболеваемости гипертонией с 1147,89 до 1970,18 на 10 тыс. жителей. Распространенность АГ в Казахстане по различным данным колеблется в пределах 15- 28% [38].

Данные исследований, проводимые К. А. Алихановой показали, что основными заболеваниями взрослого населения являются болезни системы кровообращения, которые проявляются повышением артериального давления (7801,4 случая на 100 тыс. взрослого населения). Ведущей причиной смертности населения и ограничения трудоспособности в Карагандинской области являются БСК. В период 2000-2006 гг. показатель первичной заболеваемости ИБС увеличился в 2 раза – с 236,8 до 469,0 случаев на 100 тыс. населения [39].

На развитие ишемической болезни сердца (ИБС) влияют факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний. К ним относят такие факторы как пол, возраст, наследственность, избыточную массу тела, вредные привычки, артериальную гипертензию. Также факторами обострения любого заболевания,

в том числе ИБС, является несоблюдение рекомендаций медицинских работников и различные стрессы [19].

Анализ заболеваемости сердечно-сосудистой системы в Казахстане проведенный Н. А. Тауболдиновой, показал, что в Жамбылской области с показателем 846,2 случая на 100 тыс. населения регистрируются наиболее высокие уровни распространения, далее идут Северо-Казахстанская область (504,1 случая), Алматинская область (462,2 случая), Южно-Казахстанская область (445,9 случая), Атырауская область (434,0 случая) области. Болезни сосудистого поражения головного мозга чаще встречались у населения Северо-Казахстанской области (305,5 случая), в Жамбылской области (285,4 случая), в Павлодарской области (277,0 случая), в Западно-Казахстанской области (217,5 случая) и в Костанайской области (200,4 случая) областях. Острый инфаркт миокарда регистрировался у населения Северо-Казахстанской области (137,7 случая на 100 тыс. населения), Восточно-Казахстанской области (105,9 случая), Акмолинской области (89,9 случая), Карагандинской области (85,4 случая) и Павлодарской области (58,3 случая) областей. Результаты анализа уровня заболеваемости сердечно-сосудистой системы свидетельствуют о высокой распространённости среди населения Казахстана. По данным литературных источников, можно судить, что заболевания Сердечно-сосудистой системы имеют тенденцию к развитию не только в Казахстане, но и по всему миру. Особенности распространения можно учитывать по региону проживания, социальному статусу, гендерному различию, сопутствующим заболеваниям [41].

В Европе проходил проект «Медико-санитарная грамотность» с 2009-2012 гг. Данный проект показал, что 60% населения Европы страдают недостаточным уровнем медицинской грамотности с сфере здравоохранения, а именно в оценке, понимании и применении медицинской информации [43]. Изучение данной проблемы является актуальной на сегодняшний день. Продолжение изучения медико-санитарной грамотности дополнит и расширит уже имеющиеся знания в этой сфере [9].

По данным исследования Турдиева М.Р. и соавторов, которое проводилось для оценки факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний по шкале SCORE для профилактики ССЗ. Для опроса привлекалось 400 человек в возрасте 40-55 лет. Далее оценивался риск развития ССЗ по шкале SCORE. По результатам исследования было выявлено, что у 74% опрошенных (294 человека) была выявлена низкая физическая активность из-за возникновения неприятных болевых ощущений в области сердца, а также появление одышки. Курение встречалось у 56,5% (226 человек) опрошенных. Артериальная гипертензия у 43,5% (174 человек) опрошенных. Также 84% имели ожирение 1 степени и 38% - ожирение 2 степени. Результаты исследования по шкале SCORE были таковыми: 82% опрошенных – низкий сердечно-сосудистый риск, 9% - низкий сердечно-сосудистый риск, 4% - умеренный риск, 4% - высокий риск и 1% - очень высокий сердечно-сосудистый риск. Со всеми опрошенными была проведена беседа по профилактике заболеваний ССС. Исследователи пришли к

выводу, что использование шкалы SCORE дает возможность предупредить ранее развитие ССЗ, а также предложить индивидуальные меры профилактики для каждой группы сердечно-сосудистого риска [21].

Мерами для повышения уровня медицинской грамотности могут выступать: упрощение медицинской информации, написание ее простым и понятным языком, прислушивание к нуждам пациентов, обучение населения, а также обеспечение медработников методологиями повышения уровня медицинской грамотности. Основными задачами, стоящими перед медицинскими работниками, являются: 1) предоставление качественной медицинской информации населению, 2) повышение качества доступности информации и 3) устранение неравенства представления медицинской помощи [20].

При планировании повышения уровня медицинской грамотности населения стоит учитывать следующее: уделять внимание сначала группам людей с низким уровнем медицинской грамотности, постепенно корректируя знания у группы с высоким уровнем. Также постоянно совершенствовать знания и модернизировать методы ее предоставления населению, учитывать регионы проживания и изучать мнения людей о доступности медицинской помощи в сфере здоровья [20].

При проведении профилактической беседы с пациентами, медицинский работник должен удостовериться в правильном усвоении предоставленной информации. Как это проверить? Усвоенная информация проверяется методом повторения самим пациентами, при этом корректируя сделанные ошибки повторно объясняя материал. Медицинский работник при этом не должен использовать сложную медицинскую терминологию. Это касается для всех групп людей с разным уровнем образования, ведь даже человек с высшим образованием может затрудняться в понимании предоставляемой медицинской информации [20].

По словам Тыналиевой Ш.А. и соавторов, 70% сердечно-сосудистых заболеваний можно предотвратить, корректируя образ жизни, питание, а также проводить мероприятия по профилактике. Солидарная ответственность набирает большую популярность, особенно для профилактики заболеваний сердечно-сосудистой системы. Целью исследования в данной работе было изучить удовлетворенность оказания помощи пациентам с болезнями системы кровообращения. В опросе принимало участие 496 участников, находившихся в терапевтическом отделении. Наибольшую по количеству группу составляли женщины-пенсионеры. Наличие заболеваний БСК у родственников наблюдалось в 11% случаев. Почти все опрошенные страдают БСК более 10 лет. Сопутствующими заболеваниями у 37,3% был сахарный диабет, а в 56,5% случаях – ожирение. 63% опрошенных впервые находились на стационарном лечении. 50% опрошенных имели артериальную гипертензию. На вопрос о приеме лекарственных средств от БСК, 50% принимают в случае необходимости, 30,6% принимают постоянно и 16,1% не принимают никакие препараты. Больше половины опрошенных посещают поликлинику 1 раз в год, когда

необходимо 1 раз в 3-6 месяцев. Основными причинами посещения поликлиники являются измерение АД – 67,7%, диагностические исследования – 64,1%, получение направлений – 50,8%. Основными причинами отказа от посещения являются трудности записи на прием – 24,6% и отрицание наличия заболевания – 28,6%. На вопрос о посещении школ здоровья, 43,1% посещают школы здоровья, 12,9% посещают редко и 19,4% опрошенных не знают о школах здоровья. Исследователи пришли к выводу, что крайне важным является создание мер по повышению уровня медицинской грамотности, укреплению здоровья, а также проведение профилактических мероприятий [22].

Большую роль в повышении медицинской грамотности на сегодняшний день играет Интернет. Почти 80% населения используют интернет в качестве поиска информации, включая медицинскую информацию. Но зачастую из-за огромного количества информации, люди в силу недостаточного уровня медицинской грамотности, совершают ошибку при выборе той или иной медицинской информации. Можно выделить несколько типов пациентов: 1) пациент с достаточным уровнем медицинской грамотности – читает и понимает медицинскую информацию, умеет правильно применять их при соответствующей ситуации, 2) введенный в заблуждение пациент – читает медицинскую информацию, но затрудняется в её отборе, 3) сбитый с толку пациент – читает, не понимает медицинскую информацию, неправильно дает выбор в отборе информации, 4) дезинформированный пациент – применяют на практике недостоверную медицинскую информацию, занимается самолечением [66].

Неблагоприятными последствиями от низкого уровня медицинской грамотности являются нехватка участников в профилактических программах, большее число несчастных случаев, большее число случаев неправильного самолечения, несвоевременный контроль хронических заболеваний [67].

ГЛАВА II. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Объектом исследования являются женщины и мужчины с впервые выявленными заболеваниями сердечно-сосудистой системы. Исследование проводилось на базе КГП «Поликлиники №1» города Балхаш.

Сбор данных проведен с помощью анкеты-опросника. Анкетирование проводилось среди пациентов, с впервые выявленным ССЗ, на приеме в досмотровых, смотровых кабинетах и на приеме у кардиолога.

При разработке анкет были использованы некоторые аспекты анкеты HLS-EU-Q [139], т.к. данная анкета не имела узконаправленных вопросов в области ССЗ была самостоятельно разработана анкета, отвечающая целям и задачам

исследования. На анкету получена рецензия и оформлено авторское свидетельство. В анкету включены значимые половозрастные и социальные показатели, факторы риска ССЗ, аспекты медицинской грамотности, имеющих значение в развитии факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ).

Критерии включения: взрослые женщины и мужчины, которые посещали кабинеты осмотра с первичной постановкой проблем и установленного диагноза ССЗ.

Критерии исключения: женщины и мужчины, с хроническим течением заболевания или рецидивами.

Выборочная совокупность составила – 186 человек. Размер выборочной совокупности определялся по следующей формуле:

$$n = \frac{z^2 \times p \times q}{e^2}$$

Формула 1. Расчет выборки

где:

n – объем выборки;

z – нормированное отклонение, определяемое исходя из выбранного уровня доверительности (при доверительном интервале 95% - 1,96, при доверительном интервале 99% - 2,58);

p – вариация для выборки, в долях (вероятность выбора варианта ответа, например, при предположении количества случаев ответа респондентов в 25%, то p=0,25);

q = (1 – p);

e - допустимая ошибка, в долях (0,1 и 0,5 соответственно, при доверительном интервале 99% и 95%).

Исследование базировалось на характеристиках (пол, возраст, рост, вес), социально-демографических показателях (образование, социальный статус, материальное положение), вопросах медицинской грамотности и информированности по факторам риска ССЗ.

Анкета включала в себя 30 вопросов (Приложение 1):

На основе анкет сформирована база данных в Excel, материалы были сгруппированы и переведены в качественные и количественные переменные. Обработка данных проводилась в IBM SPSS Statistics 26.0.

Для обработки данных рассматривались следующие критерии:

- базовые статистические методы и экстенсивные показатели (нормальность распределения, значение средней и среднего отклонения, минимум и максимум переменные, уровень статистической значимости, стандартное отклонение, дисперсия и доверительный интервал);

- корреляция Спирмена;

- Хи-квадрат Пирсона;

- различие данных двух групп Т-критерий Велча;

- поправка Йетса;

- однофакторный дисперсионный анализ;

- критерий Фишера для определения влияния.

В качестве критерия статистической значимости была выбрана вероятность случайной ошибки 5% ($p < 0,05$).

Сила корреляционной связи оценивалась: сильная - $\pm 0,7$ до $\pm 1,0$; средняя - $\pm 0,3$ до $\pm 0,699$; слабая – 0 до $\pm 0,299$.

Этические нормы.

Протокол исследования был одобрен Комитетом по биоэтике НАО МУК (Решение КБЭ от «08» февраля 2021 г., протокол № 14, присвоенный номер 44).

ГЛАВА III. Оценка медицинской грамотности и информированности о факторах риска развития сердечно-сосудистых заболеваний

3.1 Анализ факторов образа жизни и аспектов медицинской грамотности у пациентов с впервые диагностированным ССЗ

Всего анкетировано 186 респондентов: 105 женщины -105 и мужчины 81 человек.

Большинство респондентов (65) относилось к возрастным группам 46-50, 51-55 и 56-60 лет (рисунок 2).

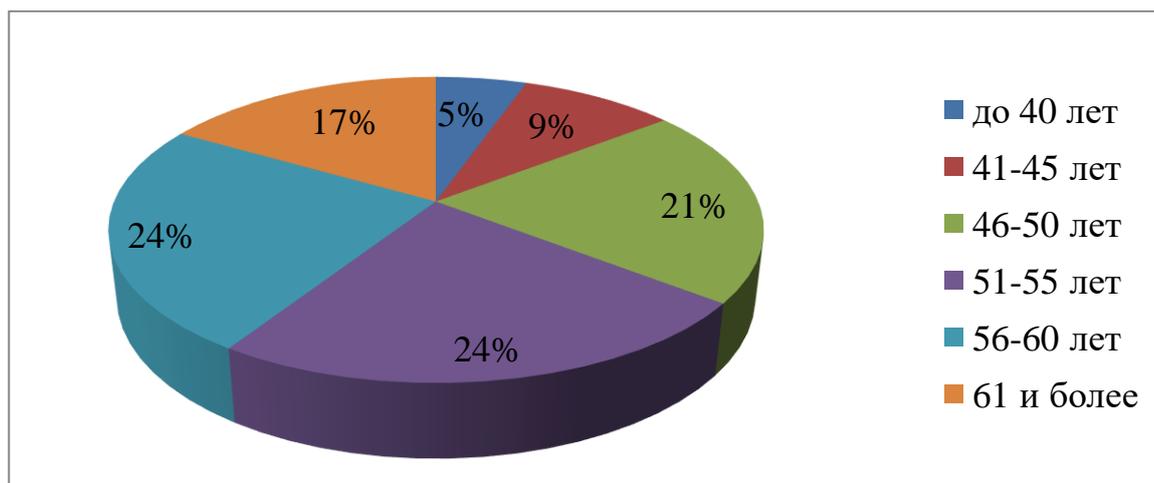


Рисунок 2 – Результаты распределения участников по возрастным категориям

Вопросы в паспортной части анкеты (таблица 1) характеризует респондентов по социально-демографическим показателям, а также выбором посещения Школы здоровья.

Таким образом, распределение данных в выборочной совокупности ($n=186$) дал следующие результаты: в сравнении женщин, посещающих осмотры и скрининги, больше – $56,45 \pm 0,49\%$ (105), а мужчин – $43,54 \pm 0,51\%$ (81); основная доля участников опроса находятся в возрасте от 46 до 60 и больше лет (рисунок 1), где возраст женщин с выявления преобладает в интервале 51-55 лет – $22,8\%$ (24) и 56-60 лет – $26,7\%$ (28), а мужчин в интервале 46-50 лет – $23,4\%$ (19) и 51-55 лет – $24,7\%$ (20). У мужчин преобладает начало в более раннем возрасте, чем у женщин.

Большинство респондентов имеют среднее специальное образования – 114 ($61,29 \pm 0,6\%$) в почти равной доле мужчин (60,5%) и женщин (61,9%), и являются рабочими в социальном статусе – 105 ($56,45 \pm 1,24\%$), также в почти равной доле мужчин (61,7%) и женщин (52,4%). Материальное положение в основном благополучное – 154 ($82,7 \pm 0,4\%$). Материальное положение тесно связано с адекватностью грамотности, образованием, а также наличием заболевания [132]. Из всех, прошедших опрос, 167 ($83,91 \pm 0,3\%$) человек не посещают или не посещали Школу здоровья по ССС.

В ходе исследования определены рост и вес респондентов для последующего расчёта индекса массы тела (ИМТ) (таблица 2). Средний рост респондентов варьируется в разрезе 157,55-177,45 см ($167,5 \pm 9,95$). Минимальный зафиксированный рост составил - 142 см (у женщин), а максимальный - 194 см (у мужчин). Средний вес респондентов составил $76,49 \pm 16,11$ кг, где минимальный и максимальный вес был зафиксирован у женщин (42кг и 160 кг соответственно). Расчет ИМТ определили среднее значение – $27,6 \pm 3,1$ у обеих полов, что равно уровню *избыточный вес*. Минимальный и максимальный ИМТ зафиксирован у женщин (17,2 и 63,2 соответственно; ниже нормального и ожирение 3 степени).

Таблица 2. Распределение данных роста, веса и ИМТ по полу

Показатель	№	Категория	Средняя, $M \pm \sigma$	Min-Max
Рост, см	81	Мужчины	$174,3 \pm 8,71$	153-194
	105	Женщины	$162,26 \pm 7,35$	142-178
	186	Итог	$167,5 \pm 9,95$	142-194
Вес, кг	81	Мужчины	$82,67 \pm 15,89$	59-134
	105	Женщины	$71,72 \pm 14,65$	42-160
	186	Итог	$76,49 \pm 16,11$	59-160
ИМТ	81	Мужчины	$27,41 \pm 3,2$	20,3-36,7
	105	Женщины	$27,05 \pm 2,5$	17,2-63,2
	186	Итог	$27,6 \pm 3,1$	17,2-63,2

Значение среднего роста (рисунок 3) преобладает у мужчин - $174 \pm 8,7$ см в сравнении с женщинами – 162,3 см, также как и значение среднего веса $82,67 \pm 15,89$ кг и $71,72 \pm 14,65$ соответственно. Но средний ИМТ выборочной совокупности составил почти равные доли - $27,41 \pm 3,2$ у мужчин и $27,05 \pm 2,5$ у женщин.

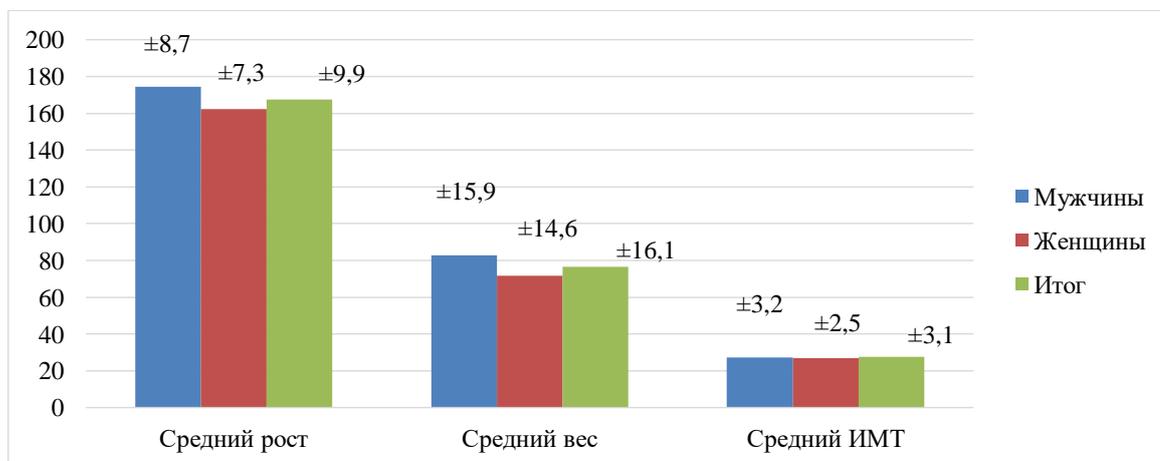


Рисунок 3 - Данные среднего значения роста, веса, ИМТ у женщин и мужчин

Дальнейший анализ возможных факторов риска распределен в нижеприведенной таблице параметров факторов риска (таблица 3). Каждый фактор риск имеет определенный вес в развитии ССЗ, который позволит связать данные с медицинской грамотностью и дать соответствующие выводы. Почти половина респондентов имеют наследственный фактор – 95 (47,73±0,5%) и у респондентов ближайшие родственники имели инфаркт, инсульт или артериальную гипертензию. По давности появления проблем у 126 (63,31±0,72%) респондентов они существуют меньше года (рисунок 4).

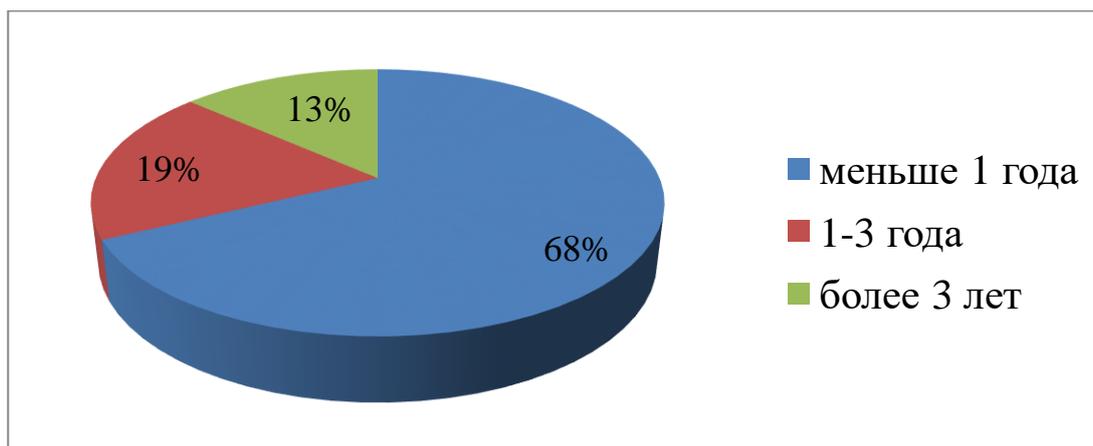


Рисунок 4 – Результаты существующих проблем по стороны сердечно-сосудистой системы (ССС)

Такие факторы риска, как курение и алкоголь, в основном влияние отсутствует – 149 (74,87±0,4%) и 132 (66,33±0,45%) соответственно. Также мужчины и женщины иногда употребляют лекарства без назначения врача – 104 (52,26±0,65%), но следуют рекомендациям врача – 151 (81,1±0,47%). Один из факторов риска – частота обращения за медицинской помощью, составила - 148 (79,56±0,78%) при наличии заболевания. Респонденты уделяют прогулке или ходьбе в день от получаса до часа по замеченным 97 (48,74±0,96%) наблюдениям.

Таблица 3. Параметры факторов риска

№	Показатель	Категория	N	Доля, %
1	Наследственность	Да	115	61,82±0,5
		Нет	71	45,72±0,51
2	Существующие проблемы со стороны ССС	<1 года	126	63,31±0,72
		1-3 года	35	17,58±0,23
		>3 лет	25	12,56±0,56
3	Курение	Да	37	18,29±0,29
		Нет	149	74,87±0,4

4	Употребление алкогольных напитков	Да	54	27,13±0,4
		Нет	132	66,33±0,45
5	Лекарства без назначения врача	Да, часто	30	15,07±0,59
		Иногда	104	52,26±0,65
		Не использую	52	26,13±0,61
6	Динамичность	До 30 минут	34	17,08±0,84
		30-60 минут	97	48,74±0,96
		1,5 часа	31	15,57±0,85
		2 часа	24	12,06±0,87
7	Рекомендации врача по приему ЛС	Да	151	81,1±0,47
		Нет	9	4,83±0,3
		Иногда	26	13,9±0,32
8	Частота обращения за медицинской помощью	Только при заболевании	148	79,56±0,78
		2 раза в год	10	5,37±0,2
		В целях профилактики	6	3,22±0,18
		Ежегодно	22	11,82±0,4

Анализ вопросов медицинской грамотности позволит в дальнейшем определять зависимости и степень связи между различными факторами и другими вопросами. Данные расположились следующим образом (таблица 4). Основной причиной заболевания респонденты считают большую нагрузку на сердце – 114 (61,29%) ответов. В менее половины доли ответов они выделяют такие факторы риска, как ожирение (39,2%), курение (40,9%), адинамия (46,8%), стресс (50%). Ответом на вопрос о повышенном риске у возрастной категории респонденты выбрали, что к ССЗ предрасположены люди всех возрастов – 117 (62,9±0,63%). В выборе ранних симптомов респонденты выделяют – одышку (48,9%), повышенное артериальное давление (АД) (65,1%), боли за грудиной (42,5%). Мужчины и женщины не измеряют регулярно АД – 81 (43,54±1,18%), что подтверждается следующим вопросом необходимости измерения АД при ухудшении - 104 (55,91±0,67%). Таким образом, респонденты знают о необходимости измерения АД, но не уделяют этому должное внимание и не проводят измерения, а также знают уровень нормальности АД – 120/80 мм.рт.ст. – 133 (71,5±0,56%). Участники исследования отметили все правильные варианты, которые снижают риск ССЗ, а именно: активный образ жизни – 155 (83,3%), отказ от вредных привычек – 109 (57,3%), избегание стресса - 81 (43,5%), правильное питание – 78 (41,9%). Респонденты уверены в том, что курение влияет на развитие ССЗ – 165 (88,7±0,46%). Снимают стресс они в основном физической активностью и сном – 128 (68,8%) и 94 (50,5%) соответственно. Адекватную грамотность снижают такие наблюдения в вопросах, как ограничение соли, где ответом в основном выделялось 3-5 гр. в сутки –118 (63,44±0,77%), количества шагов в день, где ответом в основном выделялось 3-4 тысячи шагов – 71 (38,17±1,09%), знание о

программе управления здоровьем (ПУЗ), где выделялось отрицание – 156 (83,87±0,36%).

Таблица 4. Распределение данных по вопросам медицинской грамотности

№	Вопрос	Категория	N	Доля, %
1	Причины заболевания	Большая нагрузка на сердце	114	61,29
		Ожирение	73	39,24
		Курение	76	40,86
		Неподвижный образ жизни	87	46,77
		Стресс	93	50,0
		Не знаю	14	7,5
2	Повышенный риск у контингента	Люди среднего возраста	11	5,91±0,5
		Люди пожилого возраста	55	29,56±0,2
		Люди молодого возраста	3	1,6±0,1
		Люди всех возрастов	117	62,9±0,63
3	Ранние симптомы заболевания сердца	Одышка	91	48,92
		Слабость	31	16,67
		Повышенная утомляемость	59	31,72
		Пониженный аппетит	4	2,15
		Повышенное АД	121	65,06
		Затрудняюсь ответить	23	12,36
		Боли за грудиной	79	42,46
		Симптомов нет	3	1,61
4	Регулярность контроля АД	Ежедневно 1 раз	52	27,95±0,32
		Ежедневно утром и вечером	11	5,91±0,12
		Раз в месяц и реже	42	22,58±0,6
		Не измеряю	81	43,54±1,18
5	Измерение АД только при ухудшении	Да	63	33,87±0,5
		Нет	104	55,91±0,67
		Не знаю	19	10,21±0,32
6	Нормальное АД	110/70	18	9,67±0,51
		120/80	133	71,5±0,56
		140/90	34	18,27±0,44
		160/100	1	0,53±0,2
7	Риск ССЗ снижается из-за	Активный образ жизни	155	83,32
		Правильное питание	78	41,92
		Отказ от вредных привычек	109	57,26
		Затрудняюсь ответить	3	1,61
		Избегание стресса	81	43,54
		Другое	0	0

8	Влияние курения на развитие ССЗ	Да	165	88,7±0,46
		Нет	13	6,98±0,6
		Затрудняюсь ответить	8	4,3±0,33
9	Снятие стресса	Физическая активность	128	68,81
		Перекус, еда	26	13,97
		Сон 7-8 часов	94	50,53
		Общение	55	29,56
		Хобби	38	20,43
		Лекарства	17	9,14
		Другое	1	0,53
10	Ограничение соли при ССЗ	1 гр./сутки	44	23,65±0,56
		3-5 гр./сутки	118	63,44±0,77
		6-8 гр./сутки	20	10,75±0,5
		7-10 гр./сутки	4	2,15±0,3
11	Количество шагов в день для профилактики БСК	1000 шагов	26	13,97±0,8
		2000 шагов	41	22,04±0,7
		3000-4000 шагов	71	38,17±1,09
		8000-10000 шагов	48	25,8±0,5
12	Знание о ПУЗ	Да	30	16,12±0,2
		Нет	156	83,87±0,36

Заключительными данными в анализе вопросов анкеты, стали вопросы предпочтения вида получения медицинской информации и доверия к источникам (таблица 5). Респонденты в основном предпочитают получать информацию от медицинской организации, в частности, от поликлиники - 142 (76,3%), и также источнику информации доверяют – 156 (83,9%). Но имеется весомая доля предпочтения источника в качестве интернета – 94 (50,5%), но этому источнику менее доверяют в разрезе ответов – 50 (26,9%).

Таблица 5. Распределение данных о медицинской информации

№	Вопрос	Категория	N	Доля, %
1	Предпочтение получения медицинской информации	Буклеты, листовки	19	10,21
		Телевидение	29	15,59
		Поликлиника	142	76,33
		Интернет	94	50,53
		Печатные СМИ, книги	31	16,66
		Социальные сети	35	18,81
		Родственники, друзья	43	23,11
2		Буклеты, листовки	11	5,91
		Телевидение	26	13,97

Доверие к информации по профилактике ССЗ	Поликлиника	156	83,87
	Социальные сети, интернет	50	26,88
	Печатные СМИ, книги	31	16,66
	Родственники, друзья	38	20,4

Исходя из полученной информации (вопросов о факторах риска и медицинской грамотности), мы определили в выборочной совокупности суммарный уровень наличия риска развития ССЗ (пониженная и повышенная) и уровня медицинской грамотности (недостаточная и адекватная) и распределили их (таблица 6 и 7).

При распределении баллов риска развития ССЗ всей совокупности (186), респондентов с пониженным риском развития ССЗ составило 78,5% (146), а с повышенным 40 (21,5%) респондентов. Из них, те, кто набрал от 0 до 4 баллов (пониженный риск), в большей доле являлось 72 (38,7%) человек - 3 балла, и от 5 до 7 баллов (повышенный риск) являлось 26 (14,0%) – 5 баллов при среднем балле $3,5 \pm 1,3$. Меньше четверти имеют высокий относительный риск развития ССЗ.

Таблица 6. Распределение баллов риск развития ССЗ и доли уровней

Баллы	n	%	Средний балл	$\pm SD$	Риск	
					Пониженный	Повышенный
0	3	1,6	3,5	1,3	146 (78,5%)	40 (21,5%)
1	5	2,7				
2	28	15,0				
3	72	38,7				
4	38	20,4				
5	26	14,0				
6	9	4,8				
7	5	2,7				
Итого	186	100%				

По определению уровня (недостаточный или адекватный) медицинской грамотности среди опрошенных баллы располагались в минимуме 2 и максимуме 12. Средний балл респондентов расположился в уровне $5,75 \pm 1,8$ баллов, при выше 7 – адекватный уровень. Разброс респондентов находится в основном от 4 до 8 баллов (где, 4 – 30 (16,1%); 5 – 42 (22,5%); 6 – 40 – (21,5%); 7 и 8 по 24 (12,9%) случаев суммы ответов). В общей доли преобладает большое количество недостаточного уровня медицинской грамотности - 128 (68,8%) в сравнении с адекватным уровнем – 58 (31,2%).

Таблица 7. Распределение баллов уровня медицинской грамотности и доли уровней

Баллы	N	%	Средний балл	±SD	Уровень медицинской грамотности	
					Недостаточная	Адекватная
2	6	3,2	5,75	1,81	128 (68,8%)	58 (31,2%)
3	10	5,4				
4	30	16,1				
5	42	22,5				
6	40	21,5				
7	24	12,9				
8	24	12,9				
9	4	2,1				
10	4	2,1				
11	2	1,1				
Итого	186	100%				

3.2 Определение взаимосвязей между развитием ССЗ и аспектами медицинской грамотности

После определения и описания характеристик респондентов, социально-демографических показателей, факторов риска, а также вопросов о медицинской грамотности для более объективного взгляда в рамках задач и цели, мы проведем анализ на корреляцию, зависимость и влияние показателей между различными переменными с помощью итогов анализа уровня риска развития ССЗ и медицинской грамотности части населения.

Определение уровня корреляции между различными переменными, полученными в ходе опроса, позволяет провести анализ связи между характеристикой, социально-демографическими показателями и факторами риска респондентов с медицинской грамотностью и риском развития ССЗ (таблица 8), а определение связи между вопросами медицинской грамотностью, предпочтением медицинской информации с уровнем риска развития ССЗ и уровнем медицинской грамотности будет определен при анализе, используя критерии Пирсона.

Положительными значимыми связями при корреляционном анализе стали между: образованием ($r=0,4$), наследственностью ($r=0,4$), временем прогулки и ходьбы ($r=0,3$), развитие ССЗ ($r=0,3$) и медицинской грамотностью; мужским полом ($r=0,3$), посещением школы ($r=0,3$) и риском развития ССЗ. Таким образом, статус образования имеет среднюю силу связи с уровнем медицинской грамотностью, когда большое количество респондентов не имеют адекватный уровень, но высшее образования более расположено близко к адекватному уровню медицинской грамотности; респонденты с наследственностью ССЗ более грамотны в области ССЗ; и средняя силы связи с нижними пограничными значениями выявлена у людей с высокой динамичностью с уровнем медицинской грамотности.

Отрицательными значимыми связями при корреляционном анализе стали между: возрастом ($r=-0,5$), регулярностью контроля АД ($r=-0,2$), курением ($r=-0,6$), алкоголем ($r=-0,3$), приемом лекарственных средств без назначения врача ($r=-0,3$), ходьбой ($r=-0,1$) и риском развития ССЗ. При высоком риске развития ССЗ респонденты со слабой связью регулярно проводят контроль АД; среднюю силу связи имеет курение и количество респондентов с низким риском развития ССЗ; при слабой связи алкоголя и приемом лекарств без назначения имеют более уменьшенное количество людей с низким риском развития ССЗ; женский пол более склонен слабо к риску развития ССЗ.

Отсутствует связь у респондентов от социального статуса и материального положения с медицинской грамотностью. Обратно наблюдается отсутствию связи с риском развития ССЗ, где, например, различие полов и возраста наоборот имеет средне значимую связь.

Таблица 8. Корреляционная связь характеристик, социально-демографических показателей, факторов риска с медицинской грамотностью и риском развития ССЗ

Данные	Медицинская грамотность	Риск развития ССЗ
Образование	0,3 (p<0,05)	0,1 (p>0,05)
Медицинская грамотность	0,03 (p>0,05)	0,5 (p>0,05)
Пол мужской/женский	0,03/0,03 (p>0,05)	0,3/0,2 (p<0,05)
Возраст	-0,5 (p>0,05)	-0,2 (p<0,05)
Социальный статус	-0,1 (p>0,05)	-0,1 (p>0,05)
Материальное положение	-0,01 (p>0,05)	-0,03 (p>0,05)
Наследственность	0,4 (p<0,05)	0,1 (p>0,05)
Давность возникших проблем со стороны ССС	-0,1 (p>0,05)	-0,01 (p>0,05)
Посещение Школы здоровья	-0,1 (p>0,05)	0,2 (p<0,05)
Регулярность контроля АД	0,1 (p>0,05)	-0,2 (p <0,05)
Курение	0,1 (p>0,05)	-0,6 (p <0,05)
Алкоголь	0,1 (p>0,05)	-0,3 (p <0,05)
Лекарства	-0,1 (p>0,05)	-0,3 (p <0,05)
Ходьба	0,2 (p<0,05)	-0,1 (p <0,05)
Обращение за мед помощью	0,1 (p>0,05)	-0,1 (p>0,05)
ИМТ	0,1 (p>0,05)	0,1 (p>0,05)

Для выявления связи между другими переменными, где вопросы имеют множественные ответы, нам позволит критерий, который также нам даст наличие зависимости данных и увеличение числа выбора того или иного ответа от определенной характеристики респондента.

До этого мы распределили доли, где респонденты имеют в основном в низкий уровень медицинской грамотности, а также большое количество людей с низким развитием потенциального риска развития ССЗ. Известно, что медицинская грамотность исходит из получения объективной информации от доверенного и профессионального источника. Вместе с тем, что образование людей соответствует медицинской грамотности, мы определим зависимость предпочтения информации от образования респондентов (таблица 9).

Таким образом, при определении зависимости предпочтения информации, большое количество людей со различным образованием предпочитают получать информацию от поликлиники или информации в интернете, где преобладает источник информации – поликлиника (среднее (10,8%); среднее специальное (48,4%), высшее (17,2%)). Важно заметить, что люди с высшим образованием почти равно предпочитают источник информации в виде интернета на ряду с поликлиникой. Данные, критерия Пирсона позволяют

подкрепить распределение и интерпретировать так, что выбор источника информации: буклеты и/или листовки ($=6,5<$), медицинские работники ($=5,4<$), интернет ($=4,3<=7,815$) и социальные сети ($=3,6<=7,815$) не имеют зависимости от образования и выбор этих источников различен от уровня образования, а выбор телевидения ($=8,99>$), печатных СМИ и/или книг ($=17,4>$), информации о родственниках и друзей ($=15,7>$) имеют зависимость от образования и выбор этих источников информации индивидуален в группе.

Таблица 9. Зависимость предпочтения информации от образования

Вид информации	Образование				Всего	r
	Среднее	Среднее специальное	Высшее	Неполное среднее		
Буклеты, листовки	1,6% (3)	5,4% (10)	3,2% (6)	0	10,2% (19)	6,5 df=4
Телевидение	0,5% (1)	9,1% (17)	5,4% (10)	0,5% (1)	15,6% (29)	8,99 df=3
Поликлиника	10,8% (20)	48,4% (90)	17,2% (32)	0	76,3% (142)	5,4 df=3
Интернет	4,8% (9)	30,1% (56)	15,6% (29)	0	50,5% (94)	4,3 df=3
Печатные СМИ, книги	1,1% (2)	6,5% (12)	9,1% (17)	0	16,7% (31)	17,4 df=3
Соц., сети	1,6% (3)	10,2% (19)	7,0% (13)	0	18,8% (35)	3,6 df=3
Родственники/ друзья	0	12,9% (24)	10,2% (19)	0	23,1% (43)	15,7 df=3
Всего					186	

Респонденты с различным образованием доверяют таким источникам информации (таблица 10), как поликлиника (156 (83,9%) случаев ответов), печатные СМИ и книги (высшее образование – 17 (9,1%)), интернет и социальные сети (кроме, среднего образования и в основном среднее специальное образование и высшее – 50 (26,9%)), а также родственникам и друзьям (в основном среднее специальное образование – 23 (12,4%)). Респонденты со средним специальным образованием как многочисленная группа, дала множество ответов без доверия – 493 (63,3%). Критерий Пирсона, при зависимости позволяют определить, что доверие к буклетам и листовкам ($=2,6<=7,815$), поликлинике ($=2,5<=7,815$), телевидению ($=6,8<=7,815$), интернету и социальным сетям ($=7,5<=7,815$), а также родственникам и друзьям ($=3,7 <=7,815$) не имеют зависимости, лишь, печатные СМИ и книги имеют зависимость доверия к источнику от образования ($=18,7>=7,815$). Вместе с тем, значимые корреляции отсутствуют, хотя и имеют обратные и прямые слабые связи.

Таблица 10. Зависимость доверия к источнику информации от образования

Вид информации	Образование				Всего	r
	Среднее	Среднее специальное	Высшее	Неполное среднее		
Буклеты, листовки	0,5% (1)	2,7% (5)	2,7% (5)	0	5,9% (11)	2,6 df=3 r=-0,1
Поликлиника	11,8% (22)	52,7% (98)	19,4% (36)	0	83,9% (156)	2,5 df=2 r=0,1
Телевидение	1,1% (2)	8,6% (16)	3,8% (7)	0,5% (1)	14,0% (26)	6,8 df=3 r=-0,1
Печатные СМИ, книги	1,6% (3)	5,9% (11)	9,1% (17)	0	16,7% (31)	18,7 df=3 r=-0,3
Интернет, соц., сети	2,7% (5)	13,4% (25)	10,8% (20)	0	26,9% (50)	7,5 df=3 r=-0,2
Родственники/друзья	1,1% (2)	12,4% (23)	7,0% (13)	0	20,4% (38)	3,7 df=3 r=-0,1
Без доверия	105	493	177	4	779	-
Всего	12,9% (24)	61,3% (114)	25,3% (47)	0,5% (1)	186	-

После выявления доли респондентов имеющих проблемы со стороны ССС, нам необходимо определить зависимость, в специфике риска, то, как частота обращения за медицинской помощью зависит от давности проблем и посещают ли медицинские учреждения респонденты при определенных сроках давности (таблица 11).

В большей доле респонденты с различной давностью проблем обращаются за медицинской помощью только при заболевании, где давность проблем меньше 1 года – 101 (54,3%), 1-3 года – 21 (11,3%), больше 3-х лет - 26 (14,0%) и совокупности – 148 (79,6%). Замечается маленькая доля у людей с проблемами, обращающихся ежегодно за медицинской помощью, которые возникли меньше 1 года (18 (9,7%)). Обращение за медицинской помощью только при наличии заболевания является негативным, которое создает эффект, противодействующий профилактике и повышению уровня медицинской грамотности. Таким образом, частота обращения и давность проблем не зависят друг от друга ($\chi^2=8,1 < 12,59$, $p=0,84$, $r=0,01$).

Таблица 11. Зависимость давности, появившихся проблем со стороны ССС, от частоты обращения за медицинской помощью

Давность проблем со стороны ССС	Частота обращения за медицинской помощью				Всего
	Только при заболевании	2 раза в год	В целях в профилактики	Ежегодно	
Меньше 1 года	54,3% (101)	2,7% (5)	1,1% (2)	9,7% (18)	67,7% (126)
1-3 года	11,3% (21)	1,1% (2)	0,5% (1)	0,5% (1)	13,4% (25)
Больше 3-х лет	14,0% (26)	1,6% (3)	1,6% (3)	1,6% (3)	18,8% (35)
Всего	79,6% (148)	5,4% (10)	3,2% (6)	11,8% (22)	186

Респонденты с наследственностью, также как и без присутствия у ближайших родственников инфаркта, инсульта или артериальной гипертензии распределились относительно поровну по давности проблем (таблица 12). Так, по критерию Пирсона отсутствует зависимость переменных друг от друга в различии категорий ($\chi^2=3,9 < 5,9$, $p=0,06$, $r=0,13$).

Таблица 12. Зависимость давности проблем от наследственности

Наследственность	Давность проблем			Всего
	Меньше 1 года	1-3 года	Более 3-х лет	
Нет	36,0% (67)	6,5% (12)	6,5% (12)	48,9% (91)
Да	31,7% (59)	7,0% (13)	12,4% (23)	51,1% (95)
Всего	67,7% (126)	13,4% (25)	18,8% (35)	186

Определение зависимости давности проблем от факта посещения Школы здоровья, мы выявили, что посещение никак не влияет на давность проблем и проблемы со стороны ССС имеют респонденты различных категории давности (таблица 13). В основном распределение направляется в сторону непосещения – 167 (89,8%) против 19 (10,2%) посещающих. Также, отсутствует какая-либо зависимость между данными ($\chi^2=4,5 < 5,9$, $p=0,07$, $r=0,13$).

Таблица 13. Зависимость давности проблем от посещения Школы здоровья

Давность проблем	Посещение Школы здоровья		Всего
	Нет	Да	
Меньше 1 года	62,9% (117)	4,8% (9)	67,7% (126)
1-3 года	10,8% (20)	2,7% (5)	13,4% (25)
Более 3-х лет	16,1% (30)	2,7% (5)	18,8% (35)
Всего	89,8% (167)	10,2% (19)	186

Показатель социального статуса у респондентов при давности проблем дал следующие результаты (таблица 14): рабочие (105), предприниматели (7), служащие (31), безработные (13) имеют давность проблем со стороны ССС меньше 1 года (43% (80); 1,6% (3); 11,8% (22); 3,2% (6) соответственно); у пенсионеров имеются проблемы либо меньше 1 года (7,0% (13)), либо более 3-х лет (6,5% (12)). Также, была выявлена значимая зависимость ($\chi^2=23,9 > 18,3$, $p=0,01$, $r=0,24$) со слабой связью между категориями давности и социального статуса, что означает, что давность проблем зависит от социального статуса.

Таблица 14. Зависимость давности проблем от социального статуса

Социальный статус	Давность проблем			Всего
	Меньше 1 года	1-3 года	Более 3-х лет	
Рабочие	43,0% (80)	7,0% (13)	6,5% (12)	56,5% (105)
Предприниматели	1,6% (3)	1,1% (2)	1,1% (2)	3,8% (7)
Служащие	11,8% (22)	2,7% (5)	2,2% (4)	16,7% (31)
Безработные	3,2% (6)	1,6% (3)	2,2% (4)	7,0% (13)
Пенсионеры	7,0% (13)	0,5% (1)	6,5% (12)	14,0% (26)
Домохозяйки	1,1% (2)	0,5% (1)	0,5% (1)	2,2% (4)
Всего	67,7% (126)	13,4% (25)	18,8% (35)	186

В предыдущем разделе мы проанализировали ИМТ у различных респондентов и распределили его по полу. С помощью полученной информации, мы выявили доли и зависимость от прогулки и ходьбы людей, прошедших опрос (таблица 15). Таким образом, респонденты, уделяющие прогулке и ходьбе от 30 до 60 минут, имеют в основном различные степени в большей доле ИМТ по уровням. Из выборочной совокупности выделяются респонденты, уделяющие прогулке до 30 минут, и имеют в 21 (11,3%) случаев ответов избыток массы тела. Критерий Пирсона показывает ($\chi^2=10,9 < 24,99$, $p=0,57$, $r=-0,1$), что отсутствует зависимость уровня ИМТ от времени прогулки и ходьбы, так как данные располагаются разнообразно, но в основном от 30 до 60 минут.

Таблица 15. Зависимость физической активности (прогулка и ходьба) от ИМТ

ИМТ	Прогулка и ходьба				Всего
	До 30 минут	30-60 минут	1,5 часа	2 часа	
Дефицит	0	0	0,5% (1)	0	0,5% (1)
Норма	3,8% (7)	14,5% (27)	4,3% (8)	3,2% (6)	25,8% (48)
Избыток	11,3% (21)	28,5% (53)	9,1% (17)	7,5% (14)	56,5% (105)
Ожирение	1,6% (3)	7,0% (13)	1,6% (3)	2,2% (4)	12,4% (23)
Ожирение 1 степени	0,5% (1)	1,6% (3)	0,5% (1)	0	2,7% (5)
Ожирение 2 степени	1,1% (2)	0,5% (1)	0,5% (1)	0	2,2% (4)

Всего	18,3% (34)	52,2% (97)	16,7% (31)	12,9% (24)	186
--------------	------------	------------	------------	------------	-----

Заключительными интересующим анализом зависимости показателей стала зависимость уровня медицинской грамотности от наличия риска ССЗ (таблица 16). Зависимость отсутствует ($=0,01 < 3,841$, $p=0,85$, $r=-0,1$) и респонденты с низкой грамотностью различно имеют (100 (53,8%)) и не имеют (28 (15,1%)) риск развития ССЗ.

Таблица 16. Зависимость уровня медицинской грамотности от наличия риска ССЗ

Риск ССЗ	Значение медицинской грамотности		Всего
	Низкая грамотность	Адекватная грамотность	
Нет риска	53,8% (100)	24,7% (46)	78,5% (146)
Есть риск	15,1% (28)	6,5% (12)	21,5% (40)
Всего	68,8% (128)	31,2% (58)	186

Дальнейшим анализом являлось определения влияния в перекрёстной описательной статистике данных опроса на риск развития ССЗ и уровне медицинской грамотности (таблица 17-21).

Определение влияние пола на риск развития ССЗ при давности проблем имеет значимость только у респондентов, которые имеют наличие проблем больше 3-х лет ($F=5,6 > 3,91$; $p < 0,05$), т.е. факторы риска и проблемы ССЗ усугубляют проблемы со здоровьем. Влияние пола на уровень медицинской грамотности при давности проблем имеет значимость только у респондентов, которые имеют наличие проблем от 1 до 3 лет ($F=7,5 > 4,3$; $p < 0,05$). Отмечается, что мужчины менее грамотны в вопросах здоровья. Т.е. в выборочной совокупности пол влияет на уровень грамотности.

Таблица 17. Влияние пола на риск развития ССЗ, уровень медицинской грамотности без- и при наличии давности проблем

№	Характеристики	Давность проблем (F-критерий)			p-значение	a-значение
		Меньше года	1-3 года	Больше 3-х лет		
1	Пол и риск развития ССЗ	1,62 ($< 3,91$)	1,1 ($< 4,1$)	5,6 ($> 3,91$)	$> 0,05$	0,05
2	Пол и медицинская грамотность	0,7 ($< 3,91$)	7,5 ($> 4,3$)	0,02 ($< 4,1$)	0,40 0,01 (1-3 года) 0,88	
3	Пол и медицинская грамотность	0,2 ($< 3,9$)			$> 0,05$	

4	Пол и риск развития ССЗ	2,15 (<3,9)	>0,05	
---	-------------------------	-------------	-------	--

Множество социально-демографических показателей так или иначе, имеют влияние на уровень медицинской грамотности (таблица 18), а именно образование ($F=5,6>3,91$; $p < 0,05$), социальный статус ($F=2,3>2,26$; $p < 0,5$), посещение Школы здоровья ($F=3,92>3,91$; $p < 0,05$), кроме возраста и материального положения.

Таблица 18. Влияние социально-демографических показателей на уровень медицинской грамотности

№	Показатели	Значение критерия	F-	p-уровень	a-значение
1	Возраст	1,5 (<2,3)		0,17	0,05
2	Образование	4,88 (>2,65)		0,002	
3	Социальный статус	2,3 (>2,26)		0,04	
4	Материальное положение	0,68 (<3,89)		0,4	
5	Посещение Школы	3,92 (>3,9)		0,09	

Только возраст ($F=3,61>2,3$; $p < 0,05$) и социальный статус ($F=3,6>3,3$; $p < 0,05$) среди социально-демографических показателей влияет на риск развития ССЗ (таблица 19).

Таблица 19. Влияние социально-демографических показателей на риск развития ССЗ

№	Показатели	Значение критерия	F-	p-уровень	a-значение
1	Возраст	3,61 (>2,3)		0,003	0,05
2	Образование	0,9 (<2,65)		0,42	
3	Социальный статус	3,6 (>3,3)		0,004	
4	Материальное положение	0,2 (<3,9)		0,7	
5	Посещение школы	0,4 (<3,9)		0,5	

А среди факторов риска влияние на медицинскую грамотность имеют такие показатели, как отношение к алкоголю ($F=12,0>3,9$; $p < 0,05$) и наличие болезней у ближайших родственников ($F=42,7>3,9$; $p < 0,05$) (таблица 20).

Таблица 20. Влияние факторов риска на уровень медицинской грамотности

№	Факторы риска	Значение критерия	F-	p-уровень	a-значение
1	Курение	1,5 (<3,9)		0,22	
2	Алкоголь	12,0 (>3,9)		1,71	
3	Наследственность	42,7 (>3,9)		0,06	

4	Прием лекарств без назначения	0,1 (<3,05)	0,04	0,05
5	Динамичность	2,83 (<5,65)	0,03	
6	Выполнение рекомендаций врача	2,34 (<2,42)	0,04	
7	Частота обращения за медицинской помощью	0,53 (2,65)	0,7	

Те же факторы (таблица 20) имеют влияние на риск развития ССЗ, кроме наследственности, а именно курение ($F=43,4 > 3,9$; $p < 0,05$), алкоголь ($F=4,2 > 3,9$; $p < 0,05$), прием лекарств без назначения врача ($F=11,7 > 3,9$; $p < 0,05$) (таблица 21).

Таблица 21. Влияние каждого фактора риска на риск развития ССЗ

№	Факторы риска	Значение критерия	F-	p-уровень	a-значение
1	Курение	43,4 (>3,9)		0,03	0,05
2	Алкоголь	4,2 (>3,9)		0,04	
3	Наследственность	0,6 (<3,9)		0,45	
4	Прием лекарств без назначения	11,7 (>3,04)		0,02	
5	Динамичность	1,66 (<2,65)		0,17	
6	Выполнение рекомендаций врача	12,6 (>2,65)		1,61	
7	Частота обращения за медицинской помощью	0,36 (<2,65)		0,8	

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Актуальность исследования обоснована высоким уровнем смертности от ССЗ и распространенности заболевания. ССЗ являются причиной смертности 17,3 миллиона человек, и этот показатель может увеличиться до 23,6 миллионов к 2030 году [131]. ССЗ требуют от пациентов специальных навыков и знаний, чтобы адекватно управлять своим заболеванием, а низкая медицинская грамотность вследствие снижения приверженности к лечению, снижения использования профилактических услуг, ухудшения физического и психического здоровья, и увеличения количества госпитализаций [130,132,133]. Медицинская грамотность пациентов является важным компонентом эффективного обмена информацией о здоровье и самоконтроле хронических заболеваний, в том числе ССЗ. Например, только в США 12% населения обладает высокими навыками медицинской грамотности [134]. И если, учитывая, что медицинская грамотность — это специфика первичной профилактики, то просвещение населения ложиться на поликлинические учреждения.

С целью установления зависимости между развитием сердечно-сосудистых заболеваний у населения зрелого возраста и уровнем медицинской грамотности, проведено анкетирование среди женщин и мужчин зрелого возраста на определения уровня знаний о ССЗ.

По результатам исследований установлена связь между развитием заболеваний ССС и некоторыми аспектами медицинской грамотности.

Общая характеристика пациентов с впервые выявленным ССЗ: посещают поликлинику больше женщин (56,5%), превалирует возраст 46-60 лет (65%), рабочие со среднеспециальным образованием – (56-61%). Большинство респондентов имеет избыточный вес – ИМТ в среднем составил 27,6. Абсолютное большинство респондентов с впервые выявленным ССЗ не посещают Школы здоровья БСК (84%). Суммарно пониженный риск имеют 146 (78,5%) респондентов со средним баллом риска $3,5 \pm 1,3$ (max 7), а уровень медицинской грамотности у них на уровне низкого или недостаточного – 128 (68,8%) со средним баллом ($5,75 \pm 1,81$ из 12).

Изучение медицинской грамотности у пациентов с впервые выявленными ССЗ позволило не только установить взаимосвязи, но и дало возможность разработать предложения и памятку для пациентов по ССЗ, способствующую повышению их медицинской грамотности.

По результатам анкетирования, проведенных статистических исследований сделаны следующие выводы.

ВЫВОДЫ:

1. По результатам исследования было выявлено, что более половины опрошенных - 128 (68,8%), в том числе мужчины в возрасте 46-50 лет обладают недостаточным уровнем медицинской грамотности ($5,75 \pm 1,81$ из 12), причем

уровень медицинской грамотности незначительно был выше у женщин – 6,2 балла.

2. Уровень медицинской грамотности тесно связан с отсутствием посещения респондентами Школы здоровья – 83,91% ($r = -0,44$), с уровнем образования ($r = 0,4$) респондентов. На уровень медицинской грамотности влияют возраст в диапазоне 46 до 60 лет ($r = -0,35$), гендерное различие – $r = -0,4$. Определение влияния данных на друг друга показал влияние на медицинскую грамотность и риск развития ССЗ: образование ($F = 5,6 > 3,91$; $p < 0,05$), возраст ($F = 4,2 > 2,3$; $p < 0,05$), гендерное различие влияет, если проблемы существуют больше 3-х лет ($F = 5,6 > 3,91$; $p < 0,05$), низкая посещаемость Школы здоровья ($F = 4,92 > 3,91$; $p < 0,05$); наличия проблем у ближайших родственников ($F = 42,7 > 3,9$; $p < 0,05$) и социальный статус ($F = 3,6 > 3,3$; $p < 0,05$).

3. Большинство респондентов предпочитают получать медицинскую информацию через поликлиники – 76,3% и доверяют к информации по профилактике ССЗ от медицинских работников поликлиники – 83,9%

4. Даны предложения по повышению медицинской грамотности взрослого населения в вопросах заболеваний сердечно-сосудистой системы в виде внедрения памятки для целевой группы 40-60 лет.

ПРЕДЛОЖЕНИЯ

1. Акцентировать работу медицинского персонала всех уровней на повышение уровня медицинской грамотности, путем проверки осведомленности населения групп риска ССЗ о заболеваниях ССС, использования опросников;
2. При организации работы Школ здоровья по ССЗ, особое внимание обратить на изучение образа жизни пациентов, формирование мотивации и навыков по профилактике поведенческих факторов риска и ССЗ.
3. Продолжить работу с пациентами по повышению их мотивации для участия в программе управления своим здоровьем (ПУЗ);
4. Для пациентов с впервые выявленными ССЗ предложена к внедрению памятка на базе исследований в поликлинике г. Балхаш.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ:

1. Бортнюк О.А. /Проблемы социального здоровья в современном обществе / Бортнюк О.А. // Современные исследования социальных проблем (электронный научный журнал). -2015. –№11(55). –С. 99-106.
2. Арингазина А.М. / Грамотность в вопросах здоровья в Казахстане: перспективы развития / Арингазина А.М., Айнакулов Д.А., Камхен Ю.Б. // Вестник Казахского Национального медицинского университета. -2018. -№3. –С. 405-410.
3. Hasnain-Wynia R, Wolf MS. Promoting health care equity: is health literacy a missing link? Health Serv Res. 2010; 45:897–903.
4. Darisheva D, Aimbetova G, Turdalieyva B, Baisunova G: The health literacy project in Kazakhstan: Interim results of adult's literacy assessment.2015. Retrieved 08th May, 2016;
5. Mohamad E, Su TT, Majid HA, Chinna K, Balan R. Health literacy in Malaysia: HLS-Asia questionnaire validation. 2014. Retrieved 08th May, 2016.
6. Duong TV, Aringazina A, Baisunova G, Nurjanah, Pham TV, Pham MK, Tien QT, Nguyen KT, Oo WM, Mohamad E, Su TT, Huang HL, Sorensen K, Pelikan J, Van den Broucke S, Chang PW. Measuring health literacy in Asia: Validation of the HLS-EU-Q47 survey tool in six Asian countries // Journal of Epidemiology. – 2017. - №27. – P. 80-86.
7. Aringazina A. Using the Health Literacy Survey to Measure Health Literacy in Kazakhstan // Book of abstracts of the 2nd European Conference on Health Literacy ‘Health literacy in populations and settings – developing the research base’. – Aarhus: 2014.
8. Лучкевич В.С. / Формирование медицинской информированности и здоровьесберегающих компетенций как основа оптимизации жизнедеятельности и качества жизни населения / Лучкевич В.С., Зелионко А.В., Шакиров А.М. // Известия Самарского научного центра Российской академии наук, том 16. -2014. -№5(2). –С. 896-901.
9. Турдалиева Б.С. / Грамотность в сфере здоровья: современное состояние и перспективы / Турдалиева Б.С. [и др.] // Вестник Казахского Национального медицинского университета. -2014. -№2(4). –С. 122-125.
10. Амлаев К. Р. / Медицинская грамотность (компетентность): состояние проблемы, способы оценки, методики повышения грамотности пациентов в вопросах здоровья / Амлаев К.Р., Муравьева В.Н., Койчуев А.А., Уткина Г.Ю. // Медицинский вестник Северного Кавказа. -2012. -№4. –С. 75-79.
11. Толпыгина С.Н. / Ответственное самолечение – основополагающие принципы и место в современной системе здравоохранения / Толпыгина С.Н., Марцевич С.Ю., Концевая А.В., Драпкина О.М. // Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии. -2018. -№14(1). –С. 101-110.
12. Байсунова Г.С. / Влияние демографических, социально-экономических и поведенческих детерминант на уровень медицинской грамотности населения Алматинской области / Байсунова Г.С., Турдалиева Б.С., Тулебаев К.А.,

- Загулова Д.В. // Вестник Казахского Национального медицинского университета. -2016. -№1. –С. 613-619.
13. Демкина А.Е. / Апробирование проведения образовательной программы «Первичная и вторичная профилактика сердечно-сосудистых заболеваний» на базе социальной сети Инстаграм / Демкина А.Е. [и др.] // Российский кардиологический журнал. -2020. -№25(9). –С. 13-19.
14. Искаков Е.Б. / Эпидемиология сердечно-сосудистых заболеваний / Искаков И.Б. // Медицина и экология. -2017. -№2. –С.19-28.
15. Нейфельд И.В. / Факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний женщин / Нейфельд И.В., Жирняков А.И., Скупова И.Н. // Бюллетень медицинских Интернет-конференций, том 2. -2012. -№12. –С.994-996.
16. Лавриенко А.В. / Гендерные особенности развития сердечно-сосудистых заболеваний / Лавриенко А.В. // Бюллетень медицинских Интернет-конференций, том 6. -2016. -№5. –С.451.
17. Амлаев К. / Грамотность в вопросах здоровья: понятие, классификации, методы оценки / Амлаев К., Дахкильгова Х. // Врач. -2018. -№29(6). –С.83-86.
18. Джовтханова Х.Х. / Использование эффективных форм принципов и методов повышения информационной грамотности людей пожилого возраста / Джовтханова Х.Х. // Мир науки, культуры, образования. -2019. -№1(74). –С.228-230.
19. Амлаев К.Р. / Медико-социальные аспекты образа жизни и грамотности в вопросах здоровья пациентов кардиохирургического профиля / Амлаев К.Р. // Медицинский вестник Северного Кавказа, том 10. -2015. -№1. –С.91-94.
20. Амлаев К. / Меры по повышению грамотности в вопросах здоровья / Амлаев К., Дахкильгова Х. // Врач. -2018. -№29(12). –С.84-87.
21. Турдиев М.Р. / Оценка факторов риска и сердечно-сосудистого риска в профилактике сердечно-сосудистых заболеваний / Турдиев М.Р., Исмаилов С.И., Камилова У.К. // Евразийский кардиологический журнал. -2019. -№S1. -72.
22. Тыналиева Ш.А. / Оценка уровня удовлетворенности и комплаентности пациентов с болезнями системы кровообращения / Тыналиева Ш.А. [и др.] // Научно-образовательный журнал для студентов и преподавателей. -2020. -№6. –С.578-585.
23. Зелионко А.В. / Принципы формирования у населения здоровьесберегающего поведения на основе компетентностно-деятельного подхода / Зелионко А.В., Лучкевич В.С., Авдеева М.В., Филатов В.Н. // Вестник Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова, том 9. -2017. -№2. –С.97-102.
24. Волчкова Н.С. / Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний / Волчкова Н.С., Субханкулова С.Ф. // Вестник современной клинической медицины, том 2. -2009. -№4.-С.25-30.
25. Сырцова Е.Л. / Грамотность в вопросах здоровья: содержание понятия / Сырцова Е.Л., Абросимова Ю.Е., Лопатина М.В. // Профилактическая медицина. -2016. -№2. –С.58-63.

- 26.Заворотный О.О. / Школа здоровья как реальная возможность укрепления здоровья населения и профилактики хронических заболеваний / Заворотный О.О., Алексеенкова Е.Н., Ахметгареева А.Р. // Здоровье – основа человеческого потенциала: проблемы и пути их решения. -2015. -№1. –С.288-292.
- 27.Цаликова А.А. / Факторы риска развития сердечно-сосудистых заболеваний и информированность о них населения / Цаликова А.А. // International scientific review. -2015. -№5. –С.33-37.
- 28.Садыкова А.Д. / Эпидемиология основных фатальных осложнений сердечно-сосудистых заболеваний / Садыкова А.Д. [и др.] // Медицина (Алматы). -2017. - №11(185). –С.61-66.
- 29.Вяткина Н.А. / Уровень медицинской грамотности российских пациентов в оценке врачей / Вяткина Н.А. // Сибирские исторические исследования. -2019. -№4. –С.162-179.
- 30.Мирхамидова С. / М. Особенности распространенности сердечно-сосудистых заболеваний /С. М. Мирхамидова, Н. Б. Ботирова, С. А. Камбарова //Молодой ученый. – 2016. –№21. – С. 73-76.
- 31.Бермагамбетова Г. Н. / Смертность от сердечно-сосудистых заболеваний среди жителей стран СНГ //Вестник КАЗНМУ. – 2013. –№1. – С. 71.
- 32.Global atlas on cardiovascular disease prevention and control. – Geneva: World Health Organization, 2011. – 212 p.
- 33.Гупта Р. / Тенденции в области лечения коронарных сосудов сердца и эпидемиология заболеваний в Индии /Р. Гупта, И. Мохан, Дж. Нарула //Глобус здоровья. – 2016. – №82 (2). – С. 307-315.
- 34.Литвинчук С. / Заболеваемость в Японии. Сердечно-сосудистые заболевания в странах с низким и средним уровнями доходов // Medicine Review. – 2009. – №4 (09). – С. 6-11.
- 35.Glenn T. Centr SMI VOZ. Mirovaja statistika zdravoohranenija 2014g.: znachitel'nyj rost prodolzhitel'nosti zhizni.
- 36.Oshhepkova E. V. Zabolevaemost' i smertnost' ot infarkta miokarda v Rossijskoj Federacii v 2000-2011 gg. /E. V. Oshhepkova, Ju. E. Efremova, Ju. A. Karpov //Terapevt. arh. – 2013. – №4. – P. 4-10.
- 37.Распространенность и структура ССЗ в г. Семей /А. К. Мусаханова, А. Ж. Байбусинова, Н. М. Елемесова и др. //Наука и здравоохранение. – 2014. – №5. – С. 7-9.
- 38.Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения: Стат. сборник / Г. Н. Бермагамбетова, Р. Г. Брозовская, А. К. Бекжанова и др. –Астана; Алматы, 2011. – С. 57-58.
- 39.Изучение распространенности заболеваний сердечно-сосудистой системы среди населения Карагандинской области / К. А. Алиханова, Т. О. Абугалиева, В. А. Жакипбекова, Б. К. Омаркулов //Фундаментальные исследования. – 2013. – №9. – С. 804-809.
- 40.Султанбеков Р. Т. / Достижения и проблемы кардиологической службы Алматинской области /Р. Т. Султанбеков, А. Х. Исабекова, А. Т. Мусагалиева //Терапевт. вестн. – 2012. –№1. – С. 7.

41. Тауболдинова Н. А. / Современное состояние распространенности сердечнососудистых заболеваний // Вестник КАЗНМУ. – 2013. – №1. – С. 73.
42. Simonds SK: Health education as social policy. Health Education Monograph 1974, 2:1-25.
43. Final report Executive summary [D17] The European Health Literacy Project [HLS-EU] The HLS-EU Consortium 2012].
44. Comparative report on health literacy in eight EU member states. [Electronic resource] / The European Health Literacy Project 2009–2012. Maastricht, HLS-EU Consortium – 2012. – Mode of Access: <http://www.health-literacy.eu> – Date of Access : 15 July, 2017.
45. Kickbusch I. et al. Health literacy. The solid facts [Electronic resource]. 2013; Mode of Access: http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf (Date of Access: 15 July, 2017).
46. Doak, L.G. Strategies to improve cancer education materials / L.G. Doak, C.C. Doak, C.D. Meade // Oncology Nursing Forum. – 1996. – Vol. 23, № 8. – P. 1305–1312.
47. Perkins, D.N. Smart Schools: From Training Memories to Educating Minds / D.N. Perkins. – New York : Free Press/Macmillan, 1992. – P. 7–14.
48. Амлаев К.Р., Койчуев А.А., Койчуева С.М. и др. / Неравенство в здоровье, приверженность лечению и медицинская грамотность населения на местном уровне: теоретические аспекты и ставропольский опыт // М.: Илекса, 2014; 320 с.
49. Общие и частные вопросы медицинской профилактики. Под ред. В.Н. Муравьевой, К.Р. Амлаева / М., 2013; 576 с.
50. PatientsLikeMe [Electronic resource] / Cambridge, MA, PatientsLikeMe, 2013. Mode of Access: <http://www.patientslikeme.com> – Date of Access: 15 July, 2017.
51. Койчуева С.М., Койчуев А.А., Зафировва В.Б. и др. Изучение медицинской грамотности пациентов в вопросах здоровья населения. Проблемы современной медицины: актуальные вопросы. Сб. науч. тр. по итогам Междунар. науч.-практ. конф. (11 ноября 2016 г.). Вып. III. Красноярск, 2016; с. 171–5.
52. Self-Care: An Ethical Imperative. London: Self Care Campaign; 2010. Available at: <http://www.selfcareforum.org/wp-content/uploads/2011/07/Self-Care-An-Ethical-Imperative.pdf>. Checked by Feb 20, 2018.
53. Webber D, Guo Z, Mann S. Self-Care in Health: We Can Define It, But Should We Also Measure It? Self-Care. 2013; 4(5):101-6.
54. Association of the European Self-Medication Industry. HEALTH is the most precious thing we have and we are all interested in staying healthy. Available at: <http://www.aesgp.eu/self-care/about-selfcare/en/>. Checked by Feb 18, 2018.
55. Авдеева, М.В. / Медико-биологические и социально-поведенческие детерминанты риска здоровью, определяющие приоритетные задачи индивидуального и семейно-группового обучения населения основам первичной профилактики / М.В. Авдеева, В.С. Лучкевич, Ю.В. Лобзин // Российский семейный врач. – 2014. – № 3. – С. 23-28.

56. Corrado, A.C. Mechanisms underlying the benefits of anticonvulsants over lithium in the treatment of bipolar disorder / A.C. Corrado, J.P. Walsh // *Neuroreport*. – 2015. – Режим доступа <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26702549>.
57. Sabate, E. Adherence to long-term therapies: evidence for action. – Geneva: World Health Organization, 2003. – Режим доступа http://www.who.int/chronic_conditions/en/adherence_report.
58. Pleasant A. Health literacy: An opportunity to improve individual, community, and global health. *Adult Education for Health and Wellness*. 2011; 130: 43-54.
59. Sørensen K. Health literacy: the neglected European public health disparity. Thesis. e-book. 2013.
60. U.S. Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion. (2010). National Action Plan to Improve Health Literacy. Washington, DC.
61. ВОЗ. Здоровье 2020: основы европейской политики и стратегия для XXI века. 2013. <http://www.euro.who.int/ru/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being/about-health-2020>.
62. Sørensen K, Brand H. Health literacy lost in translations? Introducing the European Health Literacy Glossary. *Health Promot Int*. 2014;29(4):634-644.
63. Roundtable on Health Literacy; Board on Population Health and Public Health Practice; Institute of Medicine. Washington (DC): National Academies Press (USA). 2013 Jul 10.
64. Бакутов С.В., Волкова Н.Ю., Менлажиева Ю.С. / Роль центров здоровья в профилактике неинфекционных заболеваний // Бюллетень медицинских интернет-конференций. – 2014. – Т. 4. – № 5. – С. 504.
65. Яковлева И.В. / Коммуникация в сфере здравоохранения: управленческий аспект // Государственное управление. Электронный вестник. 2016. Вып. 59. С. 168–188.
66. Karnam S. Hybrid Doctors: The Need Risen from Informed Patients, *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 2017 Feb, Vol. 11(2), pp. ZI01-ZI04.
67. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review // *Ann Intern Med*.- 2011, Jul №19;155(2). P.97-107// doi: 10.7326/0003-4819-155-2-201107190-0005.
68. Крюков Н.Н. / Артериальная гипертензия в условиях мегаполиса: управление качеством оказания медицинской помощи на амбулаторно-поликлиническом этапе // Известия Самарского научного центра Российской академии наук. - 2010.-Т. 12. -№1(7). –С. 1842-1846.
69. Romana Hasnain-Wynia / Promoting Health Care Equity: Is Health Literacy a Missing Link? / Romana Hasnain-Wynia, Michael S Wolf // *Health Serv Res*. -2015, 45(4): 897-903.
70. Kristine Sorensen / Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models / Kristine Sorensen, Stephan Van den Broucke, James Fullam, Gerardine Doyle, Jürgen Pelikan, Zofia Slonska, Helmut Brand // *BMC Public Health* 12. -2015, 80.

71. Michael Mackert / Health Literacy and Health Information Technology Adoption: The Potential for a New Digital Divide / Michael Mackert, Amanda Mabry-Flynn, Sara Champlin, Erin E Donovan, Kathryn Ponders // *J Med Internet Res.* -2016, 18(10): e264.
72. Stephan Van den Broucke / Health literacy: a critical concept for public health / Stephan Van den Broucke // *Archives of Public Health* 72. -2014, 10.
73. Kickbusch I, Pelikan JM, Apfel F, Tsouros A: *Health Literacy: The Solid Facts*. 2013, Copenhagen: World Health Organization (WHO).
74. Andrew Pleasant / Advancing Health Literacy Measurement: A Pathway to Better Health and Health System Performance / Andrew Pleasant // *J Health Commun.* -2014, 19(12): 1481-1496.
75. Jared W. Magnani / Health Literacy and Cardiovascular Disease: Fundamental Relevance to Primary and Secondary Prevention / Jared W. Magnani Mahasin Mujahid, Herbert D. Aronow, Crystal W. Cené, Victoria Vaughan Dickson, Edward Havranek, Lewis B. Morgenstern, Michael K. Paasche-Orlow, Amy Pollak, Joshua Wiley // *Health Research Alliance.* -2018, 138(2): e48- e74.
76. McNaughton CD / Ассоциация санитарной грамотности с повышенным кровяным давлением: когортное исследование госпитализированных пациентов / McNaughton CD, Kripalani S, Cawthon C, Mion LC, Wallston KA, Roumie CL. *Med Care.* 2014; 52: 346–353.
77. Kripalani S, Goggins K, Nwosu S, Schildcrout J, Mixon AS, McNaughton C, McDougald Scott AM, Wallston KA / Vanderbilt Inpatient Cohort Study // *J Health Commun.* 2015; 20: 34-42.
78. Rima E. Rudd / Health Literacy: Insights and Issues / Rima E. Rudd // *Studies in Health Technology and Informatics.* -2017, -Vol.240. –P.60-78.
79. Li Y., Mao Q., Shi Q., Tao M., Nie X., Li L., Huang X., Shi M. Health literacy monitoring results of Chinese residents in 2012. *Health Educ. China.* 2015; 31:99–103.
80. Hongyan Liu / Assessment Tools for Health Literacy among the General Population: A Systematic Review / Hongyan Liu, Huan Zeng, Yang Shen, Fan Zhang, Manoj Sharma, Weiyun Lai, Yu Zhao, Genhui Tao, Jun YuanYong Zhao // *Int J Environ Res Public Health.* -2018, 15(8): 1711.
81. Maan Isabella Cajita / Health Literacy and Heart Failure / Maan Isabella Cajita, Tara Rafaela Cajita, Hae-Ra Han // *J Cardiovasc Nurs.* -2016, 31(2): 121-130.
82. Cindy Yue Tian / Generic Health Literacy Measurements for Adults: A Scoping Review / Cindy Yue Tian, Richard Huan Xu, Phoenix Kit-Han Mo, Dong Dong, Eliza Lai-Yi Wong // *Int J Environ Res Public Health.* -2020, 17(21): 7768.
83. Bröder J., Kickbusch I., Levin-Zamir D., McElhinney E., Nutbeam D., Okan O., Osborne R., Pelikan J., Rootman I. / IUHPE position statement on health literacy: A practical vision for a health literate world // *Glob. Health Promot.* 2018; 25:79–88.
84. Pleasant A / Health literacy measurement: a proposed research agenda / Pleasant A, McKinney J, Rikard RV // *J Health Commun.* 2011; 16 Suppl 3():11-21.
85. Sue Crengle / Effect of a health literacy intervention trial on knowledge about cardiovascular disease medications among Indigenous peoples in Australia, Canada

- and New Zealand / Sue Crengle, Joanne N Luke, Michelle Lambert, Janet K Smylie, Susan Reid, Jennie Harré-Hindmarsh, Margaret Kelaher // *BMJ Open*. -2018, 8(1): e018569.
86. Maria Hewitt / Implications of Health Literacy for Public Health / Maria Hewitt, Lyla M. Hernandez // Washington (DC): National Academies Press (US). -2014, Sep 10.
 87. Lyla M. Hernandez / Improving Health, Health Systems, and Health Policy Around the World / Lyla M. Hernandez // Washington (DC): National Academies Press (US). -2013, Jul 10.
 88. John L Oliffe / Men's health literacy: a review and recommendations / John L Oliffe, Emma Rosnagel, Mary T Kelly, Joan L Bottorff, Cherisse Seaton, Francine Darroch // *Health Promot Int*. -2020, 35(5): 1037-1051.
 89. Marija Jovanić / Exploring the Importance of Health Literacy for the Quality of Life in Patients with Heart Failure / Marija Jovanić, Marija Zdravković, Dejana Stanisavljević, Aleksandra Jović Vraneš // *Int J Environ Res Public Health*. -2018, 15(8): 1761.
 90. Verna B. McKenna / The relevance of context in understanding health literacy skills: Findings from a qualitative study / Verna B. McKenna, Jane Sixsmith, Margaret M. Barry // *Health Expect*. -2017, 20(5): 1049-1060.
 91. R Miranda / Health literacy and hypertension outcomes in a multi-ethnic population: the HELIUS study / R Miranda, K A C Meeks, M B Snijder, B J van den Born, M P Fransen, R J Peters, K Stronks, C Agyemang // *Eur J Public Health*. -2020, 30(3): 516-521.
 92. World Health Organisation (WHO). Global Status Report on Noncommunicable Diseases. Switzerland, 2014.
 93. Doris Schaeffer / Health Literacy in the German Population / Doris Schaeffer, Eva-Maria Berens, Dominique Vogt // *Dtsch Arztebl Int*. -2017, 114(4): 53-60.
 94. Claudia Diederichs / Health literacy in men and women with cardiovascular diseases and its association with the use of health care services - Results from the population-based GEDA2014/2015-EHIS survey in Germany / Claudia Diederichs, Susanne Jordan, Olga Domanska, Hannelore Neuhauser // *PLoS One*. -2018, 13(12): e0208303.
 95. Jia-Rong Wu / Health Literacy Mediates the Relationship between Age and Health Outcomes in Patients with Heart Failure / Jia-Rong Wu, Debra K. Moser, Darren A. DeWalt, Mary Kay Rayens, Kathleen Dracup // *Circ Heart Fail*. -2017, 9(1): e002250.
 96. Matteo Fabbri / Health Literacy and Outcomes in Patients With Heart Failure: A Prospective Community Study / Matteo Fabbri [и др.] // *Mayo Clin Proc*. -2019, 93(1): 9-15.
 97. Pressler SJ / Cognitive deficits in chronic heart failure / Pressler SJ, Subramanian U, Kareken D, et al. // *Nursing Research*. 2010; 59(2):127.
 98. Misty A.W. / Hawkins Cognitive Function and Health Literacy are Independently Associated with Heart Failure Knowledge / Misty A.W. Hawkins [и др.] // *Heart Lung*. -2016, 45(5): 386-391.
 99. Anna Aaby / Health literacy is associated with health behaviour and self-reported health: A large population-based study in individuals with cardiovascular disease /

- Anna Aaby, Karina Friis, Bo Christensen, Gill Rowlands, Helle Terkildsen Maindal // *Eur J Prev Cardiol.* -2017, 24(17): 1880-1888.
100. Sarah S. Richtering / Examination of an eHealth literacy scale and a health literacy scale in a population with moderate to high cardiovascular risk: Rasch analyses / Sarah S. Richtering [и др.] // *PLoS One.* -2017, 12(4): e0175372.
 101. T. M. van Schaik / Cardiovascular disease risk and secondary prevention of cardiovascular disease among patients with low health literacy / T. M. van Schaik [и др.] // *Neth Heart J.* -2017, 25(7-8): 446-454.
 102. Kotseva K /Time trends in lifestyle, risk factor control, and use of evidence-based medications in patients with coronary heart disease in Europe: results from 3 EUROASPIRE surveys / Kotseva K, De Bacquer D, Jennings C, et al. // 1999–2013. *Glob Heart.* 2016.
 103. Francisco Soto / A Cardiovascular Health Intervention for Spanish Speakers: The Health Literacy and ESL Curriculum Mas /Francisco Soto Mas, Cheryl L. Schmitt, Holly E. Jacobson, Orrin B. Myers // *J Community Health.* -2018, 43(4): 717-724.
 104. Sajedeh Malekzadeh / Comparative Investigation of Health Literacy Level of Cardiovascular Patients Hospitalized in Private and Educational Hospitals of Kerman City, Iran / Sajedeh Malekzadeh, Mohammad Azami, Moghadameh Mirzaei, Fatemeh Motamedi // *Acta Inform Med.* -2016, 24(1): 56-60.
 105. Khosravi A, Ahmadzadeh Kh, Ahmadzadeh Z. Health literacy Development. Bushehr: Bushehr University of Medical Sciences and Health Services. 2014.
 106. Mollakhalili H, Papi A, Sharifirad Gh, Zare Farashbandi Z, HasanZadeh H. A Survey on Health Literacy of Inpatients Educational Hospitals of Isfahan University of Medical Sciences. *Health Inf Management.* 2014; 11(4):473.
 107. Chenli Wang / The effect of health literacy and self-management efficacy on the health-related quality of life of hypertensive patients in a western rural area of China: a cross-sectional study / Chenli Wang, Juntao Lang, Lixia Xuan, Xuemei L, Liang Zhang // *Int J Equity Health.* -2017, 16: 58.
 108. Stephen D Persell / Associations Between Health Literacy and Medication Self-Management Among Community Health Center Patients with Uncontrolled Hypertension / Stephen D Persell, Kunal N Karmali, Ji Young Lee, Danielle Lazar, Tiffany Brown, Elisha M Friesema, Michael S Wolf // *Patient Prefer Adherence.* -2020, 14: 87-95.
 109. Gaukhar Kayupova / Health Literacy among Visitors of District Polyclinics in Almaty, Kazakhstan / Gaukhar Kayupova, Botagoz Turdaliyeva, Kazbek Tulebayev, Tuyen Van Duong, Peter Wushou Chang, Diana Zagulova // *Iran J Public Health.* -2017, 46(8): 1062-1070.
 110. Rebecca L. Jessup / Health literacy of recently hospitalised patients: a cross-sectional survey using the Health Literacy Questionnaire (HLQ) / Rebecca L. Jessup, Richard H. Osborne, Alison Beauchamp, Allison Bourne, Rachelle Buchbinder // *BMC Health Serv Res.* -2017, 17: 52.
 111. Saber Gaffari-fam / Adherence to a Health Literacy and Healthy Lifestyle with Improved Blood Pressure Control in Iran / Saber Gaffari-fam, Towhid Babazadeh,

- Shahram Oliaei, Leila Behboodi, Amin Daemi // Patient Prefer Adherence. -2020, 14: 499-506.
112. World Health Organization. Hypertension: fact sheet. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>. Accessed February 2, 2020.
 113. Benjamin EJ, Virani SS, Callaway CW, et al. / American Heart Association Council on epidemiology and prevention statistics committee and stroke statistics subcommittee. Heart disease and stroke statistics-2018 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*. 2018; 137(12):e67–e492.
 114. Jacqueline R. Halladay / The Association of Health Literacy and Blood Pressure Reduction in a Cohort of Patients with Hypertension: The Heart Healthy Lenoir Trial / Jacqueline R. Halladay [и др.] // *Patient Educ Couns*. -2017, 100(3): 542-549.
 115. Xavier Debussche / Characterisation of health literacy strengths and weaknesses among people at metabolic and cardiovascular risk: Validity testing of the Health Literacy Questionnaire / Xavier Debussche [и др.] // *SAGE Open Med*. -2018, 6: 2050312118801250.
 116. Fateme Chajae / Relationship between health literacy and knowledge among patients with hypertension in Isfahan province, Iran / Fateme Chajae, Asiyeh Pirzadeh, Akbar Hasanzadeh, Firoozeh Mostafavi // *Electron Physician*. -2018, 10(3): 6470-6477.
 117. Aghaei Meybodi HR, Khashayar P, Rezai Homami M, Heshmat R, Larijani B. Prevalence of hypertension in an Iranian population. *Ren Fail*. 2014; 36(1):87–91.
 118. Gülay Yilmazel / Relation between Health Literacy Levels, Hypertension Awareness and Control among Primary-secondary School Teachers in Turkey / Gülay Yilmazel, Fevziye Çetinkaya // *AIMS Public Health*. -2017, 4(4): 314-325.
 119. Sarah S Richtering / eHealth Literacy: Predictors in a Population With Moderate-to-High Cardiovascular Risk / Sarah S Richtering [и др.] // *JMIR Hum Factors*. -2017, 4(1): e4.
 120. Janet Smylie / Primary care intervention to address cardiovascular disease medication health literacy among Indigenous peoples: Canadian results of a pre-post-design study / Janet Smylie [и др.] // *Can J Public Health*. -2018, 109(1): 117–127.
 121. Statistics Canada (2011). The 10 leading causes of death, 2011.
 122. Ahra Jo / The roles of health literacy and social support in improving adherence to self-care behaviours among older adults with heart failure / Ahra Jo, Eun Ji Seo, Youn-Jung Son // *Nurs Open*. -2020, 7(6): 2039–2046.
 123. Aleda M. H. Chen / Relationships between health literacy and heart failure knowledge, self-efficacy, and self-care adherence / Aleda M. H. Chen [и др.] // *Res Social Adm Pharm*. -2014, 10(2): 378–386.
 124. Peterson PN, Shetterly SM, Clarke CL, et al. Health literacy and outcomes among patients with heart failure. *JAMA*. 2011;305(16):1695–1701.
 125. Helle Terkildsen Maindal / Cultural adaptation and validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ): robust nine-dimension Danish language confirmatory factor model / Helle Terkildsen Maindal, Lars Kayser, Ole Norgaard, Anne Bo, Gerald R. Elsworth, Richard H. Osborne // *Springerplus*. -2016, 5(1): 1232.

126. Ahmad Johari Naimi / Correlation between health literacy and health-related quality of life in patients with hypertension, in Tehran, Iran, 2015–2016 / Ahmad Johari Naimi, Nadereh Naderiravesh, Zahra Safavi Bayat, Nezhat Shakeri, Mahsa Matbouei // *Electron Physician*. -2017, 9(11): 5712–5720.
127. PH Chau / Development and Validation of Chinese Health Literacy Scale for Low Salt Consumption - Hong Kong Population (CHLSalt-HK) / PH Chau, Angela Y. M. Leung, Holly L. H. Li, Mandy Sea, Ruth Chan, Jean Woo // *PLoS One*. -2015, 10(7): e0132303.
128. Habibolah Khazaei / Design and Standardization of Tools for Assessing the Perceived Heart Risk and Heart Health Literacy in Iran / Habibolah Khazaei, Saeid Komasi, Ali Zakiei, Mohsen Rezaei, Peyman Hatamian, Mohammad Jashnpoor, Mozhgan Saeidi // *Ann Card Anaesth*. -2018, 21(1): 46–52.
129. Cajita MI, Cajita TR, Han HR. Health Literacy and Heart Failure: A Systematic Review. *J Cardiovasc Nurs*. 2016;31(2):121-130. doi:10.1097/JCN.0000000000000229.
130. George A Mensah, and Laurence S. Sperling. Socioeconomic Status and Cardiovascular Outcomes: Challenges and Interventions. *Circulation*. 2018;137(20):2166–2178. DOI:10.1161/CIRCULATIONAHA.117.029652.
131. Writing C, Smith Jr SC, Collins A, et al. Our time: a call to save preventable death from cardiovascular disease (heart disease and stroke). *Glob Heart*. 2012; 7:297–305.
132. Artinian NT, Fletcher GF, Mozaffarian D, et al. Interventions to promote physical activity and dietary lifestyle changes for cardiovascular risk factor reduction in adults: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*.2010;122:406–441.
133. Smith SK, Dixon A, Trevena L, Nutbeam D, McCaffery KJ. Exploring patient involvement in healthcare decision making across different education and functional health literacy groups. *Soc Sci Med*. 2009; 69:1805–1812.
134. Kutner M, Greenburg E, Jin Y, Paulsen C. The Health Literacy of America's Adults: Results from the 2003 National Assessment of Adult Literacy. NCES 2006-483. Washington, DC: National Center for Education Statistics; 2011.
135. Mcnaughton CD, Collins S, Kripalani S, Arbogast P, Naftilan A, Dittus RS. Lower numeracy is associated with increased odds of 30-day emergency department and hospital recidivism for patients with acute heart failure. *Circ Hear Fail*. 2013;6(1):40–46. doi:10.1161/CIRCHEARTFAILURE.112.969477.Lower.
136. Chen AMH, Yehle KS, Plake KS, Murawski MM, Mason HL. Health literacy and self-care of patients with heart failure. *J Cardiovasc Nurs*. 2011;26(6):446–451. doi:10.1097/JCN.0b013e31820598d4.
137. Chen AMH, Yehle KS, Albert NM, et al. Relationships between health literacy and heart failure knowledge, self-efficacy, and self-care adherence. *Res Soc Adm Pharm*. 2014;10(2):378–386. doi:10.1016/j.sapharm.2013.07.001.
138. Robinson S, Moser D, Pelter MM, Nesbitt T, Paul SM, Dracup K. Assessing health literacy in heart failure patients? *J Card Fail*. 2011; 17(11):887–892. doi:10.1016/j.cardfail.2011.06.651.Assessing.

139. Консорциум HLS-EU, «Сравнительный отчет о санитарной грамотности в восьми странах-членах ЕС», Консорциум HLS-EU, 2012 г., <http://www.healthliteracy.eu>.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1.

АНКЕТА «ПРОФИЛАКТИКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ»

Уважаемый респондент!

**Просим Вас заполнить анкету по вопросам профилактики
сердечно-сосудистых заболеваний**

(Пожалуйста, отметьте Ваш вариант ответов)

- раз в месяц и реже не измеряю

15. Артериальное давление измеряется только при ухудшенном состоянии?

- да нет не знаю

16. Нормальное АД у взрослого человека не должно превышать показатели

- 110/70 120/80 140/90 160/100

17. Как можно уберечь себя от заболеваний сердечно-сосудистой системы? (можно указать несколько вариантов)

- вести активный образ жизни правильно питаться
 отказаться от вредных привычек затрудняюсь ответить
 избегать стресса иное _____

18. Считаете ли Вы, что курение влияет на развитие сердечно-сосудистых заболеваний?

- Да Нет затрудняюсь ответить

19. Вы курите? Да Нет

20. Вы употребляете алкогольные напитки? Да Нет

21. Как Вы предпочитаете снимать стресс? (можно выбрать несколько вариантов)

- физическая активность перекус, еда
 сон 7-8 часов общение с

друзьями/родственниками

- хобби другое _____
 лекарство

22. Используете ли Вы лекарственные средства без назначения врача?

- да, часто иногда не использую

23. Выполняете ли Вы рекомендации врача по приему лекарственных средств?

- да нет иногда

24. Как часто Вы обращаетесь за медицинской помощью?

- только при заболевании 2 раза в год
 в целях профилактики ежегодно

25. Рекомендованное ограничение соли при сердечно-сосудистых заболеваниях:

- 1 гр/сутки 3-5 гр/сутки 6-8 гр/сутки 7-10 гр/сутки

26. Рекомендованное количество шагов в день для профилактики болезней БСК

- 1000 шагов 2000 шагов 3000-4000 шагов 8000-10000 шагов

27. Сколько минут в день Вы уделяете в день прогулке, ходьбе?

- до 30 минут 30-60 минут 1,5 часа 2 часа

28. Знаете ли Вы о программе управления здоровьем?

- да нет

**29. В каком виде Вы предпочитаете получать медицинскую информацию?
(можно выбрать несколько вариантов)**

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="radio"/> буклеты, листовки | <input type="radio"/> телевидение |
| <input type="radio"/> поликлиника (у медицинских работников) | <input type="radio"/> интернет |
| <input type="radio"/> печатные СМИ, книги | <input type="radio"/> социальные сети |
| <input type="radio"/> родственники, друзья | |

30. Какой информации по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний Вы доверяете? (можно выбрать несколько вариантов)

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> буклеты, листовки | <input type="radio"/> поликлиника (у медицинских работников) |
| <input type="radio"/> телевидение | <input type="radio"/> печатные СМИ, книги |
| <input type="radio"/> интернет, социальные сети | <input type="radio"/> родственники, друзья |

**Благодарим за участие в анкетировании!
Вы помогли нам сделать информирование по вопросам сердечно-сосудистых заболеваний лучше и доступнее!**