



Doi: <https://doi.org/10.15407/dse2019.01.041>

УДК 314: 316.(477)

JEL CLASSIFICATION: J11, J28

## Н.О. РИНГАЧ

д-р наук з держ. упр., голов. наук. співроб.  
Інститут демографії та соціальних  
досліджень ім. М.В. Птухи НАН України  
01032, Україна, Київ, бул. Т. Шевченка, 60  
E-mail: n\_rungach@ukr.net; n\_rungach@idss.org.ua

## ОБІЗНАНІСТЬ НАСЕЛЕННЯ ЩОДО ФАКТОРІВ РИЗИКУ ЯК АСПЕКТ САНІТАРНОЇ ГРАМОТНОСТІ В УКРАЇНІ

*Мета статті* – окреслити сучасні підходи до оцінки санітарної грамотності, виявити й охарактеризувати за результатами двоетапного соціологічного дослідження рівень обізнаності населення працездатного віку про фактори ризику й активність з їх мінімізації як аспект санітарної грамотності в Україні. Використано метод глибинних інтерв'ю (N20) та метод особистих формалізованих інтерв'ю (N2000). Опитування серед репрезентативної вибірки населення у працездатному віці здійснено відповідно до розробленої методології якісного і кількісного етапів дослідження з застосуванням спеціального інструментарію збору даних.

Дослідження виконано у 2017 році на замовлення Дніпропетровської обласної державної адміністрації за фінансової підтримки Світового Банку. Проаналізовано поінформованість населення працездатного віку щодо факторів ризику серцево-судинних захворювань як передумову їх ефективної профілактики та лікування. Показано, що за достатньої поінформованості в цілому, частина опитаних має неглибокі або фрагментарні знання про фактори ризику. Знають про основні п'ять факторів ризику (підвищений артеріальний тиск, тютюнопаління, гіподинамія, ожиріння та надмірна вага, надмірне вживання алкоголю) лише 20 %, про чотири (за винятком чиннику «надмірне вживання алкоголю») – 31,2 % респондентів. Доведено недостатнє охоплення консультуванням стосовно корекції факторів ризику (лише кожен четвертий (25,3 %) отримував упродовж останніх 12 місяців від сімейного / дільничного лікаря або медичної сестри конкретні поради, які стосувалися їх мінімізації). Результати кількісного дослідження підтверджують якісно виявлений розрив між знаннями та діями. Доведено, що основний акцент у профілактичній роботі треба робити на ліквідації цього розриву через підвищення усвідомлення можливості власного впливу на стан здоров'я, мотивації до здорового вибору та мінімізації дії факторів ризику. Обґрунтовано необхідність міжсекторального підходу до підвищення санітарної грамотності.

**Ключові слова:** санітарна грамотність, грамотність із питань здоров'я, обізнаність населення, населення працездатного віку, основні фактори ризику, розрив між знаннями та діями, соціологічне дослідження.

© РИНГАЧ Н.О., 2019

ISSN 2072-9480. Демографія та соціальна економіка, 2019, № 1 (35): 41–52

41

**Н.А. РЫНГАЧ**

д-р наук по гос. упр., глав. науч. сотр.  
Институт демографии и социальных  
исследований им. М.В. Птухи НАН Украины  
01032, Украина, Киев, бул. Т. Шевченко, 60  
E-mail: n\_ryngach@ukr.net; n\_ryngach@idss.org.ua

**ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ О ФАКТОРАХ РИСКА  
КАК АСПЕКТ САНИТАРНОЙ ГРАМОТНОСТИ В УКРАИНЕ**

*Цель статьи – изложить современные подходы к оценке санитарной грамотности; выявить и охарактеризовать по результатам двухэтапного социологического исследования уровень осведомленности населения трудоспособного возраста о факторах риска и активность для их минимизации как аспекта санитарной грамотности в Украине. Использован метод глубинных интервью (N20) и метод личных формализованных интервью (N2000). Опрос среди репрезентативной выборки населения в трудоспособном возрасте осуществлен согласно разработанной методологии качественного и количественного этапов исследования с применением специальной инструментария сбора данных. Исследование выполнено в 2017 году по заказу Днепропетровской областной государственной администрации при финансовой поддержке Всемирного Банка. Показано, что при относительно хорошей информированности в целом, часть опрошенных имеет поверхностные либо частичные знания о факторах риска сердечно-сосудистых заболеваний. Осведомлены обо всех основных пяти факторах риска лишь 20 %, о четырех (за исключением злоупотребления алкоголем) – 31,2 % респондентов. Доказана недостаточность охвата консультированием относительно коррекции факторов риска (конкретные советы от семейного / участкового врача или медсестры по их минимизации получал за последние 12 месяцев лишь каждый четвертый (25,3 %). Результаты количественного исследования подтвердили качественно установленный разрыв между знаниями и действиями. Доказано, что основной акцент в профилактической работе следует делать на ликвидации этого разрыва путем повышения осознания возможности собственного влияния на состояние здоровья, мотивации к здоровому выбору и минимизации воздействия факторов риска. Обоснована необходимость межсекторального подхода для повышения санитарной грамотности населения.*

**Ключевые слова:** санитарная грамотность, грамотность по вопросам здоровья, осведомленность населения, население трудоспособного возраста, основные факторы риска, разрыв между знаниями и действиями, социологическое исследование.

*N.O. Ryngach*

Dr. Sc. (Degree in Public Administration), Leading research fellow  
Ptoukha Institute for Demography and Social Studies  
of the National Academy of Sciences of Ukraine  
01032, Ukraine, Kyiv, blvd Taras Shevchenko, 60  
E-mail: n\_ryngach@ukr.net; n\_ryngach@idss.org.ua

**AWARENESS OF POPULATION ABOUT RISK FACTORS  
AS AN ASPECT OF HEALTH LITERACY IN UKRAINE**

*The article is devoted to the analysis of awareness about risk factors as an important aspect of health literacy in Ukraine. The aim is to identify and characterize the awareness of residents in working age of the Dnipropetrovsk region about key risk factors and activity to minimize them. The method of in-depth interviews (N20) and the method of personalized formal interviews (N2000) have been used. The survey among the representative sample of the population of working age was carried out according to a specially developed methodology of qualitative and quantitative research stages and data collection tools. The research was conducted in 2017 on request of the Dnipropetrovsk Regional State Administration with the financial support of the World Bank. The author analyzes the awareness of the working-age population about the risk factors of cardiovascular diseases as a prerequisite for effective prevention and treatment of cardiovascular diseases. It is shown that with a fairly good awareness in general, some respondents have incomplete or fragmentary knowledge of the risk factors for cardiovascular diseases. Only 20 % are aware of all five key risk factors (high blood pressure, tobacco smoking, physical inactivity, obesity and overweight, harmful use of alcohol), 31.2 % – of four risk factors ((with the elimination*

*of excessive use of alcohol). Insufficient coverage of counseling on risk factor correction has been proven: only one fourth of respondents (25.3 %) received specific recommendations on correction for CVD risk factors from family/district doctors or nurses during recent 12 months. Qualitative research has revealed, and quantitatively confirmed the gap between knowledge and actions of people. It is proved that the main emphasis in preventive work should be done to eliminate it by raising awareness of their own capacity to influence health and motivate healthy choices and actions to minimize risk factors. The necessity of the inter-sectoral approach for increasing sanitary literacy has been substantiated.*

**Keywords:** health literacy, population's awareness, people of working age, key risk factors, gap between knowledge and actions, sociological research.

**Питання:** Чи знайоме Вам поняття «фактор ризику»?

**Відповідь:** Я в цьому факторі і знаходжусь...

Чоловік з Магдалинівського р-ну, 55 років.

**Постановка проблеми.** Санітарна грамотність є однією з ключових детермінант здоров'я. Недостатня санітарна грамотність є вагомим чинником виснаження кадрових і фінансових ресурсів охорони здоров'я і перешкодою на шляху сталого розвитку. На Європейській нараді ВООЗ національних керівників і менеджерів програм з неінфекційних захворювань (Москва, червень 2017 р.) підкреслено, що поточні зусилля для скорочення передчасної смертності включають підвищення інформованості про небезпеку факторів ризику, відповідно, оцінювання факторів ризику є одним із десяти індикаторів прогресу у цій царині [1, 2]. Беззаперечним є зв'язок між рівнем грамотності з питань здоров'я населення загалом та поінформованістю щодо факторів ризику (ФР) для здоров'я, (у т. ч. конкретно щодо серцево-судинних захворювань (ССЗ), і ефективністю стратегій, спрямованих на покращення громадського здоров'я.

**Актуальність дослідження.** Одним із завдань для досягнення в Україні 17 глобальних Цілей Сталого Розвитку, зокрема «Цілі 3. Міцне здоров'я і благополуччя», є завдання стосовно зниження передчасної смертності від неінфекційних захворювань [3], реалізацію якого неможливо уявити без мінімізації або усунення дії основних чинників ризику. Зрозуміло, що необхідною передумовою зменшення негативного впливу цих факторів є обізнаність населення щодо них у цілому, наявності у себе зокрема, усвідомлення механізмів такого впливу і можливостей уникнути або зменшити згубну для здоров'я дію, а також здатність знайти і зрозуміти необхідну інформацію. Так, знання і навички є важливою складовою санітарної грамотності (СГ) або грамотності з питань здоров'я (*Health Literacy*).

На думку К. Соренсена і Х. Бранда (К. Sorensen, Н. Brand) [4] з Маастрихтського університету, рівень грамотності в питаннях здоров'я змінюється як поступово – з дорослішанням і отриманням освіти, так і у зв'язку з певними подіями протягом життя (батьківство, хвороба члена родини тощо), та перебуває під впливом ситуаційних, соціальних та екологічних детермінант (освітній статус є однією з найважливіших). Таким чином, санітарна грамотність формується під впливом різноманітних чинників, починаючи з умов перших років життя; досвіду, отриманого впродовж всього життєвого шляху; знань і навичок, набутих за безпосередньої участі систем освіти, охорони здоров'я, ЗМІ, родини, громади тощо. Відповідно, будь-яка діяльність із формування та підвищення рівня СГ є багатосекторальною, але сектор охорони здоров'я має бути її лідером. Недооцінювання потенційної ролі медичної просвіти у покращанні соціальних детермінант здоров'я визнано небезпечним [5].

За будь-якої політичної системи упровадження політики і стратегій неможливе без розуміння контексту, особливостей середовища, у якому вони покликані забез-

печити зміни (місцевого чи національного рівня, певної соціальної групи). Будь-яке заплановане втручання програмного характеру має враховувати потенційний вплив культурних відмінностей на передачу і розуміння медичної інформації. На вибір заходів, спрямованих на підвищення рівня СГ, мають впливати: мова, соціально-економічний стан, гендерна, расова й етнічна приналежність, маскультура (від формування новин, реклами, маркетингу до вичерпності джерел медичної інформації, доступних через віртуальні канали).

Дніпропетровську область для соціологічного дослідження обрано через актуальність у ній проблем, пов'язаних із високим рівнем поширення серцево-судинної патології та значних втрат населення через це. Так, у 2016 р. стандартизований показник смертності від хвороб системи кровообігу становив 726,7 (для порівняння: Україна – 607,4; Швеція – 159 на 100 тис. нас. відповідно).

Для розробки і реалізації заходів, спрямованих на підвищення рівня СГ як запоруки покращення здоров'я, необхідне усвідомити реальну ситуацію з обізнаністю населення щодо основних чинників ризику та активності з усунення їх негативного впливу.

**Мета статті:** окреслити сучасні підходи до оцінювання СГ; виявити й охарактеризувати за результатами двоетапного соціологічного дослідження рівень обізнаності населення працездатного віку щодо факторів ризику та установку з їх мінімізації як аспектів СГ в Україні. Загальнопсихологічна теорія установки на основі численних експериментальних досліджень розроблена Д.Н. Узнадзе та його школою

**Наукова новизна** полягає у оцінці рівня СГ населення працездатного віку в частині обізнаності щодо основних факторів ризику як недостатнього, доведенні істотного розриву між поінформованістю та конкретними діями (як пересічних громадян, так і осіб з наявним захворюванням).

**Методи дослідження:** контент-аналіз (для вивчення сучасних підходів з оцінювання СГ) та соціологічний (для оцінки одного з аспектів СГ). Соціологічне двоетапне дослідження виконано у 2017 р. на замовлення Дніпропетровської обласної державної адміністрації за фінансової підтримки Світового Банку в рамках проекту «Поліпшення здоров'я на службі у людей». У опитувальниках фігурували питання обізнаності щодо факторів ризику, активності стосовно корегування факторів ризику і консультування з відповідних питань на первинному рівні надання медичної допомоги.

На **якісному** етапі проведено глибинні інтерв'ю серед відвідувачів спеціалізованих медичних закладів низки адміністративно-територіальних одиниць за наведеними квотами (випадковий відбір із рівномірним охопленням пацієнтів віком 40–59 років). За поінформованої згоди респондентів проведено 20 глибинних інтерв'ю у п'яти локаціях. Збір, зберігання і аналіз даних здійснено з дотриманням етичних стандартів і захисту права учасників дослідження на добровільність, анонімність і конфіденційність.

На **кількісному** етапі на основі вибіркового обстеження домогосподарств методом *face-to-face* інтерв'ю опитано 2000 респондентів віком 18–59 рр. (67,1 % жінок і 32,9 % чоловіків), які представляли все населення Дніпропетровської області. Близько 80 % з них становили городяни, решта – мешканці сільської місцевості). 800 респондентів мали діагноз «артеріальна гіпертензія» (кількість розраховано відносно до методології дослідження).

**Аналіз останніх досліджень і публікацій.** Систематичний огляд і аналіз досліджень у цьому напрямі К. Ейхлера зі співавторами (К. Eichler, S. Wieser, U. Brügger) показав,

що обмеженість СГ у ряді розвинутих країн є значною – від 34 до 59 %. При цьому витрати через обмежену СГ у Швейцарії та США становили 3–5 % бюджету медико-санітарної допомоги на рік. На рівні пацієнтів додаткові витрати на рік на людину з обмеженою СГ у порівнянні з особами з адекватним її рівнем коливаються від 143 до 7 798 \$ США [6]. Через обмежену СГ у Канаді у 2009 р. втрачено понад 8 млрд \$ США [7, с. 12]. Але щодо економічної ефективності заходів, спрямованих на підвищення рівня СГ, відомостей дуже мало.

Дослідження у восьми європейських країнах у рамках *European Health Literacy Project 2009–2012* показало, що майже половина всіх опитаних має недостатній або проблематичний рівень СГ (від 29 % в Нідерландах до 62 % у Болгарії). Найуразливішими є групи з низьким соціальним статусом, (у яких нижча: самооцінка соціального статусу, рівень освіти, та доходу, є проблеми з оплатою медичних рахунків); з гіршим станом здоров'я, визначеним на підставі самооцінки здоров'я, наявності хронічної хвороби і обмежень у діяльності через порушення здоров'я; особи старшого віку [8]. У соціологічному дослідженні Д. Шушпанова (D. Shushpanov) СГ в Україні у ранньому періоді життя оцінено виключно через обізнаність із чинниками ризику для здоров'я [9].

Важливим аспектом є залучення громади до спільного створення навігаційних послуг у сфері охорони здоров'я, спрямованих на підвищення інклюзії. Певна частина пацієнтів стикається з перешкодами у доступі та орієнтації в складних системах охорони здоров'я, не може отримати інформацію, і, відповідно, потрібні послуги, вжити заходів для поліпшення свого здоров'я. Низький рівень СГ впливає на здатність осіб користуватися доступною медичною допомогою. Деякі соціальні групи (малоосвічені, представники окремих етнічних груп, отримувачі соціальної допомоги тощо) непропорційно сильно потерпають через це, стикаючись зі значними перешкодами у навігації системою охорони здоров'я та у самостійному управлінні хронічними захворюваннями, що у результаті сприяє збереженню диспропорцій у доступі до медичної допомоги та послуг. На думку У. Мітік, І. Рутман (W. Mitic, I. Rootman), одним зі шляхів обмеження очікуваного у майбутньому поширення епідемії хронічних неінфекційних захворювань і пов'язаних із цим викликів суспільству та системі охорони здоров'я, є залучення пацієнтів до більш ефективного самоуправління [10], що є проблематичним без певного рівня СГ.

**Виклад основного матеріалу дослідження.** У 2012 році Європейським консорціумом з санітарної грамотності прийнято дефініцію СГ або грамотності з питань здоров'я. Так, СГ пов'язана з загальною грамотністю та означає наявність у людини знань, мотивації та умінь, необхідних для отримання, розуміння, оцінки та використання медичної інформації для того, щоб формувати власні судження та ухвалювати рішення у повсякденному житті щодо медико-санітарної допомоги, профілактики захворювань та зміцнення здоров'я, для підтримки або покращання якості життя на всіх етапах [7]. У людей із міцними знаннями і сталими навичками в сфері СГ, як правило, краще здоров'я і благополуччя, ніж у тих, хто має низький рівень СГ та частіше практикує ризиковану поведінку.

Виділено 12 ознак санітарної грамотності (табл. 1), серед яких – здатність отримати, зрозуміти та усвідомити інформацію щодо різноманітних ризиків для здоров'я, спроможність її оцінити та скласти власну думку, а також застосувати осмислену інформацію для зменшення негативного впливу ризиків на власне здоров'я та здоров'я близьких (насамперед залежних членів родини).

Таблиця 1. Складові санітарної грамотності

Санітарна грамотність	Знайти / отримати інформацію щодо здоров'я	Зрозуміти інформацію щодо здоров'я	Оцінити інформацію і сформулювати власну думку	Застосувати / використати інформацію щодо здоров'я
Зміцнення здоров'я	Здатність отримати актуальну інформацію з питань здоров'я	Здатність зрозуміти та усвідомити інформацію щодо здоров'я	Здатність витлумачити і оцінити інформацію щодо здоров'я	Здатність застосувати отриману інформацію на основі усвідомленого
Профілактика захворювань і травм	<b>Здатність отримати інформацію щодо ризиків для здоров'я</b>	<b>Здатність зрозуміти та усвідомити інформацію щодо ризиків для здоров'я</b>	<b>Здатність витлумачити і оцінити інформацію щодо ризиків для здоров'я</b>	<b>Здатність осмислити інформацію щодо актуальності певних ризиків для власного здоров'я / чи здоров'я близьких з метою мінімізації ризиків</b>
Медико-санітарна допомога	Здатність отримати актуальну інформацію з медичних і клінічних питань	Здатність зрозуміти та усвідомити інформацію з медичних і клінічних питань	Здатність витлумачити і оцінити інформацію з медичних і клінічних питань	Здатність свідомо обрати рішення з медичних і клінічних питань

Джерело: адаптовано з [8].

Грамотна з питань здоров'я особа має бути здатна отримати оцінити інформацію, необхідну для:

- розуміння і виконання настанов із самодопомоги, у т. ч. дотримання режимів щоденного (довготривалого) лікування;
- планування і здійснення корекції способу життя, необхідних для покращання здоров'я;
- усвідомленого ухвалення рішень, що стосуються здоров'я;
- розуміння, **як і коли** у разі необхідності звертатися по медико-санітарну допомогу;
- участі **разом з іншими** у заходах з покращання здоров'я і в вирішенні питань громадського здоров'я в місцевій громаді і суспільстві (елемент політичної грамотності) (за [7, с. 29]).

З усіх чинників, які впливають на здоров'я та є результатом поєднання впливу факторів метаболічних (зумовлених фізіологією людини), довкілля, і поведінки, зазвичай виокремлюють основні ФР, внесок яких у глобальний тягар захворювань, у т. ч. смертність, є найвагомимим. У Європейському інструменті оцінки санітарної грамотності (анкета з 47 питань, що допомагає оцінити суб'єктивне сприйняття труднощів із вирішенням проблем, пов'язаних зі здоров'ям) частина питань стосується саме цих ФР. Наприклад, питання щодо спроможності знайти і зрозуміти інформацію про те, як управляти нездоровими поведінковими чинниками (тютюнопаління, низька фізична активність і зловживання алкоголем), або як запобігти чи керувати метаболічними чинниками (надмірна вага, високі артеріальний тиск і рівень холестерину) та здійснювати певні дії з їх мінімізації.

У нашому дослідженні увагу було сфокусовано на п'яти факторах (підвищений артеріальний тиск (АТ), тютюнопаління, гіподинамія, ожиріння та надмірна вага, надмірне вживання алкоголю). Підкреслимо, що окрім розвитку неінфекційних хвороб, насамперед ССЗ, вагомим є внесок названих чинників у втрати життя і здоров'я, пов'язані з екзогенною патологією (травми в побуті і на виробництві, ДТП, насилля, суїцид тощо).

Аналіз глибинних інтерв'ю виявив, що лише одна жінка з Дніпра із вищою освітою, що перенесла інфаркт міокарду, мала вірне уявлення про фактори ризику серцево-судинних захворювань і змогла його сформулювати (*але попередила, що отримала ці знання після визначення діагнозу*). Решта, мала часткові і навіть помилкові знання про ФР серцево-судинних захворювань, при цьому дехто висловлював жаль із приводу недооцінки наявності ФР у минулому.

Дехто плував ФР і наявність власне серцево-судинного захворювання, дехто – групи ризику і фактори ризику. Цікаво, що в першу чергу називали фактори, які не модифікуються (вік, спадковість), а серед інших найчастіше говорили про підвищений АТ (нагадаємо, серед опитаних здорових не було). Знали про негативний вплив тютюнопаління всі опитані (один чоловік після інфаркту міокарда, що викурював пачку цигарок на день, сумнівався – *«напевно, впливає»*). Також всі визнали згубний вплив куріння на наявне ССЗ, і навіть демонстрували обізнаність щодо його впливу на розвиток онкозахворювань, але при цьому багато опитаних курили, незважаючи на серйозність патології. Більшість упевнена у важливості такого ФР як гіподинамія у виникненні і прогресуванні ССЗ, але отримувані рекомендації фахівця з лікувальної фізкультури залишилися рекомендаціями: *«давали распечатку – как заниматься, что занимается, ну распечатка лежит, даже не знаю, где»*. Достатньо поширеним є розуміння шкідливості зайвої ваги та причин її зростання.

Упевнені у шкідливості надмірного вживання алкоголю всі, але про вживання у різних дозах упродовж останніх 30 днів перед інтерв'ю повідомило більше половини групи. Кинули пити двоє чоловіків, посилаючись на примус з боку лікарів та близьких.

Конкретні поради стосовно всіх або окремих ФР упродовж останніх 12 місяців отримали майже всі. Важливо, що частина говорила про свою участь в ухваленні рішення щодо корекції (мінімізації або усунення) конкретних ФР.

Кількісне дослідження показало, що більшості респондентів (86 %) знайомий термін «фактор ризику ССЗ». Зазвичай, при згадці про «фактор ризику ССЗ» найчастіше на думку спадає підвищений артеріальний тиск (так думали 78,6 %), наступними за частотою згадування виявились надмірна вага (56,6 %) та тютюнопаління (55,5 %). Одночасно обізнані про п'ять основних факторів ризику лише 20 %, тоді як про чотири з них (за винятком надмірного вживання алкоголю) поінформована більша частка – 31,2 %.

Не завжди необізнаність із терміном тотожна браку знань про суть поняття. Так, відповіді на запитання *«Що перше спадає на думку, коли чуєте слова «фактор ризику ССЗ?»* тих, хто був знайомий із цим терміном, і тих, хто раніше його не чув, виявились подібними за переліком (табл. 2). Відмінність стосувалася частоти згадування певного чинника як такого, що співвідноситься з поняттям *«фактор ризику ССЗ»*. Закономірно, що у першій групі більша частка вказала всі п'ять основних чинників ризику (понад 80 % назвала підвищений артеріальний тиск, майже 60 % – тютюнопаління і надмірну вагу, понад 59 % – гіподинамію). Натомість респонденти у другій групі відносно частіше згадували такий фактор як зловживання алкоголем (друге

Таблиця 2. Розподіл відповідей на запитання «Що перше приходить на думку, коли чуєте слова «фактор ризику ССЗ?» (залежно від попереднього знайомства з терміном), %

Все населення	Чули раніше термін «фактор ризику ССЗ»	Не чули термін «фактор ризику ССЗ»
Підвищений артеріальний тиск (78,6)	81,4	61,3
Тютюнопаління (55,5)	58,5	37,2
Гіподинамія (недостатня фізична активність, малорухливий спосіб життя) (47,8)	50,5	31,8
Ожиріння (надмірна вага) (56,6)	59,6	38,4
Надмірне вживання алкоголю (зловживання алкоголем) (41,9)	42,3	39,7
Інше (7,2)	7,1	8,3

Джерело: дані соціологічного дослідження у Дніпропетровській області в рамках проекту «Поліпшення здоров'я на службі у людей».

місце за частотою). Менша частка опитаних другої групи (61,3 %) говорила про високий АТ (тобто майже третина не сприймала його як фактор ризику!).

Симптоматично, що практично кожен третій із тих, хто говорив про «інше», назвали стрес, значна частина згадала про спадковість. Такий важливий чинник, як цукровий діабет, назвали лише двоє з 2000. Також підтвердилось зафіксоване на якісному етапі дослідження уявлення жителів області щодо тісного зв'язку ССЗ з такими факторами як екологічний, та хронічне недосипання і втома.

Однак отримували впродовж останніх 12 місяців від сімейного / дільничного лікаря або медичної сестри конкретні поради, які стосувалися ФР ССЗ, лише 25,3 % опитаних. Важливо, що у 87,6 % випадків такого консультування надавалися аргументи і пояснення – чому і як впливають ці фактори саме на респондента, якими можуть бути наслідки бездіяльності або успішних цілеспрямованих дій зі зменшення впливу цих чинників (всіх або одного з них).

Аналіз показав, що опитані, яким упродовж життя був поставлений діагноз «артеріальна гіпертензія», розвиток захворювання у себе пов'язували з рядом причин<sup>1</sup>, серед яких відносно рідко фігурували поведінкові ФР, корекцію яких можна було б здійснити власними силами. Найчастіше опитані вказували на зв'язок зі стресом, значним нервовим і фізичним навантаженням (рисунок), вважали хворобу пов'язаною з сімейною схильністю. Приблизно по 15 % вважали причиною гіподинамію та нехтування або недостатню увагу до початкових проявів хвороби, і лише 10,7 % пов'язувало хворобу зі шкідливими звичками (надмірним вживанням алкоголю та тютюнопалінням). Майже кожний десятий не аналізував причини, не ставив перед собою це питання раніше.

Аналіз відповідей ілюструє розрив між знаннями та діями з реального усунення ФР (табл. 3). Майже всі розуміють вагомість підвищеного АТ як фактору ризику і знають, чим він загрожує (найчастіше згадуваним наслідком були інсульт (86,5 %) та інфаркт (72,4 %)). Однак на момент опитування лише дві третини результатів останнього вимірювання (з тих, хто зміг їх надати), не перевищували норми.

<sup>1</sup> Враховувано всі можливі відповіді, якщо респондент вважав виникнення хвороби мультипричинним.



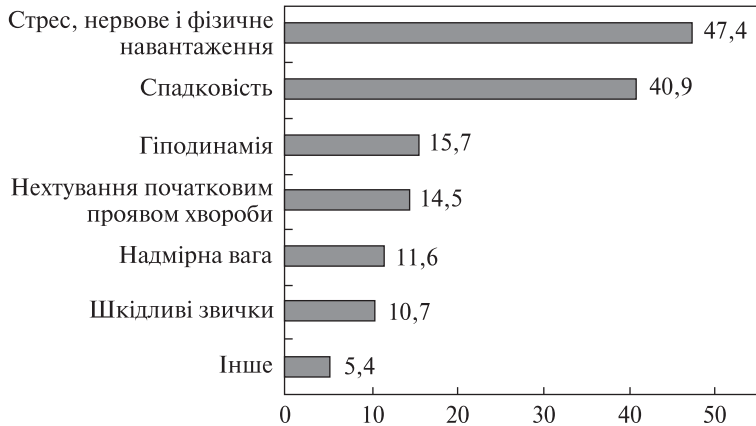


Рисунок. Розподіл імовірних (на думку респондентів) причин розвитку хвороби (ССЗ), %

Джерело: дані соціологічного дослідження у Дніпропетровській області в рамках проекту «Поліпшення здоров'я на службі у людей».

За оцінкою в рамках дослідження Глобального тягаря хвороб (*Global Burden of Disease*) 2017, виконаного фахівцями Інституту вимірювання та оцінювання здоров'я *Institute for Health Metrics and Evaluation*, дія всіх факторів ризику загалом детермінує понад 80 % всіх смертей у 2017 р. в Україні, причому найбільшу частину смертей (оціночний рівень 495,8–662,1 на 100 тис. нас.) – саме чинник підвищеного артеріального тиску. Тягар хвороб, спричинений цим ФР у регіоні Центральної і Східної Європи та Центральної Азії (до якого належить Україна), значно вищий від очікуваного на основі рівня соціально-економічного розвитку цих територій. До речі, в країнах із високим рівнем доходів – навпаки [11, с. 18].

Знали про небезпеку тютюнопаління практично всі респонденти (94 %). При цьому 29,3 % повідомили, що курять на момент опитування, і більшість тих, хто висловлював бажання позбутися шкідливої звички, не зробили цього.

Лише 11,1 % повідомили, що хотіли б припинити вживати алкоголь (серед перешкод цьому найчастіше називають потребу в алкоголі для зняття стресу (34,5 %) або брак сили волі (33,4 %). «Демотиватором» для 35,3 % було бажання бути як всі, побоювання виглядати білою вороною в оточенні, де більшість споживає спиртне. Серед мотивів ті, хто повідомив, що попросився зі зловживанням алкоголем, називали усвідомлення шкоди для здоров'я (54,1 %), його погіршення (39,1 %). Для кожного четвертого вагомим став економічний момент, усвідомлення марного витрачання грошей. Як і у випадку з тютюнопалінням, порівняно рідко згадували про пораду медпрацівника. Серед «іншого» троє вказали на поради священника. Цікавим було формулювання одного чоловіка: «злякався неконтрольованості своєї поведінки».

Таким чином, попри досить високу поінформованість населення працездатного віку про фактори ризику, відповідну СГ не можна назвати вичерпною та повною.

Ліквідація безграмотності є одним із пріоритетних завдань на шляху покращення здоров'я населення. Мінською декларацією (2015) було наголошено на активному залученні громадянського суспільства до процесу підвищення грамотності населення з питань здоров'я і потребі суттєвих інвестицій в освіту пацієнтів [12], що передбачає надання можливості всім людям активно впливати на власне здоров'я, а медичним працівникам – стати посередниками в поширенні таких знань.

Таблиця 3. Зіставлення обізнаності респондентів про основні фактори ризику та результатів активності з їх мінімізації

Чинник (рейтинг за часткою випадків смерті в світі)	Обізнаність респондентів про фактор ризику, %	Результати дій з мінімізації фактору ризику
Підвищений артеріальний тиск	78,6	63,3 %* – 140/90 і нижче
Тютюнопаління	55,5	53,8 % не вживають тютюн, 29,3 % палить зараз; 16,9 % палили раніше, але кинули з різних причин
Гіподинамія	47,8	35,1 % роблять фізичні вправи регулярно
Ожиріння та надмірна вага	56,6	31,2 % оцінили свою вагу як надмірну
Надмірне вживання алкоголю	41,9	55 % вживають зараз, 15 % вживали раніше

\* Тих, хто повідомив про вимірювання АТ за попередні 30 днів (47,6 % від всіх), та зміг надати показники.

Джерело: дані соціологічного дослідження у Дніпропетровській області в рамках проекту «Поліпшення здоров'я на службі у людей».

### Висновки і перспективи подальших досліджень.

1. Рівень санітарної грамотності населення працездатного віку у частині обізнаності щодо основних факторів ризику та установки і дій з їх мінімізації в Україні є недостатнім. Виявлено поєднання достатньо високої поінформованості населення працездатного віку про фактори ризику, їх шкідливу дію на здоров'я, і одночасно – їх наявності, особливо у групі середнього і старшого віку, та низької активності зі зменшення впливу факторів ризику. Лише чверть опитаних повідомили про отримання впродовж останніх 12 місяців від сімейного / дільничного лікаря або медичної сестри порад щодо зменшення дії факторів ризику.

Доведений істотний розрив між поінформованістю та конкретними діями (як пересічних громадян, так і осіб із наявним захворюванням), що є перешкодою реалізації профілактики та зменшує потенційну спроможність українського суспільства запобігати втратам життя і здоров'я, детермінованим факторами ризику.

Отримані завдяки соціологічному дослідженню дані, які характеризують установки і рівні обізнаності конкретних груп населення щодо чинників ризику, а також виявлені прогалини в знаннях повинні слугувати підґрунтям для інформаційно-профілактичних кампаній із залученням різних секторів суспільства. Підвищення рівня освіти з питань охорони здоров'я має вирішальне значення для зростання можливостей людей формувати та якнайдовше зберігати власне здоров'я і здоров'я родин і громад.

2. Наявність у населення вичерпних знань щодо факторів ризику важлива для запобігання, зменшення ймовірності розвитку у конкретної людини захворювання (або відстрочення його виникнення та уповільнення прогресування). Зважаючи на продемонстрований у якісному дослідженні та підтверджений у кількісному розрив між знаннями та діями, основний акцент у превентивній роботі потрібно робити на його ліквідації шляхом підвищення усвідомлення можливості самостійного впливу на стан здоров'я, мотивації до здорового вибору і мінімізації дії факторів ризику.

3. Для підвищення рівня санітарної грамотності населення потрібний підхід, заснований на принципі участі всього суспільства: сектори, установи, наявні інституції та суб'єкти мають об'єднати свої зусилля з метою підвищення рівня санітарної грамотності окремих громадян і громад, та створити умови для розвитку активності з підтримки здоров'я і благополуччя.

4. Практика регулярних опитувань населення за методологією, що надаватиме можливість порівняння результатів як у динаміці, так і між різними територіями, має стати звичним інструментом оцінювання санітарної грамотності в Україні та підґрунтям розробки заходів із підвищення її рівня.

Необхідними також є додаткові дослідження для кращого розуміння економічних аспектів обмеженої санітарної грамотності та економічної ефективності заходів, спрямованих на її зростання.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Reducing premature deaths from NCDs by 45 % – a bold vision discussed by NCD. Programme directors in Moscow 13.07.2017. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/pages/who-european-office-for-the-prevention-and-control-of-noncommunicable-diseases-ncd-office/news/news/2017/07/reducing-premature-deaths-from-ncds-by-45-a-bold-vision-discussed-by-ncd-programme-directors-in-moscow> (дата звернення: 04.12.2018).
2. Noncommunicable diseases progress monitoring. Are we meeting the time-bound United Nations targets? Background paper for the WHO European Meeting of National NCD Directors and Programme Managers, Moscow, Russian Federation, 8–9 June 2017 / WHO Regional Office for Europe. – Copenhagen, 16 p. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0010/340867/Report-2.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/340867/Report-2.pdf?ua=1) (дата звернення: 04.12.2018).
3. Цілі Сталого Розвитку: Україна. Національна доповідь. Міністерство економічного розвитку і торгівлі України, ПРООН, – Київ, 2017. – 176 с.
4. *Sorensen K., Brand H.* Health literacy lost in translations? Introducing the European Health Literacy Glossary // Health Promotion International. – 2014. – 29 (4). – P. 634–644.
5. *Nutbeam D.* Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. // Health Promotion International, Vol. 15, Issue 3, 1; 2000. – P. 259–267. – doi: <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>
6. *Eichler K. et al.* The costs of limited health literacy: a systematic review. Intern. Journal of Public Health. – 2009. – 54. – p. 313–324. – doi: <https://doi.org/10.1007/s00038-009-0058-2>
7. Health literacy. The solid facts / Ed. by I. Kickbusch, J. M. Pelikan, F. Apfel and A. D. Tsouros. WHO, 2013. – 80 p.
8. *Sorensen K., Pelikan J. M., Röthlin F., Ganahl K., Slonska Z., Doyle G., Fullam J., Kondilis B., Agraftiotis D., Uiters E., Falcon M., Mensing M., Tchamov K., van den Broucke S., Brand H.* Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU) // Eur J Public Health. – 2015. – 25 (6) – P. 1053–1058. – doi: <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv043>
9. *Шушпанов Д.Г.* Освіта як соціально-економічна детермінанта здоров'я населення // Вісник Приазовського Державного Технічного Університету. Серія: Екон. науки. – 2015. – Вип. 30. – С. 228–235.
10. *Mitic W., Rootman I.* An inter-sectoral approach for improving health literacy for Canadians. A discussion paper: Public Health Association of BC; 2012 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://phabc.org/wp-content/uploads/2015/09/IntersectoralApproachforHealthLiteracy-FINAL.pdf> (дата звернення: 11.01.2019).
11. Findings from the Global Burden of Disease Study 2017 Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). – Seattle, WA: IHME, 2018. – 28 p.
12. The Minsk Declaration. The Life-course Approach in the Context of Health 2020. – Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2015. – 12 p.

REFERENCES

1. Reducing premature deaths from NCDs by 45 % - a bold vision discussed by NCD. Programme directors in Moscow 13.07.2017. (2017). *euro.who.int*. Reerived from <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/pages/who-european-office-for-the-prevention-and-control-of-noncommunicable-diseases-ncd-office/news/news/2017/07/reducing-premature-deaths-from-ncds-by-45-a-bold-vision-discussed-by-ncd-programme-directors-in-moscow>
2. Noncommunicable diseases progress monitoring. Are we meeting the time-bound United Nations targets? Background paper for the WHO European Meeting of National NCD Directors and Programme Managers. (2017). Moscow. WHO Regional Office for Europe. *euro.who.int*. Retrieved from [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0010/340867/Report-2.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/340867/Report-2.pdf?ua=1)
3. *Cili Stalogo Rozvitku: Ukrayina. Nacionalna dopovid. [Sustainable Development Goals: Ukraine. National report]*. (2017). Kyiv: Ministerstvo ekonomichnogo rozvitku i torgovli Ukrayini, PROON [in Ukrainian].
4. Sorensen, K., & Brand, H. (2014). Health literacy lost in translations? Introducing the European Health Literacy Glossary. *Health Promotion International, 29*(4), 634-644.
5. Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International, 15*, (3,1), 259-267. Retrieved from <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>
6. Eichler, K. et al. (2009). The costs of limited health literacy: a systematic review. *Intern. Journal of Public Health, 54*, 313-324. - doi: 10.1007/s00038-009-0058-2
7. Kickbusch, I., Pelikan, J.M., Apfel, F., & Tsouros, A.D. (Eds.). (2013). *Health literacy. The solid facts*. WHO.
8. Sørensen, K., Pelikan, J.M., Röthlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., & Doyle, G., et al. (2015) Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *Eur J Public Health. 25*(6), 1053-1058. – doi: 10.1093/eurpub/ckv043
9. Shushpanov, D. (2015). Osvita yak sotsialno-ekonomichna determinanta zdorov'ya naseleण्या [Education as a social and economic determinant of health]. *Visnyk Pryazovskoho Derzhavnoho Tekhnichnoho Universytetu. Seriya: Ekonomichni nauky - Reporter of the Priazovskyi State Technical University. Section: Economic sciences, 30*, 228-235 [in Ukrainian].
10. Mitic, W., & Rootman, I. (2012). An inter-sectoral approach for improving health literacy for Canadians. A discussion paper: Public Health Association of BC. *phabc.org*. Retrieved from <https://phabc.org/wp-content/uploads/2015/09/IntersectoralApproachforHealthLiteracy-FINAL.pdf>
11. *Findings from the Global Burden of Disease Study 2017* (2018). Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Seattle, WA : IHME.
12. *The Minsk Declaration. The Life-course Approach in the Context of Health 2020* (2015). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Стаття надійшла до редакції журналу 17.01.2019.