



Всемирная организация
здравоохранения

Европейское региональное бюро

СВОДНЫЙ ДОКЛАД №65 СЕТИ ФАКТИЧЕСКИХ ДАННЫХ ПО ВОПРОСАМ ЗДОРОВЬЯ

Обзор имеющихся фактических данных о методах, механизмах и показателях, используемых для оценки стратегий, программ и мероприятий в сфере развития грамотности в вопросах здоровья на региональном, национальном и организационном уровнях

Gillian Rowlands | Anita Trezona | Siân Russell | Maria Lopatina | Jürgen Pelikan |
Michael Paasche-Orlow | Oxana Drapkina | Anna Kontsevaya | Kristine Sørensen



Сеть фактических данных по вопросам здоровья

Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ) – действующая с 2003 г. информационная служба для руководителей и организаторов общественного здравоохранения в странах Европейского региона ВОЗ. СФДЗ была создана по решению Европейского регионального бюро ВОЗ и функционирует под эгидой Европейской инициативы в области информации здравоохранения (многосторонней сети, координирующей всю деятельность в сфере информации здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ).

СФДЗ помогает руководителям и организаторам общественного здравоохранения в использовании наилучших имеющихся фактических данных для принятия решений; ее цель – выстроить прочные связи между объективными данными, политикой здравоохранения и позитивными изменениями в сфере общественного здоровья. В серии своих сводных докладов СФДЗ публикует резюмированные данные о том, что уже известно по конкретным вопросам политики, каковы пробелы в знаниях и по каким аспектам ведутся дебаты. Опираясь на проведенный синтез фактических данных, СФДЗ излагает варианты политики, без прямых рекомендаций, так чтобы руководители, отвечающие за принятие стратегических решений, могли на основе этой информации делать собственные выводы и строить оптимальную политику с учетом национальных условий.

Отдел неинфекционных заболеваний и укрепления здоровья на всех этапах жизни

Деятельность Отдела направлена на предотвращение преждевременной смертности, обусловленной неинфекционными заболеваниями, а также на укрепление здоровья на всех этапах жизни наряду с усилиями по сокращению насилия и травматизма в Европейском регионе ВОЗ. Отдел стремится к обеспечению равного доступа к услугам здравоохранения и пропаганде здорового образа жизни, помогая решать многочисленные проблемы со здоровьем на разных этапах жизни. В его задачи также входит предоставление инструментов для проведения соответствующего эпидемиологического наблюдения, сбора фактических данных и наращивания технического потенциала для создания благоприятных условий на уровне отдельных стран. В том, что касается грамотности в вопросах здоровья, Отдел возглавляет проводимую Европейским бюро инициативу по повышению уровня грамотности в вопросах здоровья и расширению масштабов осуществления связанных с этим мероприятий в рамках всех программ и секторов. Отдел также оказывает содействие работе Европейской сети действий ВОЗ по развитию грамотности в вопросах здоровья в поддержку профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями.

Сводный доклад №65 Сети фактических данных по вопросам здоровья

Обзор имеющихся фактических данных о методах, механизмах и показателях, используемых для оценки стратегий, программ и мероприятий в сфере развития грамотности в вопросах здоровья на региональном, национальном и организационном уровнях

Gillian Rowlands | Anita Trezona | Siân Russell | Maria Lopatina |
Jürgen Pelikan | Michael Paasche-Orlow | Oxana Drapkina |
Anna Kontsevaya | Kristine Sørensen

Резюме

Хотя в Европейском регионе ВОЗ грамотности в вопросах здоровья давно уделяется большое внимание, данные проведенного в 2011 г. опросного исследования, в котором участвовали восемь государств-членов, показали, что более 47% взрослого населения этих стран обладают недостаточным уровнем личной грамотности в вопросах здоровья. К числу ключевых инициатив ВОЗ, призванных сделать развитие грамотности в вопросах здоровья приоритетным направлением государственной политики, относятся Шанхайская декларация ВОЗ, Сеть действий по оценке грамотности в вопросах здоровья среди населения и на уровне организаций, а также доклад Сети фактических данных по вопросам здоровья, посвященный мерам политики в области развития грамотности в вопросах здоровья в Европейском регионе ВОЗ. В настоящем обзоре приводятся данные о методах, рамочных механизмах, инструментах оценки, сферах и показателях, используемых для оценки эффективности стратегий, программ и мероприятий по развитию грамотности в вопросах здоровья на всех уровнях. Авторы доклада обнаружили, что объем данных об оценке национальных стратегий и программ весьма ограничен, однако при этом они установили, что в ходе оценки местных программ и мероприятий использовались количественные, качественные и смешанные методы. К числу предлагаемых к рассмотрению мер политики относится разработка рамочных механизмов и показателей, охватывающих целый ряд областей. Такие механизмы и показатели позволяют проводить последовательный мониторинг и оценку ситуации среди населения с использованием сопоставимых данных, чтобы определить уровень воздействия на ситуацию национальных стратегий и программ и оценить их эффективность.

Ключевые слова

HEALTH LITERACY, HEALTH LITERACY RESPONSIVENESS, HEALTH EDUCATION, HEALTH PROMOTION, HEALTH COMMUNICATION, PROGRAMME EVALUATION

Запросы относительно публикаций Европейского регионального бюро ВОЗ следует направлять по адресу:

Отдел прессы:
Европейское региональное бюро ВОЗ
UN City, Marmorvej 51
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Кроме того, запросы на документацию, информацию по вопросам здравоохранения или разрешение на цитирование или перевод документов ВОЗ можно заполнить в онлайн-режиме на сайте Регионального бюро (<http://www.euro.who.int/pubrequest>).

ISSN 2789-9225

ISBN 978 92 890 5469 0

© Всемирная организация здравоохранения, 2019 г.

Некоторые права защищены. Настоящая публикация распространяется на условиях лицензии Creative Commons 3.0 IGO «С указанием авторства – Некоммерческая – Распространение на тех же условиях» (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>).

Лицензией допускается копирование, распространение и адаптация публикации в некоммерческих целях с указанием библиографической ссылки согласно нижеприведенному образцу. Никакое использование публикации не означает одобрения ВОЗ какой-либо организации, товара или услуги. Использование логотипа ВОЗ не допускается. Распространение адаптированных вариантов публикации допускается на условиях указанной или эквивалентной лицензии Creative Commons. При переводе публикации на другие языки приводится библиографическая ссылка согласно нижеприведенному образцу и следующая оговорка: «Настоящий перевод не был выполнен Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ). ВОЗ не несет ответственности за его содержание и точность. Аутентичным подлинным текстом является оригинальное издание на английском языке».

Урегулирование споров, связанных с условиями лицензии, производится в соответствии с согласительным регламентом Всемирной организации интеллектуальной собственности.

Образец библиографической ссылки: Сводный доклад №65 Сети фактических данных по вопросам здоровья. Обзор имеющихся фактических данных о методах, механизмах и показателях, используемых для оценки стратегий, программ и мероприятий в сфере развития грамотности в вопросах здоровья на региональном, национальном и организационном уровнях. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2019 г. Лицензия: [CC BY-NC-SA 3.0 IGO](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo).

Данные каталогизации перед публикацией (CIP). Данные CIP доступны по ссылке: <http://apps.who.int/iris>.

Приобретение, авторские права и лицензирование. По вопросам приобретения публикаций ВОЗ см. <http://apps.who.int/bookorders>. По вопросам оформления заявок на коммерческое использование и направления запросов, касающихся права пользования и лицензирования, см. <http://www.who.int/about/licensing>.

Материалы третьих сторон. Пользователь, желающий использовать в своих целях содержащиеся в настоящей публикации материалы, принадлежащие третьим сторонам, например таблицы, рисунки или изображения, должен установить, требуется ли для этого разрешение обладателя авторского права, и при необходимости получить такое разрешение. Ответственность за нарушение прав на содержащиеся в публикации материалы третьих сторон несет пользователь.

Оговорки общего характера. Используемые в настоящей публикации обозначения и приводимые в ней материалы не означают выражения мнения ВОЗ относительно правового статуса любой страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации границ. Штрихпунктирные линии на картах обозначают приблизительные границы, которые могут быть не полностью согласованы.

Упоминание определенных компаний или продукции определенных производителей не означает, что они одобрены или рекомендованы ВОЗ в отличие от аналогичных компаний или продукции, не названных в тексте. Названия патентованных изделий, исключая ошибки и пропуски в тексте, выделяются начальными прописными буквами.

ВОЗ приняты все разумные меры для проверки точности информации, содержащейся в настоящей публикации. Однако данные материалы публикуются без каких-либо прямых или косвенных гарантий. Ответственность за интерпретацию и использование материалов несет пользователь. ВОЗ не несет никакой ответственности за ущерб, связанный с использованием материалов.

Ответственность за мнения, выраженные в настоящей публикации, несут только указанные авторы.

СОДЕРЖАНИЕ

▶ Условные сокращения	iv
▶ Лица, внесшие вклад в разработку доклада	v
▶ Резюме	viii
▶ 1. Введение	1
▶ 1.1 История вопроса	1
▶ 1.2 Методология	8
▶ 2. Результаты	10
▶ 2.1 Общие характеристики исследований	10
▶ 2.2 Механизмы оценки и логические модели	12
▶ 2.3 Методы	15
▶ 2.4 Области и показатели измерения	29
▶ 2.5 Партнерские связи и координация деятельности по измерению уровня грамотности в вопросах здоровья	34
▶ 2.6 Содействующие факторы и преграды в области измерения уровня грамотности в вопросах здоровья	36
▶ 2.7 Ресурсы и масштабируемость	40
▶ 2.8 Оценка уровня грамотности в вопросах здоровья в Европейском регионе ВОЗ	40
▶ 3. Обсуждение	42
▶ 3.1 Сильные и слабые стороны настоящего обзора	42
▶ 3.2 Проблемы методологии в области измерения грамотности в вопросах здоровья	43
▶ 3.3 Оценка и мониторинг на национальном и региональном уровнях	45
▶ 3.4 Оценка ориентированности организаций на развитие грамотности в вопросах здоровья	47
▶ 3.5 Предлагаемые к рассмотрению меры политики	47
4. Выводы	49
Библиография	50
Приложение 1. Стратегия поиска	66
Приложение 2. Актуальные концепции грамотности в вопросах здоровья	76
Приложение 3. Характеристики инструментов грамотности в вопросах здоровья	81

УСЛОВНЫЕ СОКРАЩЕНИЯ

Сеть M-POHL	Сеть действий по оценке грамотности в вопросах здоровья среди населения и на уровне организаций
СФДЗ	Сеть фактических данных по вопросам здоровья
AAHLS	Шкала оценки всех аспектов грамотности в вопросах здоровья
e-HEALS	Шкала оценки электронной грамотности в вопросах здоровья
HeLLO Tas!	Проверочный список для самооценки грамотности в вопросах здоровья на уровне организаций
HLQ	Анкета по теме грамотности в вопросах здоровья
HLS-EU	Европейское обследование по грамотности в вопросах здоровья
MiMi	Программа «С мигрантами и для мигрантов – межкультурное здоровье в Германии»
ÖPGK	Австрийская платформа развития грамотности в вопросах здоровья
SILS	Анкета, состоящая из одного вопроса, для оценки грамотности в вопросах здоровья
STOFHLA	Краткий тест для оценки функциональной грамотности в вопросах здоровья среди взрослых

ЛИЦА, ВНЕСШИЕ ВКЛАД В РАЗРАБОТКУ ДОКЛАДА

Настоящий доклад подготовлен при финансовой поддержке Федерального министерства здравоохранения Германии. Выраженные в нем мнения никоим образом не могут рассматриваться как отражающие официальное мнение Федерального министерства здравоохранения Германии.

Авторы

Gillian Rowlands

Профессор, специалист по общей врачебной практике, Ньюкаслский университет, Ньюкасл, Соединенное Королевство

Anita Trezona

Управляющий директор, Trezona Consulting Group, Мельбурн, Австралия

Siân Russell

Научный сотрудник с ученой степенью, Институт по вопросам здоровья и общества, Ньюкаслский университет, Ньюкасл, Соединенное Королевство

Мария Лопатина

Научный сотрудник, Национальный медицинский исследовательский центр профилактической медицины при Министерстве здравоохранения Российской Федерации, Москва, Российская Федерация

Jürgen Pelikan

Почетный профессор Венского университета и руководитель Сотрудничающего центра ВОЗ по укреплению здоровья на уровне больниц и других учреждений здравоохранения при Австрийском институте общественного здравоохранения, Вена, Австрия

Michael Paasche-Orlow

Профессор медицины, Медицинский институт Бостонского университета, Бостонский медицинский центр, Бостон, Соединенные Штаты Америки

Оксана Драпкина

Директор, Национальный медицинский исследовательский центр профилактической медицины при Министерстве здравоохранения Российской Федерации, Москва, Российская Федерация

Анна Концевая

Заместитель директора по научной и аналитической работе, Национальный медицинский исследовательский центр профилактической медицины при Министерстве здравоохранения Российской Федерации, Москва, Российская Федерация

Kristine Sørensen

Директор, Глобальная академия грамотности в вопросах здоровья, Рисков, Дания

Рецензенты

Sabrina Kurtz-Rossi

Помощник профессора, медицинский факультет Тафтского университета; руководитель, Kurtz-Rossi & Associates; директор, Институт лидерства в области грамотности в вопросах здоровья; генеральный секретарь, Международная ассоциация грамотности в вопросах здоровья, Бостон, Соединенные Штаты Америки

Kirsten McCaffery

Профессор, Институт общественного здравоохранения, Сиднейский университет, Сидней, Австралия

Danielle M. Muscat

Научный сотрудник с ученой степенью, Сиднейская лаборатория грамотности в вопросах здоровья, Институт общественного здравоохранения, Сиднейский университет, Сидней, Австралия

Выражение признательности

Авторы хотели бы выразить признательность следующим лицам за то, что они поделились своими знаниями и опытом в рамках экспертных консультаций: Wagida A. Anwar, Palle Bager, Anne Leonora Blaakilde, Shyam Sundar Budhathoki, Valeria Caponnetto, Claudia Cianfrocca, Xavier Debussche, Bodil Helbech Hansen, Sarah Hosking, Qaiser Iqbal, Hirono Ishikawa, Aulia Iskandarsyah, Zdeněk Kučera, Diane Levin-Zamir, Angela Y. M. Leung, Miroslava Lišková, Julien Mancini, Maria Mares, Katarinne Lima Moraes, Alicia O'Cathain, Orkan Okan, Pinar Okyay, Richard Osborne, Leena Paakkari, Adèle Perrin, Jany Rademakers, Alexandra Rouquette, Sandra Staffieri, Lærke Steenberg Olesen, Eric Van Ganse, Josefin Wängdahl, Anne Wingstrand и Ling Zhang.

Редакционная коллегия Европейского регионального бюро ВОЗ

Отдел неинфекционных заболеваний и укрепления здоровья на всех этапах жизни

Bente Mikkelsen, директор

Anastasia Koulyu, специалист по техническим вопросам

Редакционная коллегия Сети фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ)

Kristina Mauer-Stender, врио директора

Tanja Kuchenmüller, главный редактор

Ryoko Takahashi, редактор серии

Tyrone Reden Sy, специалист по техническим вопросам

Krista Kruja, консультант

Jane Ward, редактор по техническим вопросам

Редакционная коллегия СФДЗ входит в состав Отдела информации, фактических данных, научных исследований и инноваций Европейского регионального бюро ВОЗ. Сводные доклады СФДЗ являются заказными работами, проходящими коллегиальный обзор на международном уровне. За их содержание несут ответственность авторы. Они необязательно отражают официальную политику Регионального бюро.

РЕЗЮМЕ

Суть проблемы

Грамотность в вопросах здоровья определяется как способность отдельных лиц, семей и сообществ искать, понимать, оценивать и использовать информацию здравоохранения, чтобы выносить собственные суждения и принимать решения в повседневной жизни, касающиеся получения медицинской помощи, профилактики заболеваний и укрепления здоровья, с целью поддержания или улучшения качества жизни. Низкий уровень грамотности в вопросах здоровья связан с ухудшением здоровья, ростом заболеваемости и неравенством в отношении здоровья и может приводить к снижению экономической эффективности систем здравоохранения. Результаты проведенного в 2011 г. опросного исследования по изучению уровня грамотности в вопросах здоровья указали на то, что почти половина взрослого населения восьми государств-членов Европейского союза обладали недостаточным уровнем общей грамотности в вопросах здоровья. В связи с этим были приняты меры по созданию сетей развития грамотности в вопросах здоровья, а также по разработке стратегий, программ и мероприятий на региональном, национальном и организационном уровнях. Эти инициативы требуют проведения мониторинга с использованием рамочных механизмов и наборов показателей, позволяющих получать последовательные и сопоставимые данные для оценки ситуации среди населения и определения эффективности применяемых стратегий и мероприятий.

Обобщающий вопрос

Авторы настоящего доклада стремились ответить на вопрос: «Какие фактические данные о методах, механизмах и показателях, используемых для оценки стратегий, программ и мероприятий в сфере развития грамотности в вопросах здоровья на региональном, национальном и организационном уровнях, имеются в нашем распоряжении?»

Виды фактических данных

Авторы настоящего доклада провели обзорный анализ как рецензируемых работ, так и «серой» литературы, чтобы найти соответствующие документы, опубликованные в период с января 2013 г. по декабрь 2018 г. на английском, испанском, немецком, русском и французском языках. Чтобы получить как можно больше фактических данных, поиск проводился в литературных

источниках всего мира; кроме того, были проведены консультации с экспертами в данной области.

Результаты

Из 81 отобранного исследования в 24 сообщалось об оценке той или иной программы или мероприятия, а в 57 использовались экспериментальные методы исследования для получения информации о влиянии какого-либо мероприятия на уровень грамотности в вопросах здоровья. В результате обзора не было получено никаких фактических данных об использовании национальных или международных наборов данных для оценки стратегий, программ или мероприятий, а также международных, национальных или субнациональных механизмов оценки уровня грамотности в вопросах здоровья. Исследования в основном проводились в учреждениях здравоохранения и образования, и в большинстве из них изучалась личная/индивидуальная грамотность в вопросах здоровья с использованием источников данных на уровне исследования.

В исследованиях, оценивавших влияние какого-либо мероприятия на уровень грамотности в вопросах здоровья отдельного человека, обычно использовались количественные методы, основанные на ранее опубликованных инструментах оценки грамотности в вопросах здоровья или на специально разработанных опросах/анкетах, содержащих вопросы о представляющих интерес результатах, например – об изменениях в знаниях, поведении или навыках.

Для оценки программ и мероприятий по развитию грамотности в вопросах здоровья использовались качественные и смешанные методы, включая опросы, полуструктурированные интервью и фокус-группы. Почти во всех смешанных исследованиях качественные методы использовались для оценки процесса осуществления программы или мероприятия, например, изучался уровень удовлетворенности участников той или иной программой или мероприятием (приемлемость); предполагаемые выгоды, преимущества и недостатки; способствующие факторы и препятствия на пути осуществления; и уровень устойчивости программы. В четырех исследованиях также сообщались результаты экономического или финансового анализа, проведенного в рамках общей оценки какой-либо программы или мероприятия.

Был определен широкий ряд областей оценки грамотности в вопросах здоровья. В их число вошли такие широкие области, как знания и способности, относящиеся к грамотности в вопросах здоровья, а также более узкие сферы, такие как функциональная, интерактивная и критическая грамотность в

вопросах здоровья, способность к количественному мышлению и способность понимания. Другие области включали осознание и осведомленность; изменения в знаниях; изменение установок и убеждений; изменение навыков, поведения и практики; повышение уверенности и мотивации; повышение веры в собственные силы; расширение прав и возможностей и принятие решений.

К областям, связанным со взаимодействием отдельных лиц с поставщиками услуг здравоохранения, относились: соблюдение режима приема лекарств, изменение намерений и поведения, влияющих на обращение за помощью, изменения в доступе к услугам, взаимодействие с поставщиками услуг здравоохранения (включая общение с ними) и доверие к ним.

К областям, связанным с грамотностью в вопросах здоровья на уровне организаций (ориентированностью организаций на развитие этого вида грамотности), относились: изменения уровня уверенности, поведения и практики врачей в отношении грамотности в вопросах здоровья; расширение знаний и осведомленности работников сектора здравоохранения; улучшение понимания концепций и практических подходов в сфере грамотности в вопросах здоровья; улучшение коммуникативных навыков врачей; повышение компетентности учителей/персонала в сфере грамотности в вопросах здоровья; повышение осознания важности развития грамотности в вопросах здоровья в школах.

Оценка программ и мероприятий по развитию грамотности в вопросах здоровья часто осуществлялась в рамках многосекторальных партнерских связей, наиболее распространенными из которых были сотрудничество научных кругов со школами, сообществами и службами здравоохранения. Партнерские связи также были налажены между научными учреждениями и государственными департаментами или органами; небольшое число исследований проводилось с привлечением корпораций или частного сектора. Роли и обязанности задействованного в проведении этих исследований персонала, как правило, не описывались, хотя в некоторых исследованиях сообщалось, что сбор и анализ данных проводился научными кругами совместно с учреждениями образования и органами здравоохранения, при этом процесс сбора данных возглавляли соответственно учителя и медицинские работники, а исследователи проводили анализ этих данных.

Проанализированные содействующие факторы и преграды в основном были связаны со следующими темами: навыки и способности персонала, партнерские связи, временные и бюджетные ограничения, методы сбора данных и проведения исследований. В число других ключевых содействующих факторов,

выявленных в ходе настоящего обзора, вошли использование концептуальных механизмов развития грамотности в вопросах здоровья для оценки программ, разработка руководств для проведения оценки, включая пошаговые инструкции и стандартизированный инструментарий оценки, четкое определение ролей и обязанностей при проведении оценки, надлежащее распределение ресурсов, постоянный мониторинг для обеспечения раннего выявления областей, требующих улучшения; и государственное финансирование для содействия проведению оценки национальных программ.

Объемы ресурсов (финансовых и кадровых), необходимых для оценки стратегий, программ и мероприятий, не указывались в исследованиях, вошедших в настоящий обзор, однако два исследования показали, что уровень инвестиций должен соответствовать масштабу и сложности программы и рассматриваться в рамках первоначального планирования и разработки программы. Было найдено мало информации о возможностях для расширения масштабов используемых мер и инструментов, большинство из которых применялись на местном уровне, например, в амбулаториях или в отдельных сообществах.

Предлагаемые к рассмотрению меры политики

На основе результатов обобщающего обзора предлагаются к рассмотрению следующие меры политики с целью укрепления оценки и мониторинга стратегий и программ по развитию грамотности в вопросах здоровья в государствах-членах Европейского региона ВОЗ:

- разработать наборы показателей, охватывающих широкий ряд областей грамотности в вопросах здоровья, которые были бы эффективны как на субнациональном, так и на национальном уровнях; содействовать измерению уровней грамотности в вопросах здоровья среди населения и предоставлять данные, поддающиеся сравнению в масштабе всего Региона;
- создать инструменты оценки, применимые в разных условиях и на разных уровнях, с целью оказания поддержки деятельности по последовательному сбору данных об уровне грамотности в вопросах здоровья среди населения в Регионе;
- расширять использование качественных и смешанных методов оценки стратегий, программ и мероприятий, чтобы углубить понимание потенциала в области грамотности в вопросах здоровья и влияющих на нее культурных и контекстуальных факторов;

- расширять участие граждан, в особенности уязвимых и маргинализированных групп населения и других соответствующих заинтересованных сторон, в разработке методов оценки грамотности в вопросах здоровья на основе широкого участия и с учетом культурных и контекстуальных особенностей;
- расширять оценку грамотности в вопросах здоровья на организационном и системном уровнях, в том числе в отношении управления, координации усилий и партнерских связей, а также контекстуальных факторов, способствующих повышению уровня грамотности в вопросах здоровья;
- налаживать партнерские связи для мониторинга и оценки стратегий и программ по развитию грамотности в вопросах здоровья, в том числе с научно-исследовательскими институтами и организациями, содействующими проведению научных исследований и разработке стратегий и практических подходов в сфере развития грамотности в вопросах здоровья.



1. ВВЕДЕНИЕ

1.1 История вопроса

1.1.1 Определение понятия грамотности в вопросах здоровья

В 2013 г. Европейское региональное бюро ВОЗ опубликовало доклад «Санитарная грамотность: убедительные факты», в котором грамотность в вопросах здоровья была названа более сильным прогностическим фактором состояния здоровья человека, чем уровень дохода, статус занятости, уровень образования и расовая или этническая принадлежность (1). Уровень такой грамотности зависит от социального градиента и может усилить существующие неравенства в отношении здоровья. В докладе используется комплексное определение понятия личной грамотности в вопросах здоровья, разработанное в рамках Европейского проекта по грамотности в вопросах здоровья (2009-2012 гг.) (2), в результате которого было проведено Европейское обследование грамотности в вопросах здоровья (HLS-EU):

Грамотность в вопросах здоровья связана с общей грамотностью и определяется как знания, мотивация и компетенции, необходимые для поиска, понимания, оценки и использования информации здравоохранения, необходимой для составления суждений и принятия решений на повседневной основе в таких сферах, как охрана здоровья, профилактика заболеваний и укрепление здоровья, в целях сохранения и повышения качества жизни на всех ее этапах.

В докладе «Санитарная грамотность: убедительные факты» подчеркивается многосекторальный подход, основанный на принципе участия всего общества, в рамках которого грамотность в вопросах здоровья рассматривается на всех этапах и в самых разных сферах жизни (в социуме, в системе образования, на работе, в учреждениях здравоохранения) и применяется широкий ряд возможных методов обмена информацией (т. е. устные, печатные, традиционные СМИ, социальные сети и платформы мобильного здравоохранения). В докладе пропагандируется концепция развития социальной среды с высоким уровнем грамотности в вопросах здоровья: «Социальные среды, характеризующиеся санитарной грамотностью, создают у людей осведомленность о санитарной грамотности и стимулируют принятие мер по ее повышению во всех стратегиях, процессах и практических делах, совершающихся в таких средах. Повышение уровня санитарной

грамотности включается в рамки деятельности, являющейся профильной для таких сред» (1).

1.1.2 Грамотность в вопросах здоровья в Европейском регионе ВОЗ

В 53 государствах-членах Европейского региона ВОЗ проживает в целом 894 млн человек, но все эти страны отличаются разнообразными культурными, социально-экономическими и здравоохранными системами. Четыре из них относятся к странам с уровнем дохода ниже среднего, пять – к странам с уровнем дохода выше среднего и 44 – к странам с высоким уровнем дохода (3).

В результате проведения в 2011 г. обследования HLS-EU было установлено, что 47,6% взрослого населения восьми участвующих в нем государств-членов (Австрия, Болгария, Германия (федеральная земля Северный Рейн-Вестфалия), Греция, Ирландия, Испания, Нидерланды, Польша) имеют недостаточно высокий уровень общей грамотности в вопросах здоровья (недостаточный или проблематичный) и это связано с более низким уровнем оценки своего здоровья отдельными людьми, более высокими показателями хронических (т.е. длительных) заболеваний, более неблагоприятным образом жизни (физическая активность, индекс массы тела и употребление алкоголя) и более высоким уровнем использования услуг здравоохранения (4).

Благодаря этим фактическим данным в сочетании с ростом понимания взаимосвязи между грамотностью в вопросах здоровья и показателями здоровья вопросы развития такой грамотности заняли более высокую строчку в политической повестке дня многих стран. На глобальном уровне в Шанхайской декларации по укреплению здоровья в рамках Повестки дня в области устойчивого развития на период до 2030 г. (5) было заявлено, что грамотность в вопросах здоровья является одной из важнейших детерминант здоровья. Эта декларация предоставила правительствам четкие полномочия для того, чтобы они уделяли приоритетное внимание развитию грамотности в вопросах здоровья в рамках государственной политики и сделали из этого глобальное движение (6).

Грамотность в вопросах здоровья уже почти два десятилетия стоит на повестке дня в Европейском регионе ВОЗ, что привело к широкомасштабной исследовательской деятельности, созданию сетей и осуществлению проектов по ее развитию. Для более четкого представления и измерения уровня грамотности в вопросах здоровья Европейская комиссия оказала поддержку



проведению Европейского проекта по грамотности в вопросах здоровья (2009–2012 гг.), который был разработан и осуществлен заинтересованными сторонами из восьми стран Европы (2). В рамках проекта был разработан новый, более детальный подход, включающий комплексное определение, концептуальную модель и измерительный инструмент, а также был проведен сравнительный анализ. Проект послужил стимулом к реализации широкого круга мероприятий на местном и национальном уровнях, а также к укреплению сотрудничества между европейскими странами и организации различных конференций. Проведение сравнительного анализа стимулировало измерение уровня грамотности населения в вопросах здоровья в других странах Европейского региона ВОЗ (Бельгия, Венгрия, Германия, Дания, Италия, Мальта, Португалия, Чешская Республика и Швейцария). Отражая глобальный, взаимосвязанный характер движения за развитие грамотности в вопросах здоровья, методология HLS-EU была использована в обследованиях во многих других странах Европейского региона ВОЗ и за его пределами, включая Израиль, Индонезию, Казахстан, Малайзию, Мьянму и Японию (7).

Государства-члены Европейского региона ВОЗ привержены делу улучшения информации, лежащей в основе политики в области здравоохранения. Это осуществляется в рамках Европейской инициативы в области информации здравоохранения ВОЗ (8). В 2018 г. была учреждена Сеть действий по оценке грамотности в вопросах здоровья среди населения и на уровне организаций (сеть M-PONL), деятельность которой направлена на разработку международной версии HLS-EU для проведения мониторинга (9), а также на выполнение более конкретной задачи – создание сети действий в поддержку использования грамотности в вопросах здоровья для профилактики и борьбы с инфекционными заболеваниями. В 2018 г. Европейское региональное бюро ВОЗ заказало подготовку доклада в рамках Сети фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ) (доклад №57) для выявления и обобщения фактических данных о политике и связанных с ней мероприятий по развитию грамотности в вопросах здоровья в Регионе (10). В результате составления доклада было выявлено 46 существующих или находящихся в разработке стратегий в 19 из 53 государств-членов. Авторы доклада также определили появляющиеся фактические данные об успешной деятельности на индивидуальном и общественном уровнях, особенно в таких социальных областях, как здравоохранение и образование, но при этом подчеркнули отсутствие фактических данных о деятельности или ее эффективности на организационном или системном уровне. На основе этих фактических данных авторы доклада СФДЗ №57 предложили укрепить базу фактических данных в

области грамотности в вопросах здоровья, особенно в тех социальных областях, в которых в настоящее время мало или вообще нет опубликованных работ. Они подчеркнули значимость надежного количественного и качественного измерения и оценки стратегий и мероприятий, направленных на развитие грамотности в вопросах здоровья. А также необходимость определения надлежащих рамочных механизмов и показателей оценки для измерения стратегий и программ развития такой грамотности в государствах-членах в целях получения регулярных, высококачественных и сопоставимых на международном уровне данных. Они также указали на потенциальные выгоды от обмена опытом и ресурсами и проведения мероприятий по взаимному обучению в регионе.

1.1.3 Концептуальные подходы к грамотности в вопросах здоровья

Грамотность в вопросах здоровья понимается как реляционная, интерактивная или контекстуальная концепция. Соответственно, можно провести основное разграничение между грамотностью в вопросах здоровья отдельных лиц или групп населения (здесь мы назовем это личной грамотностью в вопросах здоровья). Под работами, посвященными общественной грамотности в вопросах здоровья, в настоящем докладе подразумеваются исследования, которые измеряют уровень индивидуальной/личной грамотности в вопросах здоровья в определенной группе населения или целевой аудитории. Грамотность в вопросах здоровья на уровне организаций включает профессиональные и организационные характеристики, позволяющие персоналу, организациям или системам чутко реагировать на потребности людей и устранять преграды, препятствующие ее развитию.

Личная грамотность в вопросах здоровья

Существует множество в некоторой степени дублирующих друг друга определений личной грамотности в вопросах здоровья. В 2012 г. авторы обзора Sørensen et al. нашли 17 определений грамотности в вопросах здоровья и 12 концептуальных моделей (11), по мере развития этого академического направления появляются все новые определения. Концептуальные определения различаются по своим параметрам (например, поиск, понимание, оценка, взаимодействие и действия в связи с полученной информацией в области здравоохранения в различных социальных ролях и условиях). В общих моделях определяются предшествующие факторы или детерминанты (факторы, лежащие в основе здоровья или обуславливающие грамотность), а также последствия, связанные с уровнем грамотности в вопросах здоровья



и мероприятиями по ее развитию (например, образ жизни или поведение относительно своего здоровья, показатели состояния здоровья, использование и результаты оказания услуг здравоохранения и связанные с этим расходы). Определение и модель грамотности в вопросах здоровья, выбранные для проведения стратегии повышения уровня такой грамотности и связанных с ней мероприятий, имеют ключевое значение для измерения и оценки. Выбор будет зависеть от конкретных условий и обстановки; которые также предопределяют ключевые действующие лица и вероятные последствия, а также отбор оптимальных инструментов оценки для сбора фактических данных об этих последствиях. Подробное рассмотрение определений и рамочных механизмов грамотности в вопросах здоровья не входит в сферу охвата настоящего доклада, однако здесь приводятся некоторые ключевые примеры для иллюстрации вышеизложенных моментов. Одной из важных особенностей личной грамотности в вопросах здоровья является различие между медицинской и общественной точкой зрения на здоровье.

Взгляд с позиций клинической (или медицинской) практики. Здесь упор делается на грамматические, языковые и математические навыки, которыми должны обладать отдельные лица как пользователи услуг здравоохранения для выполнения разных задач в этой сфере. Здесь также присутствует аспект организационной грамотности в вопросах здоровья в том смысле, что организации и практикующие врачи должны обладать навыками для выявления и устранения преград на пути оказания помощи пациентам с различными уровнями грамотности в вопросах здоровья и потребностями (12,13). Мероприятия по измерению и оценке уровня грамотности с медицинской точки зрения, как правило, будут проводиться в медицинских учреждениях и могут включать только конкретные медицинские условия. Повышенное внимание уделяется таким результатам, как способность пациентов выполнять медицинские рекомендации и проходить лечение, а также самостоятельно контролировать состояние своего здоровья.

Взгляд с позиций общественного здравоохранения. С этой точки зрения, грамотность в вопросах здоровья является ценным качеством, необходимым для здорового образа жизни, которое можно укрепить посредством расширения возможностей сообщества, гражданской активности и общественной деятельности; она также является определяющим фактором высокого уровня здоровья и благополучия (14,15). Общественные мероприятия по развитию грамотности в вопросах здоровья могут проходить в самых разных условиях в контексте повседневной жизни

людей. К основным результатам относится развитие способности понимать информацию, касающуюся здоровья, а также оценивать и принимать решения для осуществления индивидуальных и коллективных действий (16).

В результате распространения тенденции к использованию более полного понимания терминов «здоровье» и «грамотность», появились определения и показатели для конкретных аспектов личной грамотности в вопросах здоровья, и теперь они охватывают конкретные группы населения (например, возрастные группы или группы людей, ведущие разные образы жизни), конкретные аспекты здоровья (например, состояние или тема) и конкретные виды коммуникации (например, устная, письменная или цифровая) (4). В настоящем докладе дается два примера на эту тему.

Цифровая грамотность в вопросах здоровья. Эта концепция привлекает все больше внимания ввиду стремительного изменения средств информационного взаимодействия на фоне развития цифровых технологий (например, переход с устных к письменным методам общения). Электронные источники или интернет в настоящее время представляют собой ценное средство поиска информации, позволяющей составлять суждения и принимать решения (относительно здоровья) в повседневной жизни (11). В широко распространенном определении понятия цифровой грамотности в вопросах здоровья говорится, что это «способность искать, находить, понимать и оценивать информацию здравоохранения при помощи электронных источников, а также применять полученные знания для решения проблем здоровья» (17).

Грамотность в вопросах психического здоровья. Концепция грамотности в вопросах психического здоровья развилась отдельно от более обширного понятия грамотности в вопросах здоровья. Ее ранние определения сосредоточены на знаниях, отношении и убеждениях людей относительно психических расстройств, которые содействуют признанию, ведению или профилактике таких расстройств (18). Недавно в это понятие также вошли способности обеспечивать и сохранять крепкое психическое здоровье, а также обращаться за психологической помощью в случае необходимости (19). Результаты мероприятий по повышению грамотности в вопросах психического здоровья и, следовательно, проанализированные показатели изменений, а также инструменты, используемые для демонстрации этих изменений, могут сильно различаться в зависимости от определения



понятия грамотности в вопросах психического здоровья, на котором основывается исследование.

Грамотность в вопросах здоровья на уровне организаций

В центре моделей и рамочных механизмов грамотности в вопросах здоровья на уровне организаций стоит взаимосвязь между навыками грамотности в вопросах здоровья отдельных лиц и степенью сложности услуг и систем здравоохранения (20,21). Это означает способность и готовность организаций и практикующих врачей выявлять и устранять преграды на пути оказания помощи пациентам с различными уровнями грамотности в вопросах здоровья и потребностями (12,13). Различные аспекты этого вида грамотности касаются руководства, организационных принципов, культуры, систем и процессов. Используемая в этой области знаний терминология несколько различается (22); однако уже существует ряд обзоров, в которых содержатся концептуальные и оперативные указания в отношении этой быстро развивающейся области исследований, практики и политики (22–27). Наиболее комплексные концепции и рамочные механизмы были разработаны в Австралии (28,29), Европе (27,30) и Соединенных Штатах Америки (24,31).

1.1.4 Задачи настоящего доклада

В сводном докладе СФДЗ №57 подчеркивались существующие стратегии и мероприятия развития грамотности в вопросах здоровья в Европейском регионе ВОЗ, а также несколько исследований, посвященных оценке эффективности выполнения таких стратегий (10). Одна из ключевых мер политики, предложенных авторами доклада, заключалась в проведении качественных и количественных анализов стратегий, программ и мероприятий по развитию грамотности в вопросах здоровья. Это приобретает особую значимость на фоне активизации разработки национальных стратегий развития грамотности в вопросах здоровья правительствами разных стран.

Настоящий доклад направлен на выявление и понимание пробелов в знаниях, посредством проведения обобщающего обзора наилучших имеющихся фактических данных, чтобы получить ответ на следующий вопрос: «Какие фактические данные о методах, механизмах и показателях, используемых для оценки стратегий, программ и мероприятий в сфере развития грамотности в вопросах здоровья на региональном, национальном и организационном уровнях, имеются в нашем распоряжении?»

1.2 Методология

Был проделан обобщающий обзор соответствующих источников, опубликованных в период с 1 января 2013 г. по 31 декабря 2018 г., с целью сбора наилучших имеющихся фактических данных о методах, механизмах и показателях, используемых для оценки стратегий, программ и мероприятий в сфере развития грамотности в вопросах здоровья. Поскольку теория оценки стратегий и программ развития грамотности в вопросах здоровья является относительно новым направлением, имеющейся информации по какому-либо отдельному региону, скорее всего, будет мало. Поэтому проводился глобальный поиск наилучших имеющихся фактических данных, применимых к условиям Европейского региона ВОЗ. Были изучены рецензируемые публикации на английском, испанском, немецком, русском и французском языках, а также «серая» литература с использованием поисковой системы Google на английском языке. Соответствующие документы также были определены при помощи Сводного доклада СФДЗ №57, в котором представлены фактические данные о стратегиях развития грамотности в вопросах здоровья (и связанных с ними мероприятиях) в Европейском регионе ВОЗ (10); а также при помощи архива Health Literacy Toolshed¹ (32); и в результате опроса международных экспертов. В документах должен был использоваться термин «грамотность в вопросах здоровья» (или его переводной эквивалент).

После удаления дубликатов было найдено в целом 2312 рецензируемых статей. В результате скрининга полного текста было отобрано 68 статей, к которым были добавлены пять работ, найденных в «серой» литературе, две работы были отобраны на основании консультаций с экспертами,

-
1. Health Literacy Toolshed представляет собой онлайн-архив тщательно отобранных инструментов оценки одного или нескольких аспектов грамотности в вопросах здоровья на личном уровне. Включенные в него инструменты должны быть предметом, по крайней мере, одного валидационного исследования, опубликованного в рецензируемой литературе, которое отвечает стандартам отчетности по минимальному набору валидационных характеристик. Включение инструмента в этот архив отнюдь не является безоговорочным одобрением. На время написания настоящего доклада в нем насчитывался 191 инструмент.



а шесть – выбраны из доклада №57. Из 81 найденного исследования 24 были посвящены вопросам оценки программ или мероприятий (т.е. хода их осуществления, степени приемлемости или уместности) (33–56), а 57 были посвящены оценке результатов проведения мероприятий по развитию грамотности в вопросах здоровья (т.е. не включали оценку самого мероприятия или программы) (19,57–112).

В приложении 1 приводится подробная информация о стратегии поиска и критериях включения.

2. РЕЗУЛЬТАТЫ

Из 81 найденного исследования 24 были посвящены вопросам оценки программ или мероприятий (т.е. хода их осуществления, степени приемлемости или уместности) (33–56), а 57 были посвящены оценке результатов проведения мероприятий по развитию грамотности в вопросах здоровья с использованием экспериментальных моделей, таких как рандомизированные контролируемые испытания, кластерные исследования на основе отдельных сообществ, краткие клинические мероприятия в сфере здравоохранения или другие методы исследований (19,57–112). Результаты обзора приводятся в следующих разделах:

- 2.1: общие характеристики исследований;
- 2.2: механизмы оценки и логические модели;
- 2.3: методы (количественные, качественные и смешанные методы; методы экономической оценки, инструменты измерения уровня грамотности в вопросах здоровья, источники и частота сбора данных);
- 2.4: области и показатели измерения;
- 2.5: партнерские связи и координация деятельности по измерению уровня грамотности в вопросах здоровья;
- 2.6: содействующие факторы и преграды в области измерения уровня грамотности в вопросах здоровья;
- 2.7: ресурсы и масштабируемость;
- 2.8: оценка уровня грамотности в вопросах здоровья в Европейском регионе ВОЗ.

В примерах из практики показаны подходы к проведению оценки уровня грамотности в вопросах здоровья в Европейском регионе ВОЗ.

2.1 Общие характеристики исследований

Ввиду того, что это зарождающаяся и развивающаяся область политики и практики, авторам настоящего доклада не удалось найти ни одной опубликованной оценки национальной или субнациональной стратегии развития грамотности в вопросах здоровья. Было найдено лишь небольшое число исследований, посвященных оценке национальных программ. Некоторые из указанных исследований проводились в нескольких местах и/или на нескольких социальных уровнях. Одна из проблем, с которой



столкнулись авторы доклада, заключается в том, что определения и механизмы оценки уровня грамотности в вопросах здоровья широко различаются как сферой охвата, так и используемыми терминами. Рассмотрение этой проблемы не входит в задачи настоящего доклада, но в приложении 2 делается обзор соответствующих концепций.

2.1.1 Уровни проведения оценки

Большинство исследований ($n = 67$) проводились на местном уровне с целью измерения уровня грамотности в одном или нескольких местах в одном городе или одном населенном пункте. Четыре исследования проводились на субнациональном уровне в нескольких городах/населенных пунктах, но в рамках одного штата, административно-территориальной единицы или округа (33,57–59). Девять исследований были проведены на национальном уровне и включали оценку национальных правительственных программ или научно-исследовательских проектов, реализованных в национальном масштабе в разных штатах, административно-территориальных единицах или округах (34–38,60–63). Только одно исследование было проведено на международном уровне и было посвящено оценке воздействия онлайн-мероприятий в разных странах (64).

2.1.2 Места

Исследования в основном проводились в медицинских ($n = 44$) и образовательных учреждениях (включая школы, университеты, учебные центры для взрослых; $n = 43$); небольшое число исследований было проведено на местах работы ($n = 8$), на уровне сообщества (жилая среда; $n = 18$) и в цифровой среде/средствах массовой информации ($n = 10$). В 33 исследованиях оценка уровня грамотности в вопросах здоровья и выполнения программ ее развития проводилась в нескольких местах.

2.1.3 Уровень общества

Почти все из рассмотренных в настоящем докладе исследований ($n = 79$) были посвящены проблеме грамотности в вопросах здоровья на индивидуальном уровне. В восьми исследованиях изучалась проблема грамотности в вопросах здоровья на уровне сообществ (в настоящем докладе к таким работам относятся те, в которых проводится оценка уровня личной грамотности в вопросах здоровья членов конкретной группы населения или целевой аудитории) (35,36,39–42,65,66). В центре пяти исследований стояла тема грамотности в вопросах здоровья на уровне организаций (33,36,43,44,67),

например, улучшение рабочей среды или повышение квалификации работников здравоохранения. Только одно исследование было посвящено грамотности в вопросах здоровья на системном/законодательном уровне (38); в нем проводилась оценка национальных партнерских связей по развитию грамотности в вопросах здоровья, чтобы определить их функции и эффективность в управлении процессами выполнения и мониторинга национальных задач по развитию грамотности в вопросах здоровья.

2.1.4 Темы грамотности в вопросах здоровья

В большом числе исследований рассматривалась проблема и оценивался уровень личной грамотности в вопросах здоровья в целом ($n = 30$), а также уровень грамотности в вопросах психического здоровья ($n = 28$), включая конкретные психические расстройства. В ряде исследований рассматривались и оценивались конкретные условия или темы грамотности в вопросах здоровья, включая грамотность в области цифровых технологий ($n = 5$), хронических заболеваний (и факторов риска; $n = 6$), питания ($n = 2$), диабета ($n = 3$), рекламы и пропаганды курения ($n = 1$), рака ($n = 1$), лекарств ($n = 4$), сексуального здоровья ($n = 2$), изменения климата/гигиены окружающей среды ($n = 3$), здоровья глаз ($n = 1$), гигиены ротовой полости ($n = 2$) и малярии ($n = 1$).

2.2 Механизмы оценки и логические модели

В ходе проведения обзора не было выявлено ни одного международного, национального или субнационального механизма оценки уровня грамотности в вопросах здоровья, а фактических данных об использовании механизмов оценки было мало. В некоторых работах для оценки исследовательских проектов или программ использовались хорошо известные механизмы или концептуальные модели грамотности в вопросах здоровья (11,16,45). В рамках трех исследований были разработаны логические модели или рамочные механизмы теории изменения для руководства процессом реализации и оценки программ (35,43,44).

2.2.1 Концептуальные модели или рамочные механизмы грамотности в вопросах здоровья

Интегрированная модель, представленная в работе Sørensen et al. (11), соединяет в себе медицинскую и общественную точки зрения на грамотность в вопросах здоровья. В ней концепция такой грамотности подается как процесс расширения прав и возможностей людей, а также



подчеркивается влияние социальной и ситуативной детерминант на ее уровень. В ней также подкрепляется концепция грамотности в вопросах здоровья как совокупности знаний и навыков, необходимых на всех этапах непрерывного цикла обеспечения крепкого здоровья, начиная с охраны здоровья (индивидуальный уровень) и заканчивая профилактикой заболеваний и ведением здорового образа жизни (уровень всего населения), что требует принятия мер, выходящих за рамки системы здравоохранения. Такой рамочный механизм состоит из трех постоянных областей деятельности, связанных со здоровьем: (i) охрана здоровья, (ii) профилактика заболеваний и (iii) здоровый образ жизни. Выделяется четыре типа компетенций (область способностей): (i) доступ/получение актуальной для здоровья информации, (ii) понимание актуальной для здоровья информации, (iii) обработка/оценка актуальной для здоровья информации для того, чтобы решить, что имеет отношение к делу, (iv) применение актуальной для здоровья информации с целью взаимодействия и принятия решений для поддержания и укрепления здоровья. Сочетание этих двух наборов создает матрицу из 12 областей. В рамках модели также описывается ряд результатов, связанных с грамотностью в вопросах здоровья, включая использование услуг здравоохранения, расходы на здравоохранение, связанное со здоровьем поведение, результаты в отношении здоровья, участие, расширение прав и возможностей, справедливость и устойчивость.

В рамках модели активов Nutbeam концепция грамотности в вопросах здоровья определяется как ценный ресурс для расширения прав и возможности личности и осуществления более широких социальных преобразований (16). В этой модели описаны три уровня или области грамотности в вопросах здоровья: (i) функциональная грамотность в вопросах здоровья, связанная с навыками чтения и письма, необходимыми для эффективного функционирования в повседневных ситуациях; (ii) интерактивная грамотность в области здравоохранения, которая охватывает продвинутые когнитивные способности и общеобразовательные навыки, а также социальные навыки, необходимые для активного участия в повседневной деятельности; (iii) критическая грамотность в вопросах здоровья, которая включает в себя продвинутые когнитивные и социальные навыки, необходимые для критического анализа информации и ее использования для осуществления большего контроля над жизненными событиями и ситуациями. Интерактивная грамотность в области здравоохранения включает способность извлекать информацию, касающуюся здоровья,

осмыслять различные формы взаимодействия и применять эту информацию в разных условиях и при постоянно меняющихся обстоятельствах.

В рамочном механизме грамотности в вопросах гигиены окружающей среды описываются три сферы: (i) осведомленность и знания, (ii) навыки и самостоятельность и (iii) изменения в сообществе (действия) (45). Она была использована для оценки четырех сообществ в Аризоне (Соединенные Штаты Америки), подвергающихся воздействию известных стресс-факторов окружающей среды (45).

2.2.2 Оценка на основе логических моделей и моделей теории изменения

В рамках трех исследований разрабатывались логические модели или рамочные механизмы теории изменения для осуществления программ и оценки их результатов, одно из которых было посвящено программе, проводимой на национальном уровне, в Соединенном Королевстве (35), а два – проектам, проводимым на местном уровне, в Австралии (43,44). Логические модели и теории изменения поддерживают процессы оценки реализации программ и их итоговых результатов посредством описания предположений и связей между вкладываемыми в программу ресурсами (т.е. финансовыми и кадровыми), деятельностью и предполагаемыми итоговыми результатами (т.е. продуктами или результатами оказания услуг), а также итоговыми результатами в кратко-, средне- и долгосрочной перспективе. В каждом рамочном механизме описываются итоговые результаты на индивидуальном, организационном или системном уровнях.

В программе Skilled for Health, проведенной в Соединенном Королевстве, использовалась теория изменения для получения индивидуальных и организационных итоговых результатов (35). К достигнутым на уровне отдельных лиц результатам относились укрепление жизненных навыков, рост уверенности в себе, повышение интереса к своему здоровью, расширение возможностей трудоустройства, здоровый образ жизни и укрепление здоровья. Результаты, достигнутые на уровне организаций, включали сокращение пропусков работы по причине болезни и расширение использования образовательных программ.

Логическая модель применялась при проведении рандомизированного контролируемого испытания, направленного на описание профилактических мер здравоохранения на уровне сообществ в Австралии (43). К результатам,



достигнутым на уровне отдельных лиц, относилось углубление знаний и понимания, повышение уровня грамотности в вопросах здоровья и улучшенные результаты в отношении здоровья. В нем также описывались результаты, достигнутые на уровне поставщиков услуг здравоохранения, включая улучшение оценки факторов риска для пациентов, углубление понимания влияния грамотности в вопросах здоровья на пациентов, повышение навыков по решению проблем, связанных с грамотностью в вопросах здоровья пациентов, и совершенствование управления факторами риска для пациентов. На организационном или системном уровне к основным достижениям относилась оптимизация систем регистрации и мониторинга пациентов.

Отношение к здоровью и поведение, сформировавшиеся в детстве, в значительной степени влияют на модели поведения взрослых относительно своего здоровья, поэтому в рамках одной австралийской программы изучалась школьная программа развития грамотности в вопросах здоровья (44). Для описания итоговых результатов, которые в основном были получены на организационном или системном уровнях, использовалась логическая модель. К этим результатам относилась разработка плана действий по повышению уровня грамотности в вопросах здоровья; включение темы грамотности в вопросах здоровья в учебные программы; совершенствование руководства, навыков и партнерских связей в области такой грамотности; уменьшение связанных с грамотностью преград для уязвимых групп населения; более эффективное использование ресурсов в этой области; и создание школ, в которых уделяется должное внимание развитию такой грамотности. Описывались также результаты, касающиеся заинтересованных сторон в школе, включая учащихся и персонал: повышение осведомленности о грамотности в вопросах здоровья, повышение уровня такой грамотности (навыки, знания и практика) и улучшение результатов в отношении здоровья.

2.3 Методы

2.3.1 Количественные методы

Во многих исследованиях, проанализированных в настоящем докладе, использовались только количественные методы оценки уровня грамотности в вопросах здоровья (19,57–60,62–103). В этих исследованиях в основном изучалось влияние какого-либо мероприятия на уровень грамотности в вопросах здоровья. Почти во всех количественных исследованиях в

качестве метода сбора данных использовались опросные исследования или анкеты, многие из которых заполнялись самими опрашиваемыми или опрашивающими на бумажных носителях, хотя небольшое число анкет было представлено онлайн и заполнялось респондентами самостоятельно.

В количественных исследованиях часто использовались ранее опубликованные инструменты оценки уровня грамотности в вопросах здоровья, включая тесты и опросники, основанные на самооценке (разделы 2.3.5 и 2.3.6), или в некоторых случаях сокращенный набор вопросов из этих инструментов. Был также проведен ряд исследований, в ходе которых были разработаны специальные опросы или анкеты. В них вопросы были разработаны авторами для измерения индивидуальных результатов, представляющих интерес (например, изменения в знаниях, поведении или навыках) или для оценки хода осуществления программы и ее результатов (58,59,65,66,69,71,83–85,94,95,97,101,104).

В рамках некоторых исследований сочеталось использование опросов или анкет относительно уровня грамотности в вопросах здоровья с медицинскими показателями (такими как индекс массы тела) (82), а также с проверочными списками наблюдений (104) или знаний (85).

2.3.2 Качественные методы

Лишь в четырех исследованиях использовалась чисто качественная методология, все они касались проведения оценки: две небольшие программы санитарного просвещения в Соединенных Штатах (46) и Австралии (47), национальная программа санитарного просвещения в Швеции (34) и национальное партнерство/союз по развитию уровня грамотности в вопросах здоровья в Австрии (38).

Подробные, полуструктурированные опросы были использованы для оценки влияния программы по поддержке лиц, перенесших онкологические заболевания, на уровень грамотности в вопросах здоровья подростков и молодежи, а также на способы общения между перенесшими рак пациентами и медицинскими работниками в Соединенных Штатах Америки (46). Опросы проводились в четырех группах: лица, перенесшие рак, работники здравоохранения, администраторы больниц и защитники интересов лиц, перенесших рак. Помимо оценки воздействия программы на уровень грамотности и коммуникации в вопросах здоровья, в ходе опросов также изучались мнения участников о возможностях оказания



поддержки программе, о том, что они в ней ценили, о ее наиболее важных элементах, а также о том, какие существовали препятствия для участия в образовательных программах. Опросы проводились с небольшой выборкой участников, а их формат был специально разработан для каждой группы опрашиваемых.

В одном из австралийских исследований использовались фокус-группы для оценки небольшой программы развития грамотности в вопросах здоровья на уровне сообщества с целью определения того, как разработка, подход и способ ее реализации привели к повышению уровня такой грамотности и изменению поведения участников (47). Всего в четырех фокус-группах приняли участие 22 человека, что составило почти половину всех участников программы. Фокус-группы отвечали на вопросы, представленные в полуструктурированном формате, а их ответы анализировались по четырем темам, включая автономию, компетентность и взаимосвязанность (компоненты теории самоопределения) и отдельную, но смежную тему расширения прав и возможностей людей.

В исследовании, посвященном национальной программе повышения грамотности в области сексуального здоровья в Швеции, использовались подробные, полуструктурированные опросы для изучения представлений женщин-участниц о содержании и осуществлении этой программы, а также о том, помогла ли она им укрепить свое сексуальное здоровье, а также расширить понимание и возможности в отношении охраны сексуального здоровья (34). Для этого использовалась целенаправленная выборка с охватом женщин-беженок из трех крупнейших языковых групп на тот момент: арабский, дари и сомалийский. Были опрошены девять из 19 женщин, подходящих для опроса по этому блоку учебных занятий. Для опроса было разработано руководство по четырем основным темам. Первая тема была посвящена опыту участниц в получении информации об охране сексуального здоровья в повседневной жизни, в условиях своей культуры и из предшествующего опыта. Три другие темы охватывали сферы, представленные в модели оценки грамотности в вопросах здоровья Nutbeam (функциональная, интерактивная, критическая), включая восприятие участницами знаний и установок в области охраны сексуального здоровья, их мотивацию и размышления.

В оценке работы Австрийской платформы по развитию грамотности в вопросах здоровья (ÖPGK) (38) (пример из практики 1) использовались интервью с ключевыми участниками и проводился обзор документов и

комментариев, сделанных на совещаниях и партнерских мероприятиях, для оценки структур, функций и стратегического руководства, а также для выявления областей, требующих улучшения.

Пример из практики 1. Оценка партнерских связей в рамках альянса ÖPGK

Альянс ÖPGK был учрежден Федеральной комиссией по здравоохранению Австрии (Bundesgesundheitskommission) в качестве механизма управления деятельностью по выполнению одной из 10 австрийских национальных целей здравоохранения: развитие грамотности в вопросах здоровья среди населения. Альянс ÖPGK состоит из координационного бюро и основных групп экспертов, в которые входят представители исполнительных организаций и федеральных министерств.

В рамках внешней оценки партнерства изучалось, насколько структуры и функции ÖPGK соответствовали изначальному замыслу и насколько эффективно работает альянс, включая анализ достигнутого прогресса по выполнению целей и задач (38).

При этом использовались многочисленные качественные методы оценки с привлечением широкого ряда заинтересованных сторон, принимающих участие в работе платформы. Во-первых, был проведен обзор и анализ документации, такой как стратегические работы и доклады, документы совещаний и ежегодные отчеты, документы с конференций и веб-сайта. Во-вторых, были проведены полуструктурированные опросы 17 участников, в том числе представителей основных экспертных групп (включая специалистов по техническим вопросам и рабочий персонал), координационного бюро, Федерального министерства здравоохранения и по делам женщин, членов ÖPGK и Совета попечителей основного финансирующего органа (Фонд «Здоровая Австрия»). И в заключение проводилось наблюдение за участниками ÖPGK во время совещаний и конференций.

В совокупности вся эта информация использовалась для определения основных сильных и слабых сторон партнерства в достижении его функций и целей, его основных успехов и рекомендаций по совершенствованию платформы в будущем.

2.3.3 Смешанные методы

Смешанные методы использовались при проведении 30 исследований (33,35–37,39–45,48–56,61,104–112), 20 из которых касались оценки какой-либо программы или мероприятия (33,35–37,39–45,48–56). Самыми распространенными формами исследований с использованием смешанных методов были количественные обследования в сочетании с полуструктурированными опросами (33,35,39–43,46,49,50,54–56,61,107). Количественный компонент обычно использовался для официальной оценки уровня грамотности в вопросах здоровья с применением либо уже опубликованной методологии оценки такой грамотности (см. разделы 2.3.5 и 2.3.6), либо специально разработанного опроса, отвечающего целям конкретного исследования. Опросы обычно проводились среди участников программы или мероприятия, но иногда также среди других сторон, заинтересованных или причастных к проведению этих программ или мероприятий (напр., работники здравоохранения, преподаватели). В пяти исследованиях проводился количественный анализ в сочетании с опросами фокус-групп (44,47,52,53,106), а в трех исследованиях одновременно использовались количественный анализ, интервью и фокус-группы (36,48,51).

Почти во всех смешанных исследованиях интервью и фокус-группы использовались для получения информации, необходимой для оценки процесса осуществления программы или мероприятия. Например, это касалось оценки уровня удовлетворения участников программой или мероприятием (приемлемость); собственной оценки участниками пользы, преимуществ и ограничений программы; содействующих факторов и преград для осуществления программы и обеспечения ее устойчивости (для получения более подробной информации см. раздел 2.4.3). В одном исследовании использовались подробные интервью для оценки важных навыков грамотности в вопросах здоровья участников (48), а в другом – метод Photovoice для изучения опыта участников, связанного с такой грамотностью, а также преимуществ и предложений для улучшения системы (40) (пример из практики 2).

Пример из практики 2. Использование метода Photovoice для оценки программы развития грамотности в вопросах здоровья

Photovoice — это метод качественного исследования на основе широкого участия с использованием фотографий для привлечения внимания к какой-либо теме или проблеме. Он применяется для привлечения и расширения прав и возможностей маргинализированных групп населения и лиц из различных культурных и языковых сообществ (113). В программе, предназначенной для молодых уроженцев Южной Азии, страдающих диабетом и проживающих в г. Сток-он-Трент (Соединенное Королевство), использовался метод Photovoice с целью изучения их опыта, связанного с грамотностью в вопросах здоровья, сильных сторон системы здравоохранения и предложений по ее совершенствованию в рамках оценки местной программы развития грамотности в вопросах здоровья (40). При помощи Photovoice участники могли проанализировать и описать свой опыт ориентировки в системе здравоохранения, определить свои личные сильные стороны, связанные с грамотностью в вопросах здоровья, а также указать на то, какие изменения необходимо осуществить, чтобы помочь им контролировать свое состояние и проинформировать лиц, ответственных за разработку политики и принятие решений, относительно реалий и опыта жизни с этим заболеванием.

Небольшое число исследований сочетали в себе количественные и качественные методы с открытыми вопросами (37,45,104,108,109). В этих исследованиях качественное обследование использовалось либо для дополнения количественной оценки уровня грамотности в вопросах здоровья (т.е. с помощью открытых вопросов), либо для анализа опыта участников и их уровня удовлетворенности проведением какого-либо мероприятия или программы. В одном исследовании, посвященном цифровой грамотности в вопросах здоровья, использовались открытые вопросы для изучения и оценки качества навыков, относящихся к грамотности в вопросах здоровья (108).

К другим методам, использованным в смешанных исследованиях, относились наблюдения (записи и дневники участников и исследователей) (40,105), обзоры документов (аудит протоколов заседаний и проектной документации) (39–41,112), примеры из практики (35), обучающие сетевые мероприятия и семинары (33,44) и сессии для обмена мнением (111). Эти методы также



использовались для получения информации, необходимой для оценки процесса проведения программ или мероприятий.

Другие количественные методы, используемые в рамках смешанного подхода, включали контрольный перечень вопросов самооценки для организаций, который использовался для выявления изменений в ориентированности школ на развитие уровня грамотности в вопросах здоровья до и после осуществления общешкольной программы (раздел 2.3.6) (44), и инструмент самооценки, который использовался для сообщения об изменениях в поведении и результатах обучения в области здоровья (35).

2.3.4 Методы экономической оценки

В четырех исследованиях информация представлялась в форме экономического или финансового анализа, проведенного в рамках общей оценки какой-либо программы или мероприятия. При изучении одной образовательной программы, которая осуществлялась в школах Соединенного Королевства, был проведен анализ эффективности затрат путем оценки стоимости одной единицы изменения показателей грамотности в вопросах здоровья и питания на основе сравнения полученных баллов до и после осуществления программы (105). Оценка широкомасштабной национальной программы в Германии («С мигрантами и для мигрантов – межкультурные вопросы здоровья в Германии» (MiMi)) проводилась ежегодно и включала в себя анализ эффективности затрат с использованием количественных и качественных методов определения эффективности и результативности программы; однако подробная информация о способах проведения этого анализа не предоставлена (36).

В рамках программы профилактики хронических заболеваний в Австралии проводилась оценка воздействия и конечных полезных эффектов мобильного оздоровительно-профилактического мероприятия в учреждениях первичной медико-санитарной помощи, а также оценка изменения уровня грамотности в вопросах здоровья, поведения людей и медицинских итоговых результатов (43). В протокол исследования входила экономическая оценка с целью определения общей стоимости разработки и внедрения мероприятия, а также оценка стоимости оказания услуг здравоохранения в сравнении с затратами на направление к прохождению программ на базе сообществ и на расширение их масштабов (43). Затраты оценивались с использованием связанных данных государственных служб медицинского страхования и больниц.

В одном китайском исследовании проводился анализ эффективности затрат цифрового мероприятия по повышению уровня грамотности в вопросах здоровья с помощью текстовых сообщений, содержащих санитарно-просветительскую информацию (99). В этом исследовании эффективность затрат рассчитывалась как соотношение стоимости распространения текстовых сообщений к эффективности всего мероприятия, которая измерялась с помощью теста функциональной грамотности в вопросах здоровья среди взрослых (114).

2.3.5 Инструменты измерения уровня грамотности в вопросах здоровья: личная грамотность в вопросах здоровья

Существует давняя традиция измерения уровня грамотности в вопросах здоровья на уровне отдельных лиц или населения, а также тенденция проводить внутреннюю дифференциацию различных аспектов личной грамотности в вопросах здоровья (например, грамотность в вопросах психического здоровья). Но проводится гораздо меньше исследований, посвященных измерению грамотности в вопросах здоровья на уровне организаций (т.е. степени ориентированности организаций на развитие такой грамотности) или изучению «грамотных» в вопросах здоровья организаций (здравоохранения) (раздел 2.3.6).

В исследованиях, вошедших в настоящий доклад, использовались 58 инструментов измерения уровня личной грамотности в вопросах здоровья, из них 31 инструмент был представлен в ранее опубликованных работах (в приложении 3 перечисляются их характеристики) и 27 инструментов были разработаны специально для проведения конкретного исследования. Многие из опубликованных инструментов использовались для измерения личного уровня грамотности в вопросах здоровья в общем (40,41,47–49,52,53,55,67,76,77,79,81,82,96,99,100,102,103,107,108); некоторые – для измерения личного уровня грамотности в вопросах психического здоровья (19,37,50,51,57,62,64,68,70,72,73,78,88–93,109,111); небольшое число инструментов – для измерения других аспектов или видов грамотности в вопросах здоровья по конкретной теме, включая цифровую грамотность (43,53,74,76,77,108), питание (105), диабет (52), рекламу и пропаганду курения (75,98), малярию (87) и высокое артериальное давление (80). Инструменты оценки грамотности в вопросах здоровья часто использовались в научных исследованиях для измерения влияния мероприятий на уровень грамотности в вопросах здоровья. Некоторые из этих инструментов также использовались в оценочных исследованиях, которые подробно разбираются в этом разделе.



Инструменты измерения общего уровня грамотности в вопросах здоровья, использованные в рамках оценочных исследований, включали: All Aspects of Health Literacy Scale (AAHLS) [Шкала оценки всех аспектов грамотности в вопросах здоровья] (115), Short Test of Functional Health Literacy in Adults (STOFHLA) [Краткий тест для оценки функциональной грамотности в вопросах здоровья среди взрослых] (40,116), Health Literacy Questionnaire (HLQ) [Анкета по теме грамотности в вопросах здоровья] (41,43,54,55,117), e-Health Literacy Scale (e-HEALS) [Шкала оценки электронной грамотности в вопросах здоровья] (43,53,118), HLS-EU (49,119), Ishikawa Health Literacy Survey [Опрос Исикавы по грамотности в вопросах здоровья] (120) и Single Item Literacy Screener (SILS) [Анкета, состоящая из одного вопроса, для оценки грамотности в вопросах здоровья] (55,121). Инструменты, использованные для измерения уровня грамотности в вопросах психического здоровья в рамках оценочных исследований, включали: Anxiety Literacy Scale [Шкала грамотности в вопросах, касающихся тревожности] (51,122), Depression Literacy Scale [Шкала грамотности в вопросах, касающихся депрессии] (51,123), Mental Health Literacy Scale [Шкала грамотности в вопросах психического здоровья] (51,124) и Mental Health Knowledge Schedule [График знаний в области психического здоровья] (50,125,126).

Depression Literacy Scale, Anxiety Literacy Scale и STOFHLA являются инструментами (объективной) оценки в форме тестов. Инструмент STOFHLA использовался при проведении многометодной оценки эффективности местной программы развития грамотности в вопросах здоровья, предназначенной для молодых уроженцев Южной Азии, страдающих диабетом и проживающих в г. Сток-он-Трент (Соединенное Королевство) (40). В нем анализируются способности к количественному мышлению, навыки чтения и понимания, и используется балльная система для отнесения отдельных участников к категориям с недостаточным, маргинальным или нормальным уровнем грамотности в вопросах здоровья (с диапазоном баллов от 0 до 100) (116). При помощи как Anxiety Literacy Scale, так и Depression Literacy Scale оцениваются знания/осведомленность/установки в области психического здоровья с помощью вопросника, в котором каждый правильный ответ дает один балл, а сумма баллов (в диапазоне от 0 до 22) используется для определения высокого или низкого уровня знаний, осведомленности и установок относительно депрессии и тревоги (122,123,127,128). Обе эти шкалы, а также Mental Health Literacy Scale используются с целью изучения влияния многостратегической общественной спортивной программы, направленной на повышение

уровня грамотности в вопросах психического здоровья среди подростков мужского пола и их родителей (51). В Mental Health Literacy Scale входят методы тестирования и самостоятельного предоставления сведений в разбивке на шесть областей: (i) способность узнавать расстройства, (ii) знания о том, где искать информацию, (iii) знание факторов риска и причин их возникновения, (iv) знание о самолечении, (v) знания об имеющейся профессиональной помощи, (vi) установки, содействующие признанию или надлежащему поведению, связанному с обращением за помощью (124).

AAHLS, e-HEALS, HLQ, HLS-EU и Ishikawa Health Literacy Survey — это (субъективные) инструменты, в которых используется метод самостоятельного предоставления сведений для измерения уровня грамотности в вопросах здоровья на основе собственного представления людей о своих способностях в условиях, в которых они живут. Инструмент AAHLS использовался как часть смешанного метода оценки общинной программы семейного обучения в Соединенном Королевстве, в рамках которой особое внимание уделялось ее воздействию на критическую грамотность в вопросах здоровья (48). В нем содержится 14 вопросов, с помощью которых оцениваются навыки в области грамотности в вопросах здоровья по четырем областям/шкалам: (i) функциональная, (ii) интерактивная, (iii) критическая (iv), расширение прав и возможностей (115). Вопросы, касающиеся первых трех областей, имеют следующие варианты ответов: часто, иногда и редко. Уровень грамотности в вопросах здоровья измеряется при помощи суммарного балла, при этом можно отметить конкретные сильные и слабые стороны во всех четырех областях.

Инструмент HLQ использовался в четырех оценках с применением смешанных методов в Австралии (41,43,54,55). HLQ представляет собой анкету, заполняемую самостоятельно и содержащую 44 вопроса для оценки уровня грамотности в вопросах здоровья по девяти областям/шкалам: (i) ощущение того, что тебя понимают и поддерживают поставщики услуг здравоохранения, (ii) обладание достаточной информацией для контролирования своего состояния здоровья, (iii) активное контролирование своего состояния здоровья, (iv) социальная поддержка в области здоровья, (v) оценка информации здравоохранения, (vi) наличие возможности активно взаимодействовать с поставщиками услуг здравоохранения, (vii) умение ориентироваться в системе здравоохранения, (viii) способность найти правильную информацию здравоохранения, (ix) достаточно хорошее понимание информации здравоохранения для того, чтобы знать, что делать (117). В анкете также содержатся девять демографических вопросов, в том



числе относительно возраста, пола, страны происхождения и относительно того, разговаривают ли опрашиваемые дома на английском языке (117). Каждая шкала измеряется по отдельности, чтобы показать особые для нее сильные и слабые стороны грамотности в вопросах здоровья. По первым пяти шкалам предлагается четыре варианта ответов (совсем несогласен, несогласен, согласен, полностью согласен), а по последним четырем шкалам – пять вариантов ответов (не могу сделать или всегда затруднительно, обычно затруднительно, иногда затруднительно, обычно легко, всегда легко) и присуждаются баллы в диапазоне от 1 до 4 или от 1 до 5.

В одном австралийском исследовании анкета HLQ использовалась в сочетании со шкалой e-HEALS для того, чтобы сделать более комплексную оценку уровня как общей грамотности в вопросах здоровья, так и навыков цифровой грамотности (43). При помощи e-HEALS оцениваются навыки цифровой грамотности в вопросах здоровья, непосредственно связанные с поиском информации о здоровье в интернете. Это компьютеризованное обследование, содержащее восемь вопросов, касающихся знаний, навыков и степени уверенности, с которой опрашиваемые ориентируются и осуществляют поиск информации в интернете (118). В одной общественной библиотечной программе, проведенной в Соединенных Штатах Америки, тоже использовалась шкала e-HEALS для оценки воздействия семинара по вопросам здоровья на потребителей (53).

В другом австралийском исследовании применялось сочетание инструментов HLQ и SILS (55). SILS — это анкета с одним вопросом, используемая для быстрого выявления недостаточного уровня грамотности в вопросах здоровья, связанного со способностью пользоваться печатными материалами здравоохранения. В частности, в ней задается вопрос: «Как часто вам необходима посторонняя помощь, когда вы читаете инструкции, брошюры или другие письменные материалы от вашего врача или из аптеки» (121), на который дается пять вариантов ответов (никогда, редко, иногда, часто, всегда) с присвоением баллов от 1 до 5. Два и выше полученных по данной шкале баллов означают, что человек испытывает трудности при чтении печатного материала, связанного с вопросами здоровья.

Анкета HLS-EU использовалась в рамках смешанных методов оценки способностей, связанных с грамотностью в вопросах здоровья, которые развивались в ходе участия в программе профилактики сердечно-сосудистых заболеваний на уровне общин в Ирландии (48). В нее вошли 47 вопросов, охватывающих три области и 12 подшкал. К этим областям относились:

охрана здоровья, профилактика заболеваний и укрепление здоровья. В каждой из них были выделены четыре подшкалы: (i) доступ к/получение информации, (ii) понимание информации, актуальной для здоровья, (iii) обработка/оценка информации, актуальной для здоровья, (iv) применение информации, актуальной для здоровья. За ответы на вопросы в каждой подшкале присуждалось от 1 до 5 баллов (очень трудно, трудно, легко, очень легко и не знаю) (119). Результаты по всем шкалам суммировались, и, в зависимости от общего балла, проводилась классификация уровня грамотности в вопросах здоровья по следующим категориям: недостаточный, проблемный, достаточный или отличный. В рамках этого исследования анкета HLS-EU применялась не только для количественной оценки уровня грамотности в вопросах здоровья, но и для составления руководства по проведению опроса с целью сбора качественной информации о способностях, относящихся к грамотности в вопросах здоровья (48).

В одном австралийском исследовании использовался инструмент Ishikawa Health Literacy Survey в сочетании со специально разработанным опросом для оценки образовательной программы для взрослых людей из социально незащищенных групп населения (56). При помощи специально разработанного опроса оценивались навыки функциональной грамотности в вопросах здоровья, связанные с содержанием программы. А инструмент Ishikawa Health Literacy Survey использовался для оценки более общих навыков грамотности в вопросах здоровья. Этот инструмент изначально был разработан для оценки уровня грамотности в вопросах здоровья у пациентов, страдающих диабетом, но теперь он используется для оценки пациентов с хроническими заболеваниями. В нем 14 вопросов, охватывающих три области/шкалы: функциональная, коммуникативная (интерактивная) и критическая (120). За варианты ответов на вопросы по каждой шкале присваивается от 1 до 4 баллов (никогда, редко, иногда, часто), которые суммируются и делятся на число вопросов по каждой шкале с целью подсчета общего балла грамотности в вопросах здоровья.

В одном исследовании, посвященном изучению влияния школьной программы на уровень грамотности в вопросах психического здоровья и стигматизации в Соединенном Королевстве, использовался график Mental Health Knowledge Schedule для оценки уровня грамотности в вопросах психического здоровья и связанных с ним установок до и после проведения программы (50). В нем содержится 12 вопросов, которые используются для оценки стигматизации в связи с обращением за помощью, признанием, поддержкой, трудоустройством, лечением и выздоровлением, а также для



анализа знаний о психических заболеваниях. За разные варианты ответов на каждый вопрос присваивается от 1 до 5 баллов (полностью согласен, не совсем согласен, ни то ни другое, не согласен, совсем не согласен), а общий балл рассчитывается как сумма всех баллов (125,126).

2.3.6 Инструменты измерения уровня грамотности в вопросах здоровья: грамотность в вопросах здоровья на уровне организаций

Измерение грамотности в вопросах здоровья на уровне организаций стали проводить гораздо позже, чем оценку личной грамотности (27).

Было найдено два инструмента, которые использовались для оценки как минимум одного аспекта грамотности в вопросах здоровья на уровне организаций (ориентированность организаций на развитие грамотности в вопросах здоровья) в рамках какой-либо программы или мероприятия. Первый – это проверочный список для самостоятельного заполнения в организациях (HeLLO Tas!) (129), использованный в рамках проведения оценки потребностей для обоснования общешкольного плана действий по повышению уровня грамотности в вопросах здоровья в Австралии в целях повышения ориентированности на развитие такой грамотности в условиях школ (44). Проверочный список HeLLO Tas! включает в себя шесть областей: (i) привлечение потребителей к процессам планирования и оценки, (ii) оказание поддержки персоналу в использовании эффективных методов развития грамотности в вопросах здоровья, (iii) удовлетворение потребностей различных сообществ, (iv) повышение доступности и облегчение поиска, (v) связь с общественностью, (vi) обеспечение руководства и управления (129). HeLLO Tas! был повторно использован после осуществления программы, чтобы выявить какие-либо изменения в уровне осведомленности по вопросам здоровья, профессиональных знаний и ориентированности на развитие грамотности в вопросах здоровья в школьных условиях. Заполнялся проверочный список в формате семинара под руководством учителя с участием небольшой группы преподавателей.

Другой использованный на уровне организаций инструмент был разработан для оценки коммуникативных навыков работников здравоохранения, в том числе письменных и устных, а также характера взаимодействия между пациентами и поставщиками услуг (79). Он использовался в рандомизированном контролируемом испытании для оценки влияния мероприятия по развитию коммуникативных навыков поставщиков первичной медико-санитарной помощи (79).

2.3.7 Источники и частота сбора данных

Не было найдено ни одной программы или мероприятия, оценка которых проводилась при помощи международных или национальных наборов показателей. В Женевском обследовании здоровья мужчин-геев использовались данные демографических обследований, регулярно собираемые (каждые 4-5 лет) на городском уровне (68). В него входили вопросы из области грамотности в вопросах психического здоровья, в том числе о депрессии, предполагаемом риске и оказании первичной помощи; убеждениях об отношении к пациентам людей и специалистов, к которым обращаются за помощью; убеждениях об обращении за помощью в связи с употреблением психоактивных веществ (включая лекарственные препараты); убеждениях о процедурах (в том числе лечебных) при обращении за помощью.

Во всех других работах, отобранных для настоящего доклада, использовались особые для каждого исследования источники данных, при этом данные собирались в соответствии с планом исследования с применением инструментов и методов, описанных в предыдущих разделах.

В некоторых исследованиях, проводимых в рамках служб здравоохранения, также использовались вторичные данные, постоянно собираемые в месте проведения исследования, такие как медицинские записи (110) или клинические показатели (43,82). Вторичные источники анализировались совместно с оценками уровня грамотности в вопросах здоровья (с использованием соответствующих инструментов), с тем чтобы показать связь между изменениями в уровнях такой грамотности и медицинскими результатами, полученными благодаря проведению мероприятия.

Обычно проводилась оценка уровня грамотности в вопросах здоровья до и после осуществления какого-либо мероприятия, чтобы проанализировать кратковременное воздействие на представляющие интерес итоговые результаты повышения уровня такой грамотности. Во многих случаях проводилось одно последующее обследование в течение 1 - 12 месяцев после мероприятия, в некоторых случаях проводилось как минимум два последующих обследования. Повторные обследования обычно проводились с интервалами в шесть, 12 и 18 месяцев после мероприятия (43,44,54,80,85); некоторые повторные исследования проводились с более короткими интервалами (55,62,69,91,95), а одно – с интервалом в два года после мероприятия (57). В большинстве повторных обследований использовались количественные методы оценки. В двух исследованиях также применялась методология повторного опроса (49,55).



2.4 Области и показатели измерения

В этом разделе описываются области, по которым проводилось измерение уровня грамотности в вопросах здоровья в научных исследованиях и оценках. Зачастую термин «область» использовался взаимозаменяемо с такими терминами как «показатели», «измерители» и «итоговые результаты» в литературе. В настоящем разделе термин «область» используется для описания сфер измерения, которые обычно изучаются при помощи многочисленных показателей или вопросов.

Хотя при проведении настоящего обзора не было обнаружено никаких международных или национальных наборов показателей, используемых для оценки стратегий, программ или мероприятий, в большинстве исследований сообщается об областях и показателях оценки какой-либо программы/мероприятия, которые описаны здесь. Следует отметить, что показатели уровня грамотности в вопросах психического здоровья могут относиться к другим областям оценки, т.к. эта концепция разрабатывалась отдельно от общего понятия грамотности в вопросах здоровья.

2.4.1 Области итоговых результатов по развитию личной грамотности в вопросах здоровья

Области и показатели итоговых результатов используются для мониторинга и оценки промежуточных эффектов, которые оказывают мероприятия или программы на человека или сообщества, например, влияние на их уровень знаний, установки, убеждения и поведение (130).

В ряде исследований изучался широкий показатель грамотности в вопросах здоровья, например, повышение уровня профессиональных знаний и потенциала грамотности в вопросах здоровья. К ним относились исследования, посвященные конкретной теме, такой как повышение уровня грамотности относительно здорового питания или диабета (41,43,48,49,52, 75,76,81,82,87,96,98,100,101,103,107). В некоторых исследованиях изучались более конкретные аспекты грамотности в вопросах здоровья, например, развитие способности к количественному мышлению и навыков понимания или изменение уровня функциональной, интерактивной или критической грамотности в вопросах здоровья (40,42,55,56,102).

В исследованиях, рассмотренных в настоящем докладе, также часто присутствовал анализ одной или нескольких следующих областей: повышение уровня понимания и осведомленности, расширение знаний,

перемены в установках и убеждениях (34,35,39,42,45,55,60,61,75,77,98,110). Кроме того, в некоторых исследованиях проводилась оценка как минимум одной из следующих сфер: изменение навыков, поведения и практической деятельности; повышение уверенности в себе; повышение мотивации; повышение веры в собственные силы; расширение прав и возможностей; улучшение процесса принятия решений (34,39,40,43,45,47,55,56,60,65,74,76,79,80,84,86,94,107).

В некоторых исследованиях изучались сферы, связанные со взаимодействием отдельных лиц с работниками и службами здравоохранения, в том числе соблюдение режима приема лекарств, изменение намерений и поведения при обращении за помощью, расширение доступа к услугам, взаимодействие с поставщиками услуг здравоохранения (включая общение с ними) и доверие к ним (35,40,42,43,72,74,79,84,105,107).

Только в двух исследованиях сообщалось о более широкомасштабных социальных изменениях или областях деятельности: в одном проводилась оценка социальных детерминант (49), а в другом – оценка изменения восприятия гражданской ответственности (106).

Цифровая грамотность в вопросах здоровья. В трех исследованиях рассматривались итоговые результаты развития цифровой грамотности в вопросах здоровья, в каждом из них она определялась как изменение или повышение уровня грамотности в вопросах электронного здравоохранения (43,74,76). Хотя об этом четко не говорится, использование инструмента e-HEALS предполагает, что конкретными областями, по которым проводится оценка, могут быть знания, навыки и уверенность, с которой люди ориентируются и находят информацию в интернете.

Грамотность в вопросах психического здоровья. Области, описанные в исследованиях, посвященных оценке уровня грамотности в вопросах психического здоровья, можно ориентировочно разбить на три категории:

- области, касающиеся собственного психического здоровья человека и включающие улучшение навыков в области охраны психического здоровья (51,57,64,69,73,92,93); расширение знаний о психическом здоровье или понимания этой концепции, включая знания о расстройствах, симптомах и лечении (19,37,57,62,69,73,78,85,89–91,95,109,111); изменение установок, убеждений или намерений, касающихся обращения



за помощью (37,50,62,68,73,78,85,93,109); мнение отдельных людей относительно имеющихся средств и программ социальной поддержки (представленное в одном исследовании) (85);

- области, касающиеся поддержки других людей и включающие повышение уверенности или намерения оказывать поддержку лицу, страдающему психическим расстройством (37,57,95,109,111), расширение знаний о том, как себя вести и действовать по отношению к человеку с психическим расстройством (57);
- области, касающиеся отношения отдельных лиц к психическому здоровью и направленные на улучшение социальных норм, самые распространенные из которых охватывали деятельность по изменению отношения к людям с психическими расстройствами (19,57,64,85,88–90,95,111) и сокращению стигматизации в связи с психическими заболеваниями (37,50,62,64,69,73,78,92,93,95,109).

2.4.2 Области итоговых результатов по развитию грамотности в вопросах здоровья на уровне организаций

Исследования, в рамках которых изучалась грамотность в вопросах здоровья на уровне организаций, включали мероприятия по повышению качества оказания услуг здравоохранения, общий курс подготовки для повышения уровня грамотности в вопросах здоровья работников здравоохранения и социальных работников, обучение грамотности в вопросах здоровья учащихся медицинских учебных заведений, а также программу, направленную на повышение ориентированности школ на развитие грамотности в вопросах здоровья.

Исследования, посвященные мероприятиям по повышению качества оказания услуг здравоохранения, охватывали такие области, как повышение уверенности в себе, изменение поведения и практики, касающихся грамотности в вопросах здоровья среди поставщиков услуг здравоохранения/практикующих врачей (54) и углубление их знаний (59). В одном исследовании, посвященном общему курсу подготовки для повышения уровня грамотности в вопросах здоровья работников здравоохранения и социальных работников, измерялся уровень понимания концепций грамотности в вопросах здоровья и практической деятельности в этой области, а также намерения применять полученные знания на практике в рамках своих организаций (33).

Все исследования, в которых анализировались курсы подготовки медицинских специалистов/работников здравоохранения, охватывали области, касающиеся их знаний о грамотности в вопросах здоровья (97,101,104,112) и отношения к грамотности в вопросах здоровья (т.е. какое значение придается такой грамотности для достижения итоговых результатов лечения) (97,101,104,112). Некоторые исследования также включали сферы, касающиеся навыков общения (101,104,112) и повышения уровня уверенности в себе для удовлетворения потребностей пациентов в области грамотности в вопросах здоровья (101,112).

Программы, направленные на создание благоприятных условий в школах для развития грамотности в вопросах здоровья, касались трех организационных уровней: повышение осознания значимости грамотности в вопросах здоровья среди учителей и работников школ, повышение компетентности учителей в области грамотности в вопросах здоровья, а также повышение ориентированности школ на развитие грамотности в вопросах здоровья (44).

2.4.3 Процедурные показатели

Процедурные показатели используются при проведении мониторинга и оценки программ, чтобы оценить процесс их внедрения, проблемы и общее качество, а также вкладываемые ресурсы, промежуточные результаты и затраты. Они также используются для оценки уровня выполнения программ в соответствии с планом; их сильных и слабых сторон и полученной пользы в результате их проведения; а также элементов, которые привели к желаемым изменениям и улучшениям. Сбор данных о процедурных показателях позволяет лицам, разрабатывающим программы, повысить их качество на этапе осуществления, а также получить информацию для принятия решений относительно последующих программ (130).

В рамках настоящего доклада был найден целый ряд процедурных показателей, использованных в исследованиях. Некоторые исследования измеряли охват программы путем сбора данных о числе ее участников или специалистов, прошедших подготовку на курсах (36,46,67,106). Уровень охвата также изучался с точки зрения успешного привлечения целевых групп населения (например, народности рома в Ирландии (39)). Другие исследования включали измерения промежуточных результатов, таких как количество разработанных и распространенных ресурсов в рамках программы санитарного просвещения (46), а также число/тип связей, установленных между целевым населением и поставщиками услуг здравоохранения (39).



В протоколе исследования, в котором изучалось мероприятие, направленное на расширение знаний и навыков людей с избыточным весом и ожирением и низким уровнем грамотности в вопросах здоровья, авторы оценивали степень добросовестности выполнения мероприятия путем измерения процента медицинских работников (врачей и практикующих медсестер), прошедших обучение, и процента клиентов, воспользовавшихся несколькими элементами мероприятия (43).

В некоторых исследованиях в качестве процедурного показателя выступала оценка уровня удовлетворенности участников (33,56,68,104). Хотя уровень удовлетворенности участников не является показателем эффективности какого-либо мероприятия или программы, он может быть полезным индикатором приемлемости и актуальности и, следовательно, часто используется в оценке учебных программ и кампаний. Три исследования были отдельно посвящены оценке степени приемлемости/целесообразности какого-либо мероприятия/программы (50,87,111).

Лишь несколько оценочных исследований включали анализ эффективности программ, в том числе оценку эффективности их осуществления, а также степень уместности программ и/или способов достижения результатов по повышению уровня грамотности в вопросах здоровья при проведении конкретного мероприятия или программы. Они включали показатели, касающиеся содействующих факторов и преград, основных сильных и слабых сторон, преимуществ и восприятия участников. В двух исследованиях сообщалось о содействующих факторах и преградах, мешающих медицинским работникам менять устоявшиеся процедуры в их организациях (после прохождения курса обучения для повышения уровня грамотности в вопросах здоровья) (33,104), одно исследование было посвящено более широким содействующим факторам и препятствиям проведения какой-либо программы в рамках процесса оценки (35). В одном исследовании говорилось о сильных и слабых сторонах программ (35), а в трех – о восприятии участников (что тоже может предоставить некоторую информацию о сильных и слабых сторонах) (40,46,56). В двух исследованиях говорилось о пользе конкретного мероприятия (33,56). Только в одной работе, посвященной мероприятию в области санитарного просвещения, в качестве целевой аудитории которого выступала группа людей с разными культурными корнями, разговаривающих на разных языках, проводилась отдельная оценка уместности мероприятия с точки зрения культурных особенностей (52).

2.5 Партнерские связи и координация деятельности по измерению уровня грамотности в вопросах здоровья

Во многих исследованиях, приведенных в настоящем докладе, проводилась оценка мероприятий по развитию грамотности в вопросах здоровья с использованием экспериментальных методов исследования; поэтому в них зачастую отсутствовало подробное описание партнерских связей и координационных механизмов. В связи с этим роли и обязанности в отношении сбора и анализа данных, а также действующие механизмы отчетности для составления докладов о достигнутом прогрессе были обозначены нечетко.

На основе информации, предоставленной в некоторых исследованиях, оценка мероприятий по развитию грамотности в вопросах здоровья зачастую проводилась организациями из нескольких секторов, при этом наиболее часто партнерские связи устанавливались между научными кругами и школами, сообществом и службами здравоохранения. Партнерские связи также были налажены между научными учреждениями и государственными департаментами или органами, небольшое число исследований проводилось с привлечением корпораций или частного сектора. Роли и обязанности задействованного в проведении этих исследований персонала, как правило, не описывались, хотя в некоторых исследованиях сообщалось, что сбор и анализ данных проводился совместно научными кругами, учреждениями образования и органами здравоохранения, при этом учителя и медицинские работники, соответственно, возглавляли процесс сбора данных, а исследователи проводили их анализ.

В качестве примера установления партнерских связей на высоком уровне между разными секторами и координации действий по проведению многоуровневой оценки можно привести национальную программу *Skilled for Health* в Соединенном Королевстве (35), в рамках которой национальная группа проводила оценку программы на национальном уровне, а также оказывала техническую поддержку персоналу в проведении оценки в местах осуществления этого проекта.

В качестве еще одного примера можно привести программу *MiMi*, реализованную в Германии (36), оценка которой проводилась в рамках многосекторального партнерства с участием научных учреждений, местных организаций здравоохранения и сообществ (пример из практики 3).



Пример из практики 3. Партнерские связи и координация деятельности в рамках программы MiMi

Программа MiMi в Германии направлена на то, чтобы сделать систему здравоохранения более доступной для мигрантов, повысить их уровень грамотности в вопросах здоровья и расширить их права и возможности при помощи процесса, основанного на широком участии всех заинтересованных сторон (36). Для ее осуществления были привлечены и специально обучены межкультурные посредники, которые провели просветительскую работу в соответствующих сообществах мигрантов относительно системы здравоохранения Германии и связанных со здоровьем тем.

Программа MiMi изначально была разработана в Этномедицинском центре при финансовой поддержке ВКК Bundesverband (Федеральной ассоциации больничных касс на предприятиях) и реализована в четырех городах двух федеральных земель. Впоследствии масштабы проведения программы расширились с охватом 46 городов и более 100 организаций в муниципальных секторах здравоохранения и социального обеспечения.

Этномедицинский центр в сотрудничестве с ВКК Bundesverband осуществляет общую координацию деятельности в рамках программы. Чтобы принять участие в программе в качестве партнера, организации должны взять на себя обязательство участвовать в мероприятиях по мониторингу и оценке для стандартизации и поддержания качества программы.

Оценка программы проводится на двух уровнях. Во-первых, местная оценка учебных мероприятий проводится организациями-партнерами с использованием стандартных анкет (до и после проведения) среди преподавателей и учеников. Во-вторых, при финансовой поддержке правительства Германии Этномедицинский центр в сотрудничестве с медицинским институтом, службой общественного здравоохранения и департаментом социальной психиатрии проводит систематическую качественную оценку (т.е. с помощью опросов и рабочих групп) использования программы и ее преимуществ для широкого круга заинтересованных сторон, а также анализ ее экономической эффективности в различных условиях.

На веб-сайте программы публикуются ежегодные отчеты о ходе ее проведения.

В двух маломасштабных проектах по повышению уровня грамотности в вопросах здоровья Roma Men's Training Diversion and Health Literacy Programme (39) и Action on Health Literacy in Stoke-on-Trent (40) внешнему консультанту было поручено провести оценку процессов и результатов проекта, в сборе данных ему оказывали поддержку партнеры, участвовавшие в осуществлении программы. Однако конкретные роли и обязанности заинтересованных сторон в рамках таких механизмов не уточнялись.

2.6 Содействующие факторы и преграды в области измерения уровня грамотности в вопросах здоровья

Лишь в немногих исследованиях описывались содействующие факторы и преграды для проведения оценки уровня грамотности в вопросах здоровья или эффективности мероприятий и программ по развитию уровня грамотности в вопросах здоровья. Их можно условно разбить на такие группы, как навыки и возможности персонала, партнерские связи, временные и бюджетные ограничения, методы сбора данных и проведения исследований.

2.6.1 Навыки и возможности персонала

В некоторых исследованиях навыки и возможности персонала относились как к преградам, так и к содействующим факторам. Например, для оценки программы Skilled for Health в Соединенном Королевстве была создана ведущая национальная группа для содействия проведению оценок на местном уровне, т.е. на отдельных объектах реализации этого проекта. Проведение тренингов и оказание персонализированной поддержки на отдельных объектах реализации проекта помогло укрепить навыки и повысить потенциал работников в области проведения оценки на местах как части более широкомасштабного национального анализа. Однако авторы отметили, что было довольно проблематично предоставлять одинаковую поддержку на всех объектах осуществления проекта ввиду скользящего характера проведения программы, т.е. некоторые объекты получали более интенсивную поддержку и, следовательно, обладали более высоким оценочным потенциалом, чем другие (35).



Аналогичным образом, к проведению оценки шведской программы охраны сексуального здоровья для мигрантов привлекались переводчики для обеспечения участия и обмена опытом между лицами, разговаривающими на разных языках. Авторы признали, что несмотря на работу с профессиональными устными переводчиками с опытом работы в секторе здравоохранения, смысл некоторых обсуждений в процессе перевода был утрачен ввиду разного уровня опыта устных переводчиков (34).

Результаты другого исследования, реализованного в Австралии, показали, что наличие группы квалифицированных специалистов было одной из основных сильных сторон проведения качественной оценки курса обучения по развитию грамотности в вопросах здоровья, поскольку благодаря им повышалась точность и надежность полученных результатов (33).

2.6.2 Партнерские связи

Установление партнерских связей было определено в качестве одного из ключевых факторов, способствующих проведению мониторинга и оценки, особенно в отношении национальных программ или крупных программ, проводимых на нескольких объектах. Например, результаты проведения программы MiMi указали на то, что благодаря партнерским связям между ведущей (координационной) организацией и медицинским институтом, службой здравоохранения и департаментом социальной психиатрии был использован опыт и знания квалифицированных исследователей и специалистов для обеспечения эффективности оценки (36). Аналогичным образом, учреждение национальной группы оценки с участием многочисленных партнеров рассматривалось как одна из основных сильных сторон и движущих факторов оценки программы Skilled for Health в Соединенном Королевстве, т.к. благодаря ей применялся согласованный и последовательный подход к проведению оценки на многочисленных объектах (35).

В рамках оценки кампании по повышению осведомленности о депрессии среди геев благодаря установлению партнерских связей между университетом, общественной организацией геев и организацией по борьбе с ВИЧ/СПИДом в Швейцарии было разработано, модифицировано и проведено обследование состояния здоровья населения, включающее сферы и показатели оценки, актуальные для целого ряда заинтересованных сторон и целей (68).

2.6.3 Временные и бюджетные ограничения

В ряде исследований в качестве одного из основных препятствий для проведения оценки назывались временные ограничения. Например, авторы сообщили, что из-за «небольшого отрезка времени, отведенного на сбор данных», был ограничен размер выборки участников шведской программы просвещения по вопросам охраны сексуального здоровья, в результате чего было опрошено менее половины лиц, давших согласие на участие в данном опросе (68). В других исследованиях отмечалось, что недостаток времени для сбора данных отрицательно сказался на разнообразии полученных данных или на полноте оценки в целом (41,46). При анализе программы Skilled for Health было отмечено, что на деятельность по оценке на местном уровне выделяется недостаточно времени и ресурсов ввиду отсутствия ясности относительно ролей и обязанностей специалистов, проводящих оценку в местах реализации проекта (35).

2.6.4 Методы сбора данных и проведения исследований

Использование качественных методов (таких как интервью и фокус-группы) описывалось одновременно как преимущество и как недостаток проведения оценки мероприятий и программ развития грамотности в вопросах здоровья (34,45–47). Они получили широкое признание в качестве полезного и эффективного метода сбора разносторонней и подробной информации об опыте и мнении людей. Они также оказались полезными для осознания культурных и контекстуальных факторов (34,46,48). Однако было также признано, что качественные методы не позволяют провести официальную оценку уровня грамотности в области здравоохранения (34,48), а интерпретировать их результаты может быть довольно сложно (46). При интерпретации результатов существует больше возможностей для неправильной трактовки и предвзятости со стороны лиц, проводящих оценку, и может быть трудно воспроизвести этот анализ при проведении последующих исследований (46). Кроме того, качественные методы более ресурсоемки и, следовательно, размеры выборки часто невелики, что может привести к обобщению результатов обследования и приписыванию их другим группам населения и местам (34,48).

Аналогичные содействующие факторы и преграды были описаны при использовании смешанных методов, однако в целом они были сочтены полезными и эффективными для оценки. Например, смешанные методы позволили глубже понять ситуацию и контекстуализировать количественные



оценки (48,49). Они также позволили составить более полное представление о полученном опыте и итоговых результатах благодаря разностороннему взгляду на проблему (45). В некоторых исследованиях также отмечалась польза методов, основанных на принципе широкого участия, для вовлечения сообществ и расширения их прав и возможностей, чтобы предоставить им право голоса при проведении оценок и придать значимости их роли в процессах совместного накопления знаний и создания доказательной базы (40,42,47).

Еще одним важным аспектом, выявленным при проведении оценок, была необходимость сбора демографических и географических данных. Неспособность собрать демографические данные означает, что результаты не могут быть агрегированы по признакам, которые, как известно, играют определенную роль в развитии грамотности в вопросах здоровья (т.е. возраст, пол, социально-экономическое положение, разговорные языки), что также влияет на прогнозирование эффективности и уместности последующих программ и мероприятий для конкретных групп (36,47).

Время и частота сбора данных также были выделены в качестве потенциальных проблем или преград. При таких типах исследований, когда данные собираются сразу же или вскоре после проведения мероприятия, сложнее измерить и понять долгосрочные или устойчивые результаты мероприятий или программ по развитию грамотности в вопросах здоровья (45,47). Авторы одного лонгитюдного исследования признали, что такой вид наблюдения позволяет изучить и понять факторы, способствующие развитию грамотности в вопросах здоровья с течением времени, но при этом отметили, что трудно поддерживать степень вовлеченности участников на протяжении долгого времени и что уровень отсева довольно высок (49).

2.6.5 Другие содействующие факторы

К другим факторам, содействующим проведению оценки грамотности в вопросах здоровья, относились:

- использование концептуальных механизмов развития грамотности в вопросах здоровья при оценке программ (42);
- разработка руководств по проведению оценки, включая пошаговые инструкции и стандартизированные инструменты оценки (25);
- четкое определение ролей и обязанностей при проведении оценки и соответствующее распределение ресурсов (35);

- постоянное проведение мониторинга с целью обеспечения раннего выявления областей, требующих улучшения (49);
- государственное финансирование в поддержку проведения оценки национальных программ (35,36).

2.7 Ресурсы и масштабируемость

Объем ресурсов (финансовых и кадровых), необходимых для оценки политики, программ и мероприятий, не был указан в исследованиях, использованных для написания настоящего доклада, однако два исследования, посвященные национальным программам, показали, что уровень инвестиций должен соответствовать масштабу и сложности программы и рассматриваться на стадии первоначального планирования и разработки программы (35,36). В рамках проведения нескольких маломасштабных программ, проведение оценки поручалось внешнему специалисту; однако связанные с этим затраты или объемы имеющегося в наличии финансирования не уточнялись.

Степень масштабируемости показателей и инструментов измерения уровня грамотности в вопросах здоровья также не были указаны в исследованиях, приведенных в настоящем докладе. Многие исследования касались маломасштабных мероприятий или программ развития грамотности в вопросах здоровья, проводимых на уровне отдельных амбулаторий или сообществ; следовательно, целесообразность расширения масштабов мероприятий для осуществления на международном, национальном и субнациональном уровнях остается невыясненной.

2.8 Оценка уровня грамотности в вопросах здоровья в Европейском регионе ВОЗ

В Европейском регионе ВОЗ было проведено 19 исследований на эту тему (34–36,38–40,48–50,57–59,67–72,105), из них почти 50% касались мероприятий по оценке (34–36,38–40,48–50). В Европе были проведены только три оценки программ на национальном уровне: в двух из них использовались смешанные методы (35,36), а в одной – только качественный метод (34). Хотя не было выявлено ни одного национального рамочного механизма оценки, было найдено подтверждение использования моделей грамотности в вопросах здоровья, описанных как в работе Sørensen et al. (49), так и в работе Nutbeam (34), при выборе структуры исследований и инструментов сбора данных.



В рамках осуществления некоторых исследований, включая три исследования из Российской Федерации, были разработаны свои собственные опросы или инструменты оценки мероприятий (58,59,69,71). В пяти исследованиях для оценки программы или мероприятия по развитию грамотности в вопросах здоровья использовался общий инструмент, в том числе AAHLS, HLS-EU, STOFHLA, Critical Nutrition Literacy Scale [Шкала грамотности в критически важных вопросах питания], Health Literacy in School-aged Children Instrument [Инструмент оценки грамотности в вопросах здоровья среди детей школьного возраста]. Последний был единственным общим инструментом оценки уровня грамотности в вопросах здоровья, специально разработанным для молодых людей/детей, который удалось найти авторам настоящего доклада. Результаты показали, что инструменты самостоятельного предоставления сведений относительно грамотности в вопросах здоровья используются чаще, чем тесты, и в большинстве случаев эти инструменты используются при применении смешанных методов.

Области и показатели личной грамотности в вопросах здоровья и грамотности в вопросах психического здоровья, измеряемые в Европейском регионе ВОЗ, соответствовали областям и показателям, измеряемым в глобальном масштабе, однако не было выявлено исследований, оценивающих цифровую грамотность или грамотность в вопросах здоровья на уровне организаций в рамках проведения какой-либо программы или мероприятия.

Исследования, проведенные в Европейском регионе ВОЗ, содержали самые убедительные фактические данные в пользу налаживания многосекторального партнерского сотрудничества с целью координации деятельности по оценке, к их числу относились два исследования, посвященные национальным программам (программа Skilled for Health в Соединенном Королевстве и программа MiMi в Германии (35,36)).

И наконец, только благодаря оценке работы альянса ÖPGK были получены данные об анализе эффективности партнерских связей и о том, как они могут помочь определить функции, механизмы управления и степень эффективности партнерских связей/союзов, которые создаются с целью контролирования процессов осуществления и мониторинга стратегий развития грамотности в вопросах здоровья (38).

3. ОБСУЖДЕНИЕ

3.1 Сильные и слабые стороны настоящего обзора

Насколько мы знаем, это первый обзор фактических данных о подходах, применяемых к оценке выполнения стратегий, программ и мероприятий по развитию грамотности в вопросах здоровья на национальном, региональном и организационном уровнях. Был проведен тщательный поиск соответствующих исследований в рецензируемой литературе на английском, испанском, русском и французском языках, при этом носители языка консультировались относительно каждого термина поиска на этих языках. Кроме того, за консультацией относительно других материалов авторы доклада обращались к экспертам в области грамотности в вопросах здоровья из международных сетей. Стратегия поиска носила глобальный характер, чтобы найти как можно больше методов измерения уровня грамотности в вопросах здоровья.

Одна из главных слабых сторон обзора состоит в том, что поиск в «серой» литературе проводился только на английском языке, из-за чего, вероятно, были исключены некоторые важные и актуальные для Европейского региона ВОЗ исследования. Ввиду того, что в центре обзора были исследования, посвященные оценке стратегий, программ и мероприятий в области развития грамотности в вопросах здоровья, в обзор не вошли демографические обследования, проведенные для получения информации, необходимой для разработки стратегий в Европейском регионе ВОЗ (которые имеют важное значение для будущего осуществления мониторинга и оценки). Однако в настоящем докладе приводится информация об использованных в этих демографических обследованиях инструментах оценки, таких как HLS-EU (131), т.к. они применяются для измерения эффективности программ и мероприятий.

В рамках настоящего доклада не проводился анализ качества исследований и использованных в них подходов к оценке и мониторингу, а также не делались заключения относительно того, действительно ли использованные в них инструменты сбора данных помогали измерять уровень грамотности в вопросах здоровья. Исследования, содержащие инструменты оценки уровня грамотности в вопросах здоровья, были включены на том основании, что



авторы считали, что описанные в них мероприятия или программы касались какого-либо аспекта грамотности в вопросах здоровья, а использованные в них инструменты применялись для измерения уровня такой грамотности.

3.2 Проблемы методологии в области измерения грамотности в вопросах здоровья

Существует целый ряд проблем, касающихся методологии измерения уровня грамотности в вопросах здоровья. И хотя консенсус относительно общего определения понятия грамотности в вопросах здоровья уже достигнут, концепции подходящих сфер и приоритетных направлений все еще находятся на стадии разработки. Не существует единого широко признанного набора показателей. Однако интерес к измерению уровня грамотности в вопросах здоровья растет и уже наблюдаются многообещающие сдвиги в этой области, например создание сети М-РОНН ВОЗ (9). Сеть будет содействовать согласованию наборов показателей, необходимых для проведения региональных исследований и обеспечения сопоставимости международных данных. По мере разработки наборов показателей необходимо решать проблемы, связанные с терминологией и концепцией, а также с контекстуальными и культурными аспектами этого понятия. Необходимо обеспечивать последовательность и высокое качество перевода на разные языки и культурной адаптации инструментов оценки уровня грамотности в вопросах здоровья в зависимости от места их применения (132).

Многие инструменты, используемые в настоящее время для измерения уровня грамотности в вопросах здоровья, были разработаны для оценки функциональной грамотности в вопросах здоровья и, следовательно, охватывают небольшой ряд областей (в некоторых случаях одну единственную). Это особенно касается инструментов, которые включают в себя тестовые методы измерения уровня грамотности в вопросах здоровья и, следовательно, могут оказаться непригодными или неподходящими для проведения мониторинга на уровне населения/страны. Методы измерения в форме самостоятельного предоставления сведений обычно более удобны в применении, позволяют проанализировать многочисленные сферы грамотности в вопросах здоровья и подходят для проведения мониторинга на уровне населения/страны (131). Однако в них может отсутствовать эмпирическое обоснование (133). Существуют две основные

проблемы, связанные с методами измерения уровня грамотности на основе самостоятельного предоставления сведений. Во-первых, большинство фактических данных (прогностическая валидность), касающихся взаимосвязи уровня грамотности в вопросах здоровья с результатами в отношении здоровья отдельных лиц, собираются при помощи тестов. Во-вторых, при использовании методов самостоятельного предоставления сведений не учитывается различие между реальными навыками людей и их восприятием своих навыков, на которое влияют такие социологические факторы, как эффект социального предпочтения (134). Исследования, в ходе которых напрямую сравнивалась информация, основанная на восприятии, с данными о реальных навыках, полученными в результате тестирования, отличались низкой прогностической валидностью (135).

Кроме того, многие из проверенных инструментов оценки уровня грамотности в вопросах здоровья не являются общедоступными, что может ограничить их использование при проведении мониторинга и оценки. При применении многих инструментов не учитываются культурные или контекстуальные факторы. Поэтому разработка международных наборов показателей вместе с высококачественным переводом и учетом особенностей разных культур (при необходимости) поможет решить эти проблемы. Следует также рассмотреть возможность использования таких инструментов в сочетании с качественными методами оценки, чтобы получить более четкое и контекстуализированное представление о способностях людей, связанных с грамотностью в вопросах здоровья.

Наконец, при рассмотрении различных концептуальных парадигм возникают методологические проблемы. Например, концепции и инструменты измерения грамотности в вопросах здоровья на уровне отдельных лиц, сообщества и организаций разрабатывались в рамках одного упорядоченного рамочного механизма теории грамотности в вопросах здоровья и включают аспекты, касающиеся навыков и умений. В то время, как другие концепции, например, касающиеся грамотности в вопросах психического здоровья, разрабатывались отдельно, при этом основное внимание уделялось измерению знаний и установок, а не навыков. Успех оценки зависит от четкого определения концептуальной парадигмы, в рамках которой проводится исследование, от показателей, которые должны измениться в результате проведения какого-либо мероприятия, а также от выбора самых оптимальных инструментов оценки ожидаемых изменений.



3.3 Оценка и мониторинг на национальном и региональном уровнях

В ходе проведения настоящего обзора не было найдено ни одной стратегии, программы или мероприятия, оценка которых проводилась с использованием национальных механизмов оценки или наборов данных. Необходимо разработать механизмы оценки и мониторинга, включающие в себя обширный перечень областей и показателей, для проведения последовательного демографического мониторинга на национальном и субнациональном уровнях и получения поддающихся сравнению результатов относительно уровня грамотности в вопросах здоровья как внутри одной страны, так и между разными государствами. Области и показатели уровня грамотности в вопросах здоровья, по которым проводилась оценка в странах Европейского региона ВОЗ, соответствовали измеряемым на глобальном уровне показателям личной грамотности в вопросах здоровья и грамотности в вопросах психического здоровья. Европейский регион ВОЗ занимает особо выгодное положение для разработки общерегионального подхода. Начало этому процессу уже было положено осуществлением Европейского проекта по грамотности в вопросах здоровья (2), повлекшим за собой проведение обследования HLS-EU (7), после чего государства-члены Европейского региона ВОЗ взяли на себя обязательство создать международную версию HLS-EU. Это привело к созданию сети M-POHL, предназначенной для оказания содействия процессам разработки систематических процедур оценки, которые будут эффективны во всех государствах-членах Региона и за его пределами в будущем (9).

Поскольку грамотность в вопросах здоровья является реляционной и контекстуальной концепцией, сбор географических и демографических данных (таких как возраст, пол, социально-экономическое положение, этническая принадлежность и разговорные языки) в рамках национального мониторинга и оценки программ позволит улучшить определение потенциала различных групп населения в области грамотности в вопросах здоровья для содействия разработке и осуществлению стратегий, программ и мероприятий, учитывающих потребности различных групп населения (34–36,39,40).

Необходимо проводить дополнительный анализ стратегий и программ для улучшения понимания того, в какой степени и каким образом программы

по повышению уровня грамотности в вопросах здоровья помогают развивать соответствующие навыки, особенно среди групп населения с низким уровнем такой грамотности или групп, наиболее подверженных воздействию факторов, препятствующих развитию такой грамотности, включая доступ к медико-санитарной информации и услугам (34,36,39,40). Усилия, направленные на повышение уровня грамотности в вопросах здоровья как на уровне отдельных лиц, так и на уровне организаций здравоохранения, будут содействовать достижению Целей в области устойчивого развития (136). В 2019 г. Европейское региональное бюро ВОЗ и группа государств-членов провели семинар, чтобы рассмотреть возможности разработки, внедрения и оценки инициатив в области развития грамотности в вопросах здоровья в странах Региона с целью профилактики неинфекционных заболеваний и борьбы с ними (137). В результате была создана Европейская сеть действий ВОЗ по развитию грамотности в вопросах здоровья в поддержку профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями с целью наращивания потенциала на индивидуальном и коллективном уровнях для принятия обоснованных решений относительно неинфекционных заболеваний в Регионе.

Результаты настоящего доклада указывают на то, что наиболее эффективными методами оценки стратегий, программ и мероприятий являются смешанные методы, т.к. они позволяют провести официальный анализ уровня грамотности в вопросах здоровья с использованием количественных инструментов и одновременно составить более детальное представление о контекстуальных факторах, влияющих на возможности развития такой грамотности. Кроме того, сочетание количественных и качественных методов оценки позволяет лицам, принимающим решения, лучше понять эффективность, уместность, устойчивость и целесообразность стратегий и программ для продолжения их осуществления или расширения их масштабов.

Повышение использования методов, основанных на широком участии общественности в деятельности по оценке, также может способствовать активизации вовлечения уязвимых и маргинализированных групп населения и расширению их прав и возможностей в плане участия в разработке фактических данных и мер с учетом соответствующих культурных аспектов и условий. Это подчеркивалось в нескольких исследованиях, приведенных в настоящем докладе (40,42,47), при этом методы, основанные на принципе широкого участия, все чаще применяются и пропагандируются в исследованиях, посвященных грамотности в вопросах здоровья (113,138–140).



3.4 Оценка ориентированности организаций на развитие грамотности в вопросах здоровья

В ходе написания настоящего доклада было найдено мало фактических данных об использовании методов и инструментов оценки ориентированности организаций на развитие грамотности в вопросах здоровья в рамках проведения анализа программ или мероприятий (27). Тем не менее, можно ожидать определенного прогресса в этом направлении благодаря будущей деятельности сети М-POHL по разработке стандартов эталонного анализа и измерения ориентированности организаций и систем здравоохранения на развитие грамотности в вопросах здоровья в Европейском регионе ВОЗ (9). Был разработан инструмент Organizational Health Literacy Responsiveness (Org-HLR), при помощи которого организации могут сами оценить свою ориентированность на развитие грамотности в вопросах здоровья. Его пилотные испытания прошли в Австралии и Дании, в результате чего подтвердилась польза инструмента для этих стран (29,141). Одна венская группа исследователей также разработала инструмент для измерения грамотности в вопросах здоровья на уровне организаций в австрийских больницах (30), который был использован на международном уровне рабочей группой Международной сети больниц и служб здравоохранения, содействующих здоровью, созданной по инициативе ВОЗ (27). Эти подходы и инструменты могут быть положены в основу более широкомасштабной разработки мер по оценке грамотности в вопросах здоровья на уровне организаций.

3.5 Предлагаемые к рассмотрению меры политики

На основе результатов обобщающего обзора предлагаются к рассмотрению следующие меры политики с целью укрепления оценки и мониторинга стратегий и программ по развитию грамотности в вопросах здоровья в государствах-членах Европейского региона ВОЗ:

- разработать наборы показателей, охватывающих широкий ряд областей грамотности в вопросах здоровья, которые были бы эффективны как на субнациональном, так и на национальном уровнях, содействовать измерению уровней грамотности в вопросах здоровья среди населения и предоставлять данные, поддающиеся сравнению в масштабе всего Региона;

- создать инструменты оценки, применимые в разных условиях и на разных уровнях, с целью оказания поддержки деятельности по последовательному сбору данных об уровне грамотности в вопросах здоровья среди населения в Регионе;
- расширять использование качественных и смешанных методов оценки стратегий, программ и мероприятий, чтобы углубить понимание потенциала в области грамотности в вопросах здоровья и влияющих на нее культурных и контекстуальных факторов;
- расширять участие граждан, в особенности уязвимых и маргинализированных групп населения и других соответствующих заинтересованных сторон, в разработке методов оценки грамотности в вопросах здоровья на основе широкого участия и с учетом культурных и контекстуальных особенностей;
- расширять оценку грамотности в вопросах здоровья на организационном и системном уровнях, в том числе в отношении управления, координации усилий и партнерских связей, а также контекстуальных факторов, способствующих повышению уровня грамотности в вопросах здоровья;
- налаживать партнерские связи для мониторинга и оценки стратегий и программ по развитию грамотности в вопросах здоровья, в том числе с научно-исследовательскими институтами и организациями, участвующими в продвижении исследований, стратегий и практических подходов в сфере повышения уровня грамотности в вопросах здоровья.



4. ВЫВОДЫ

Широко признанно, что грамотность в вопросах здоровья является средством укрепления здоровья, снижения риска развития заболеваний и преждевременной смерти, а также содействия экономически эффективному, ориентированному на человека и справедливому медицинскому обслуживанию. Проведение оценки и мониторинга стратегий и связанных с ними мероприятий в области развития грамотности в вопросах здоровья имеет ключевое значение для обеспечения их эффективности. В настоящем докладе представлена имеющаяся на настоящий момент информация о методах оценки эффективности стратегий, программ и мероприятий по развитию грамотности в вопросах здоровья, а также предлагаются к рассмотрению меры политики, которые в случае их принятия, будут содействовать проведению последовательной и сравнительной оценки и мониторинга в странах Европейского региона ВОЗ. Благодаря таким инициативам, как сеть М-РОНЛ и недавно созданная Европейская сеть действий ВОЗ по развитию грамотности в вопросах здоровья в поддержку профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями, Европейский регион ВОЗ располагает идеальными возможностями для рассмотрения этих стратегических рекомендаций и принятия соответствующих мер с целью создания возможностей для граждан и общества укреплять здоровье при более полном соблюдении принципов социальной справедливости в интересах достижения Цели 3 в области устойчивого развития.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Kickbusch I, Pelikan JM, Apfel F, Tsouros AD. Санитарная грамотность: убедительные факты. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2013 г. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/254377/Health_Literacy_RU_web.pdf?ua=1, по состоянию на 11 сентября 2019 г.).
2. Comparative report on health literacy in eight EU Member States. The European Health Literacy Project 2009–2012. Maastricht: HLS-EU Consortium; 2012 (https://cdn1.sph.harvard.edu/wp-content/uploads/sites/135/2015/09/neu_rev_hls-eu_report_2015_05_13_lit.pdf, accessed 8 August 2019).
3. DAC list of ODA recipients: effective for reporting on 2014, 2015 and 2016 flows. Paris: Development Assistance Committee, Organisation for Economic Co-operation and Development; 2017 (http://www.oecd.org/dac/stats/documentupload/DAC_List_ODA_Recipients2014to2017_flows_En.pdf, accessed 9 August 2019).
4. Pelikan JM, Ganahl K. Measuring health literacy in general populations: primary findings from the HLS-EU Consortium's health literacy assessment effort. In: Logan RA, Sigel ER, editors. Health literacy. Amsterdam: IOS Press; 2017:34–59.
5. Шанхайская декларация по укреплению здоровья в рамках Повестки дня в области устойчивого развития на период до 2030 г. На: странице Девятой глобальной конференции по укреплению здоровья, 21–24 ноября 2016 г. Шанхай: Всемирная организация здравоохранения; 2016 г. (<https://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/shanghai-declaration/ru/> по состоянию на 11 сентября 2019 г.).
6. Sørensen K, Karuranga S, Denysiuk E, McLernon L. Health literacy and social change: exploring networks and interests groups shaping the rising global health literacy movement. *Glob Health Promot.* 2018;25(4):89–92. doi: <https://doi.org/10.1177/1757975918798366>.
7. Pelikan JM, Ganahl K, Van den Broucke S, Sørensen K. Measuring health literacy in Europe: introducing the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). В: Okan O, Bauer U, Levin-Zamir D, Pinheiro P, Sørensen K, editors. *International handbook of health literacy research: policy and practice across the lifespan.* Bristol: Policy Press; 2019:115–38.

8. Европейская инициатива в области информации здравоохранения (ЕИИЗ). Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2019 г. (<http://www.euro.who.int/ru/data-and-evidence/european-health-information-initiative-ehiii>, по состоянию на 11 сентября 2019 г.).
9. Dietscher C, Pelikan J, Bobek J, Nowak P. Сеть действий по оценке грамотности в вопросах здоровья среди населения и на уровне организаций (М-РОНЛ): сеть, работающая под эгидой Европейской инициативы ВОЗ в области информации здравоохранения (ЕИИЗ). Панорама общественного здравоохранения; 2019 г.; 5(1):65–71 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325139/php-5-1-72-79-rus.pdf>, по состоянию на 11 сентября 2019 г.).
10. Rowlands G, Russell S, O'Donnell A, Kaner E, Trezona A, Rademakers J et al. Обзор имеющихся фактических данных о реализуемых мерах политики и связанных с ними мероприятиях, а также об их эффективности с точки зрения повышения грамотности в вопросах здоровья на национальном, региональном и организационном уровнях в Европейском регионе ВОЗ (2018 г.). Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2018 г. (Сводный доклад №57 Сети фактических данных по вопросам здоровья; <http://www.euro.who.int/ru/publications/abstracts/what-is-the-evidence-on-existing-policies-and-linked-activities-and-their-effectiveness-for-improving-health-literacy-at-national-regional-and-organizational-levels-in-the-who-european-region-2018>, по состоянию на 11 сентября 2019 г.).
11. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health. 2012;12:80. doi: 10.1186/1471-2458-12-80.
12. Mancuso JM. Assessment and measurement of health literacy: an integrative review of the literature. Nurs Health Sci. 2009;11(1):77–89. doi: 10.1111/j.1442-2018.2008.00408.x.
13. Paasche-Orlow MK, Wolf MS. The causal pathways linking health literacy with health outcomes. Am J Health Behav. 2007;31(suppl 1):S19–26. doi: 10.5555/ajhb.2007.31.suppl.S19.
14. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promot Int. 2000;15(3):259–67. doi: 10.1080/10810730.2017.1417515.

15. Freedman DA, Bess KD, Tucker HA, Boyd DL, Tuchman AM, Wallston KA. Public health literacy defined. *Am J Prev Med.* 2009;36(5):446–51. doi: 10.1016/j.amepre.2009.02.001.
16. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. *Soc Sci Med.* 2008;67(12):2072–8. doi: 10.1016/j.socscimed.2008.09.050.
17. Norman CD, Skinner HA. eHealth literacy: essential skills for consumer health in a networked world. *J Med Internet Res.* 2006;8(2):e9. doi: 10.2196/jmir.8.2.e9.
18. Jorm AF, Korten AE, Jacomb PA, Christensen H, Rodgers B, Pollitt P. “Mental health literacy”: a survey of the public’s ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Med J Aust.* 1997;166(4):182–6. doi: 10.5555/ajhb.2007.31.suppl.S19.
19. Kutcher S, Wei Y, Morgan C. Successful application of a Canadian mental health curriculum resource by usual classroom teachers in significantly and sustainably improving student mental health literacy. *Can J Psychiatry Rev.* 2015;60(12):580–6. doi: 10.1177/070674371506001209.
20. Parker RM, Hernandez LM. What makes an organization health literate? *J Health Commun.* 2012;17(5):624–7. doi: 10.1080/10810730.2012.685806.
21. Rudd R, Anderson JE. The health literacy environment of hospitals and health centers: making your healthcare facility literacy friendly. Boston (MA): Harvard School of Public Health; 2006.
22. Meggetto E, Ward B, Issacs A. What’s in a name? An overview of organizational health literacy terminology. *Aust Health Rev.* 2017;42(1):21–30. doi: 10.1071/AH17077.
23. Palumbo R. Designing health-literate health care organizations: a literature review. *Health Care Manage Rev.* 2016;29(3):79–87. doi: 10.1177/0951484816639741.
24. Brach C. The journey to become a health literate organization: a snapshot of health system improvement. *Stud Health Technol Inform.* 2017;240:203–37. PMID: 28972519.
25. Farmanova E, Bonneville L, Bouchard L. Organizational health literacy: review of theories, frameworks, guides and implementation issues. *Inquiry.* 2018;55:1–17. doi: 10.1177/0046958018757848.

- 
26. Lloyd JE, Song HJ, Dennis SM, Dunbar N, Harris E, Harris MF. A paucity of strategies for developing health literate organizations: a systematic review. *PLOS One*. 2018;13(4):e0195018. doi: 10.1371/journal.pone.0195018.
 27. Pelikan JM. Health-literate healthcare organizations. B: Okan O, Bauer U, Levin-Zamir D, Sørensen K, editors. *International handbook of health literacy research: practice and policy across the lifespan*. Bristol: Policy Press; 2019:539–54.
 28. Trezona A, Dodson S, Osborne RH. Development of the Organisational Health Literacy Responsiveness (Org-HLR) Framework in collaboration with health and social services professionals. *BMC Health Serv Res*. 2017;17(1):513. doi: 10.1186/s12913-017-2465-z.
 29. Trezona A, Dodson S, Osborne RH. Development of the Organisational Health Literacy Responsiveness (Org-HLR) self-assessment tool and process. *BMC Health Serv Res*. 2018;18(1):694. doi: 10.1186/s12913-018-3499-6.
 30. Dietscher C, Pelikan JM. Health literate hospitals and healthcare organizations: results from an Austrian feasibility study on the self-assessment of organizational health literacy in hospitals. B: Schaeffer D, Pelikan JM, editors. *Health literacy: Forschungsstand und Perspektiven*. Gottingen: Hogrefe; 2017:303–14.
 31. Brach C, Keller D, Hernandez LM, Baur C, Parker R, Dreyer B et al. Ten attributes of health literate health care organizations; a discussion paper. Washington (DC): Institute of Medicine; 2012.
 32. Health literacy tool shed. Boston (MA): Boston University; 2019 (<https://healthliteracy.bu.edu>, accessed 10 August 2019).
 33. Naccarella L, Greenstock L. Evaluation of the Centre for Culture, Ethnicity and Health 2013 health literacy course. Melbourne: Australian Health Workforce Institute, University of Melbourne; 2013.
 34. Svensson P, Carlzen K, Agardh A. Exposure to culturally sensitive sexual health information and impact on health literacy: a qualitative study among newly arrived refugee women in Sweden. *Cult Health Sex*. 2017;19(7):752–66. doi: 10.1080/13691058.2016.
 35. Evaluation of the second phase of the Skilled for Health Programme. London: The Tavistock Institute and Shared Intelligence; 2009.

36. Salman R, Weyers S. MiMi project: with migrants for migrants. B: Koller T, editor. Poverty and social exclusion in the WHO European Region: health systems respond. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2010:52–63 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/115485/E94018.pdf, accessed 13 August 2019).
37. Bond KS, Jorm AF, Kitchener BA, Reavley NJ. Mental health first aid training for Australian medical and nursing students: an evaluation study. *BMC Psychol.* 2015;3(1):11. doi: 10.1186/s40359-015-0069-0.
38. Gutknecht-Gmeiner M, Capellaro M. Evaluation der Österreichischen Plattform Gesundheitskompetenz (ÖPGK). Vienna: Humburg; 2016.
39. Scullion G. Evaluation of the Atelier Roma Men's Training, Diversion and Health Literacy Programme. Dublin: Health Service Executive; 2016.
40. Estacio EV. Action on health literacy in Stoke-on-Trent: engaging south Asian men and young men with diabetes. Newcastle-under-Lyme: Keele University; 2012.
41. Grace S, Horstmanshof L. A realist evaluation of a regional dementia health literacy project. *Health Expect.* 2019;22(3):426–34. doi: 10.1111/hex.12862.
42. Simonds VW, Kim FL, LaVeaux D, Pickett V, Milakovich J, Cummins J. Guardians of the living water: using a health literacy framework to evaluate a child as change agent intervention. *Health Educ Behav.* 2019;46(2):349–59. doi: 10.1177/1090198118798676.
43. Parker SM, Stocks N, Nutbeam D, Thomas L, Denney-Wilson E, Zwar N et al. Preventing chronic disease in patients with low health literacy using eHealth and teamwork in primary healthcare: protocol for a cluster randomised controlled trial. *BMJ Open.* 2018;8(6):e023239. doi: 10.1136/bmjopen-2018-023239.
44. Nash R, Elmer S, Thomas K, Osborne R, MacIntyre K, Shelley B et al. HealthLit4Kids study protocol; crossing boundaries for positive health literacy outcomes. *BMC Public Health.* 2018;18(1):690. doi: 10.1186/s12889-018-5558-7.
45. Davis LF, Ramirez-Andreotta MD, McLain JET, Kilungo A, Abrell L, Buxner S. Increasing environmental health literacy through contextual learning in communities at risk. *Int J Environ Res Pub Health.* 2018;15(10):pii. doi: 10.3390/ijerph15102203.

- 
46. Vollmer Dahlke D, Fair K, Hong YA, Kellstedt D, Ory MG. Adolescent and young adult cancer survivorship educational programming: a qualitative evaluation. *JMIR Cancer*. 2017;3(1):e3. doi: 10.2196/cancer.5821.
 47. Elmer S, Bridgman H, Williams A, Bird M, Murray S, Jones R et al. Evaluation of a health literacy program for chronic conditions. *Health Lit Res Pract*. 2017;1(3):e100–8. doi: 10.3928/24748307-20170523-01.
 48. Sykes S, Wills J. Challenges and opportunities in building critical health literacy. *Glob Health Promot*. 2018;1757975918789352. doi: 10.1177/1757975918789352 (Epub ahead of print).
 49. McKenna VB, Sixsmith J, Barry MM. A qualitative study of the development of health literacy capacities of participants attending a community-based cardiovascular health programme. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(6):pii. doi: 10.3390/ijerph15061157.
 50. Chisholm K, Patterson P, Torgerson C, Turner E, Jenkinson D, Birchwood M. Impact of contact on adolescents' mental health literacy and stigma: the SchoolSpace cluster randomised controlled trial. *BMJ Open*. 2016;6(2):e009435. doi: 10.1136/bmjopen-2015-009435.
 51. Vella SA, Swann C, Batterham M, Boydell KM, Eckermann S, Fogarty A et al. Ahead of the game protocol: a multi-component, community sport-based program targeting prevention, promotion and early intervention for mental health among adolescent males. *BMC Public Health*. 2018;18(1):390. doi: 10.1186/s12889-018-5319-7.
 52. Calderón JL, Shaheen M, Hays RD, Fleming ES, Norris KC, Baker RS. Improving diabetes health literacy by animation. *Diabetes Educ*. 2014;40(3):361–72. doi: 10.1177/0145721714527518.
 53. Ansell M, Tennant MR, Piazza V, Cottler LB. Piloting consumer health information services in collaboration with a community research engagement program. *Med Ref Serv Q*. 2017;36(4):348–61. doi: 10.1080/02763869.2017.1369283.
 54. Faruqi N, Stocks N, Spooner C, El Haddad N, Harris MF. Research protocol: management of obesity in patients with low health literacy in primary health care. *BMC Obes*. 2015;2:5. doi: 10.1186/s40608-015-0036-6.

55. McCaffery KJ, Morony S, Muscat DM, Smith SK, Shepherd HL, Dhillon HM et al. Evaluation of an Australian health literacy training program for socially disadvantaged adults attending basic education classes: study protocol for a cluster randomised controlled trial. *BMC Public Health*. 2016;16:454. doi: 10.1186/s12889-016-3034-9.
56. Muscat DM, Smith S, Dhillon HM, Morony S, Davis EL, Luxford K et al. Incorporating health literacy in education for socially disadvantaged adults: an Australian feasibility study. *Int J Equity Health*. 2016;15:84. doi: 10.1186/s12939-016-0373-1.
57. Svensson B, Hansson L. Effectiveness of mental health first aid training in Sweden. A randomized controlled trial with a six-month and two-year follow-up. *PLOS One*. 2014;9(6):e100911. doi: 10.1371/journal.pone.0100911.
58. Kalinina AM, Gomova TA, Kushunina DV, Soin IA, Izmaylova OV, Khudyakov MB. Профилактическая активность пациентов поликлиник как важный фактор эффективности диспансеризации и диспансерного наблюдения: региональный опыт [Prophylactic activity of outpatients as an important factor of the efficiency of prophylactic medical examination and case follow-up]. *Prev Med*. 2015;18:4–10. doi: 10.17116/profmed20151824-10 (in Russian).
59. Maksimova ZV, Fasakhova DA, Glukhovskaya SV. Профилактика в клинической практике: взгляд врачей первичного звена [Prevention in clinical practice: the views of primary health care physicians]. *Prev Med*. 2014;17:49–54 (in Russian).
60. Chi H-Y, Chang F-C, Huang L-J, Lee C-H, Pan Y-C, Yeh M-K. Enhancing teachers' medication literacy and teaching through school-pharmacist partnership in Taiwan. *Drugs: Educ Prev Polic*. 2018;25(6):491–9. doi: 10.1080/09687637.2017.1321620.
61. Kreslake JM, Price KM, Sarfaty M. Developing effective communication materials on the health effects of climate change for vulnerable groups: a mixed methods study. *BMC Public Health*. 2016;16:946. doi: 10.1186/s12889-016-3546-3.
62. Swartz K, Musci RJ, Beaudry MB, Heley K, Miller L, Alfes C et al. School-based curriculum to improve depression literacy among US secondary school students: a randomized effectiveness trial. *Am J Public Health*. 2017;107(12):1970–6. doi: 10.2105/AJPH.2017.304088.

- 
63. Brown V, Russell M, Ginter A, Braun B, Little L, Pippidis M et al. Smart choice health insurance(©): a new, interdisciplinary program to enhance health insurance literacy. *Health Promot Pract.* 2016;17(2):209–16. doi: 10.1177/1524839915620393.
 64. Thorsteinsson EB, Bhullar N, Williams E, Loi NM. Schizophrenia literacy: the effects of an educational intervention on populations with and without prior health education. *J Ment Health.* 2019;28(3):229–37. doi: 10.1080/09638237.2018.1521923.
 65. Nsangi A, Semakula D, Oxman AD, Oxman M, Rosenbaum S, Austvoll-Dahlgren A et al. Does the use of the Informed Healthcare Choices (IHC) primary school resources improve the ability of grade 5 children in Uganda to assess the trustworthiness of claims about the effects of treatments: protocol for a cluster-randomised trial. *Trials.* 2017;18(1):223. doi: 10.1186/s13063-017-1958-8.
 66. Semakula D, Nsangi A, Oxman M, Austvoll-Dahlgren A, Rosenbaum S, Kaseje M et al. Can an educational podcast improve the ability of parents of primary school children to assess the reliability of claims made about the benefits and harms of treatments: study protocol for a randomised controlled trial. *Trials.* 2017;18(1):31. doi: 10.1186/s13063-016-1745-y.
 67. Bjørnsen H, Ringdal R, Espnes G, Eilertsen M, Moksnes U. Exploring MEST: a new universal teaching strategy for school health services to promote positive mental health literacy and mental wellbeing among Norwegian adolescents. *BMC Health Serv Res.* 2018;18(1):1001. doi: 10.1186/s12913-018-3829-8.
 68. Wang J, Häusermann M, Berrut S, Weiss MG. The impact of a depression awareness campaign on mental health literacy and mental morbidity among gay men. *J Affect Disord.* 2013;150(2):306–12. doi: 10.1016/j.jad.2013.04.011.
 69. Casañas R, Arfuch V-M, Castellví P, Gil J-J, Torres M, Pujol A et al. “EspaiJove.net”: a school-based intervention programme to promote mental health and eradicate stigma in the adolescent population – study protocol for a cluster randomised controlled trial. *BMC Public Health.* 2018;18(1):939. doi: 10.1186/s12889-018-5855-1.
 70. Hansson L, Markström U. The effectiveness of an anti-stigma intervention in a basic police officer training programme: a controlled study. *BMC Psychiatry.* 2014;14:55. doi: 10.1186/1471-244X-14-55.

71. Shamalov NA, Shetova IM, Anisimova AV, Gordeev MN, Anisimov KV. Повышение информированности населения о симптомах инсульта [Increasing public awareness of stroke symptoms. The program of the Moscow Department of Health]. *Prev Med.* 2018;21:S21–30 (in Russian).
72. Kudryavtseva NG, Nikolenko NV, Sakharova OI, Vasilchenko VL, Tumanova SA, Gorbunova EV et al. Отдаленная эффективность обучающей программы для пациентов с протезами клапанов сердца в повышении приверженности к лечению и качества жизни [Long-term efficiency of training programme for patients with artificial heart valves to improve the adherence to treatment and quality of life]. *Cardiol Cardiovasc Surg.* 2017;10(4):13–18. doi: 10.17116/kardio201710413-18 (in Russian).
73. Perry Y, Petrie K, Buckley H, Cavanagh L, Clarke D, Winslade M et al. Effects of a classroom-based educational resource on adolescent mental health literacy: a cluster randomized controlled trial. *J Adolesc.* 2014;37(7):1143–51. doi: 10.1016/j.adolescence.2014.08.001.
74. Nahm E-S, Zhu S, Bellantoni M, Keldsen L, Russomanno V, Rietschel M et al. The effects of a theory-based patient portal e-learning program for older adults with chronic illnesses. *Telemed J E Health.* 2018. doi: 10.1089/tmj.2018.0184 (Epub ahead of print).
75. Shensa A, Phelps-Tschang J, Miller E, Primack BA. A randomized crossover study of web-based media literacy to prevent smoking. *Health Educ Res.* 2016;31(1):48–59. doi: 10.1093/her/cyv062.
76. Fiscella K, Boyd M, Brown J, Carroll J, Cassells A, Corales R et al. Activation of persons living with HIV for treatment, the great study. *BMC Public Health.* 2015;15:1056. doi: 10.1186/s12889-015-2382-1.
77. Yee LM, Wolf M, Mullen R, Bergeron AR, Cooper Bailey S, Levine R et al. A randomized trial of a prenatal genetic testing interactive computerized information aid. *Prenat Diagn.* 2014;34(6):552–7. doi: 10.1002/pd.4347.
78. Unger JB, Cabassa LJ, Molina GB, Contreras S, Baron M. Evaluation of a fotonovela to increase depression knowledge and reduce stigma among Hispanic adults. *J Immigr Minor Health.* 2013;15(2):398–406. doi: 10.1007/s10903-012-9623-5.
79. Tavakoly Sany SB, Peyman N, Behzhad F, Esmaeily H, Taghipoor A, Ferns G. Health providers' communication skills training affects hypertension outcomes. *Med Teach.* 2018;40(2):154–63. doi: 10.1080/0142159X.2017.1395002.

- 
80. Kim KB, Han HR, Huh B, Nguyen T, Lee H, Kim MT. The effect of a community-based self-help multimodal behavioral intervention in Korean American seniors with high blood pressure. *Am J Hypertens*. 2014;27(9):1199–208. doi: 10.1093/ajh/hpu041.
 81. Uemura K, Yamada M, Okamoto H. Effects of active learning on health literacy and behavior in older adults: a randomized controlled trial. *Am J Hypertens*. 2018;66(9):1721–9. doi: 10.1111/jgs.15458.
 82. Skau JK, Nordin AB, Cheah JC, Ali R, Zainal R, Aris T et al. A complex behavioural change intervention to reduce the risk of diabetes and prediabetes in the pre-conception period in Malaysia: study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*. 2016;17(1):215. doi: 10.1186/s13063-016-1345-x.
 83. Jarernsripornkul N, Chaipichit N, Chumworathayi P, Krska J. Management for improving patients' knowledge and understanding about drug allergy. *Pharm Pract (Granada)*. 2015;13(1):513. PMID: 25883688.
 84. Paudel P, Yen PT, Kovai V, Naduvilath T, Ho SM, Giap NV et al. Effect of school eye health promotion on children's eye health literacy in Vietnam. *Health Promot Int*. 2019;34(1):113–22. doi: 10.1093/heapro/dax065.
 85. Lai ESY, Kwok C-L, Wong PWC, Fu K-W, Law Y-W, Yip PSF. The effectiveness and sustainability of a universal school-based programme for preventing depression in Chinese adolescents: a follow-up study using quasi-experimental design. *PLOS One*. 2016;11(2):e0149854. doi: 10.1371/journal.pone.0149854.
 86. Carroll LN, Smith SA, Thomson NR. Parents as teachers health literacy demonstration project: integrating an empowerment model of health literacy promotion into home-based parent education. *Health Promot Int*. 2015;16(2):282–90. doi: 10.1177/1524839914538968.
 87. Li W, Han LQ, Guo YJ, Sun J. Using WeChat official accounts to improve malaria health literacy among Chinese expatriates in Niger: an intervention study. *Malar J*. 2016;15(1):567. doi: 10.1186/s12936-016-1621-y.
 88. McLuckie A, Kutcher S, Wei Y, Weaver C. Sustained improvements in students' mental health literacy with use of a mental health curriculum in Canadian schools. *BMC Psychiatry*. 2014;14:379. doi: 10.1186/s12888-014-0379-4.

89. Milin R, Kutcher S, Lewis SP, Walker S, Wei Y, Ferrill N et al. Impact of a mental health curriculum on knowledge and stigma among high school students: a randomized controlled trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2016;55(5):383–91.e1. doi: 10.1016/j.jaac.2016.02.018.
90. Ravindran AV, Herrera A, da Silva TL, Henderson J, Castrillo ME, Kutcher S. Evaluating the benefits of a youth mental health curriculum for students in Nicaragua: a parallel-group, controlled pilot investigation. *Glob Ment Health (Camb)*. 2018;5:e4. doi: 10.1017/gmh.2017.27.
91. Chu JTW, Whittaker R, Jiang Y, Wadham A, Stasiak K, Shepherd M et al. Evaluation of MyTeen: a SMS-based mobile intervention for parents of adolescents – a randomised controlled trial protocol. *BMC Public Health*. 2018;5:e4. doi: 10.1186/s12889-018-6132-z.
92. Wong DFK, Lau Y, Kwok S, Wong P, Tori C. Evaluating the effectiveness of mental health first aid program for Chinese People in Hong Kong. *Res Soc Work Pract*. 2017;27(1):59–67. doi: 10.1177/1049731515585149.
93. Moll SE, Patten S, Stuart H, MacDermid JC, Kirsh B. Beyond silence: a randomized, parallel-group trial exploring the impact of workplace mental health literacy training with healthcare employees. *Can J Psychiatry*. 2018;1:706743718766051. doi: 10.1177/0706743718766051.
94. Mnatzaganian C, Fricovsky E, Best BM, Singh RF. An interactive, multifaceted approach to enhancing pharmacy students' health literacy knowledge and confidence. *Am J Pharm Educ*. 2017;81(2):32. doi: 10.5688/ajpe81232.
95. Mohatt NV, Boeckmann R, Winkel N, Mohatt DF, Shore J. Military mental health first aid: development and preliminary efficacy of a community training for improving knowledge, attitudes, and helping behaviors. *Mil Med*. 2017;182(1):e1576–83. doi: 10.7205/MILMED-D-16-00033.
96. Cartes-Velasquez R, Araya C, Flores R, Luengo L, Castillo F, Bustos A. A motivational interview intervention delivered at home to improve the oral health literacy and reduce the morbidity of Chilean disadvantaged families: a study protocol for a community trial. *BMJ Open*. 2017;7(7):e011819. doi: 10.1136/bmjopen-2016-011819.
97. Pagels P, Kindratt T, Arnold D, Brandt J, Woodfin G, Gimpel N. Training family medicine residents in effective communication skills while utilizing promotoras as standardized patients in OSCEs: a health literacy curriculum. *Int J Family Med*. 2015;2015:129187. doi: 10.1155/2015/129187.

- 
98. Primack BA, Douglas EL, Land SR, Miller E, Fine MJ. Comparison of media literacy and usual education to prevent tobacco use: a cluster-randomized trial. *J Sch Health*. 2014;84(2):106–15. doi: 10.1111/josh.12130.
 99. Zhuang R, Xiang Y, Han T, Yang G-A, Zhang Y. Cell phone-based health education messaging improves health literacy. *Afr Health Sci*. 2016;16(1):311–18. doi: 10.4314/ahs.v16i1.41.
 100. Hjertstedt J, Barnes SL, Sjostedt JM. Investigating the impact of a community-based geriatric dentistry rotation on oral health literacy and oral hygiene of older adults. *Gerodontology*. 2014;31(4):296–307. doi: 10.1111/ger.12038.
 101. Trujillo JM, Figler TA. Teaching and learning health literacy in a doctor of pharmacy program. *Am J Pharm Educ*. 2015;79(2):27. doi: 10.5688/ajpe79227.
 102. Mas FS, Ji M, Fuentes BO, Tinajero J. The health literacy and ESL study: a community-based intervention for Spanish-speaking adults. *J Health Commun*. 2015;20(4):369–76. doi: 10.1080/10810730.2014.965368.
 103. Tai BW, Bae YH, LaRue CE, Law AV. Putting words into action: a simple focused education improves prescription label comprehension and functional health literacy. *J Am Pharm Assoc*. 2016;56(2):145 2.e3. doi: 10.1016/j.japh.2015.12.010.
 104. Green JA, Gonzaga AM, Cohen ED, Spagnoletti CL. Addressing health literacy through clear health communication: a training program for internal medicine residents. *Patient Educ Couns*. 2014;95(1):76–82. doi: 10.1016/j.pec.2014.01.004.
 105. Woods-Townsend K, Bagust L, Barker M, Christodoulou A, Davey H, Godfrey K et al. Engaging teenagers in improving their health behaviours and increasing their interest in science (evaluation of LifeLab Southampton): study protocol for a cluster randomized controlled trial. *Trials*. 2015;16:372. doi: 10.1186/s13063-015-0890-z.
 106. Ayub RA, Jaffery T, Aziz F, Rahmat M. Improving health literacy of women about iron deficiency anemia and civic responsibility of students through service learning. *Educ Health (Abingdon)*. 2015;28(2):130–7. doi: 10.4103/1357-6283.170122.
 107. Ishikawa H, Yamaguchi I, Nutbeam D, Kato M, Okuhara T, Okada M et al. Improving health literacy in a Japanese community population: a pilot study to develop an educational programme. *Health Expect*. 2018;21(4):814–21. doi: 10.1111/hex.12678.

108. St Jean B, Greene Taylor N, Kodama C, Subramaniam M. Assessing the digital health literacy skills of tween participants in a school-library-based after-school program. *J Consum Health Internet*. 2017;21(1):40–61. doi 10.1080/15398285.2017.1279894.
109. Burns S, Crawford G, Hallett J, Hunt K, Chih HJ, Tilley PJ. What's wrong with John? A randomised controlled trial of mental health first aid (MHFA) training with nursing students. *BMC Psychiatry*. 2017;17(1):111. doi: 10.1186/s12888-017-1278-2.
110. Lori JR, Ofosu-Darkwah H, Boyd CJ, Banerjee T, Adanu RMK. Improving health literacy through group antenatal care: a prospective cohort study. *BMC Pregnancy Childb*. 2017;17:1–9. doi: 10.1186/s12884-017-1414-5.
111. Sibeko G, Milligan PD, Roelofse M, Molefe L, Jonker D, Ipers J et al. Piloting a mental health training programme for community health workers in South Africa: an exploration of changes in knowledge, confidence and attitudes. *BMC Psychiatry*. 2018;18(1):191. doi: 10.1186/s12888-018-1772-1.
112. Milford E, Morrison K, Teutsch C, Nelson BB, Herman A, King M et al. Out of the classroom and into the community: medical students consolidate learning about health literacy through collaboration with Head Start. *BMC Med Educ*. 2016;16:121. doi: 10.1186/s12909-016-0635-z.
113. Ardiles P, Casteleijn M, Black C, Sørensen K. Using Photovoice as a participatory approach to promote youth health literacy. B: Okan O, Bauer U, Levin-Zamir D, Pinheiro P, Sørensen K, editors. *International handbook of health literacy: research, practice and policy across the lifespan*. Bristol: Policy Press; 2019:247–60.
114. Parker RM, Baker DW, Williams MV, Nurss JR. The Test of Functional Health Literacy in Adults: a new instrument for measuring patients' literacy skills. *J Gen Intern Med*. 1995;10(10):537–41. doi: 10.1007/bf02640361.
115. Chinn D, McCarthy C. All Aspects of Health Literacy Scale (AAHLS): developing a tool to measure functional, communicative and critical health literacy in primary healthcare settings. *Patient Educ Couns*. 2013;90(2):247–53. doi: 10.1016/j.pec.2012.10.019.
116. Baker DW, Williams MV, Parker RM, Gazmararian JA, Nurss J. Development of a brief test to measure functional health literacy. *Patient Educ Couns*. 1999;38(1):33–42. PMID: 14528569.

- 
117. Osborne RH, Batterham RW, Elsworth GR, Hawkins M, Buchbinder R. The grounded psychometric development and initial validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ). *BMC Public Health*. 2013;13:658. doi: 10.1186/1471-2458-13-658.
 118. Chung S, Nahm ES. Testing reliability and validity of the eHealth Literacy Scale (eHEALS) for older adults recruited online. *Comput Inform Nurs*. 2015;33(4):150–6. doi: 10.1097/CIN.000000000000146.
 119. Sørensen K, Van den Broucke S, Pelikan JM, Fullam J, Doyle G, Slonska Z et al. Measuring health literacy in populations: illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). *BMC Public Health*. 2013;13:948. doi: 10.1186/1471-2458-13-948.
 120. Ishikawa H, Takeuchi T, Yano E. Measuring functional, communicative, and critical health literacy among diabetic patients. *Diabetes Care*. 2008;31(5):874–9. doi: 10.2337/dc07-1932.
 121. Morris N, MacLean CD, Chew LD, Littenberg B. The single item literacy screener: evaluation of a brief instrument to identify limited reading ability. *BMC Fam Pract*. 2006;7:21–7.
 122. Anxiety Literacy Questionnaire [website]. Canberra: Centre for Mental Health Research, Australian National University; 2019 (<https://rsph.anu.edu.au/research/tools-resources/anxiety-literacy-questionnaire-lit>, accessed 13 August 2019).
 123. Depression Literacy Questionnaire [website]. Canberra: Centre for Mental Health Research, Australian National University; 2019 (<https://rsph.anu.edu.au/research/tools-resources/depression-literacy-questionnaire-d-lit>, accessed 13 August 2019).
 124. O'Connor M, Casey L. The Mental Health Literacy Scale (MHLS): a new scale-based measure of mental health literacy. *Psychiatry Res*. 2015;229(1–2):511–16. doi: 10.1016/j.psychres.2015.05.064.
 125. Thornicroft G. Mental health knowledge schedule (MAKS). London: Institute of Psychiatry, King's College London; 2009 (<http://www.cles.org.uk/wp-content/uploads/2011/03/Mental-health-knowledge-schedule.pdf>, accessed 12 August 2019).

126. Evans-Lacko S, Little K, Meltzer H, Rose D, Rhydderch D, Henderson C et al. Development and psychometric properties of the Mental Health Knowledge Schedule. *Can J Psychiatry*. 2010;55(7):440–8. doi: 10.1177/070674371005500707.
127. Griffiths KM, Christensen H, Jorm AF, Evans K, Groves C. Effect of web-based depression literacy and cognitive-behavioural therapy interventions on stigmatising attitudes to depression: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*. 2004;185:342–9. doi: 10.1192/bjp.185.4.342.
128. Gulliver A, Griffiths KM, Christensen H, Mackinnon A, Calear AL, Parsons A et al. Internet-based interventions to promote mental health help-seeking in elite athletes: an exploratory randomized controlled trial. *J Med Internet Res*. 2012;14(3):e69. doi: 10.2196/jmir.1864.
129. HELLO TAS! toolkit (a toolkit for health literacy learning organisations). Sandy Bay: Tasmanian Council of Social Services; 2019 (<https://www.hellotas.org.au>, accessed 12 August 2019).
130. Peersman G, Rugg D. Basic terminology and frameworks for monitoring and evaluation. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV and AIDS; 2010 (https://www.unaids.org/sites/default/files/sub_landing/files/7_1-Basic-Terminology-and-Frameworks-MEF.pdf, accessed 12 August 2019).
131. Sørensen K, Pelikan JM, Rothlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G et al. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *Eur J Public Health*. 2015;25(6):1053–8. doi: 10.1093/eurpub/ckv043.
132. Andrulis DP, Brach C. Integrating literacy, culture, and language to improve health care quality for diverse populations. *Am J Health Behav*. 2007;31(suppl 1):S122–33.
133. Pleasant A, Maish C, O’Leary C, Carmona R. Measuring health literacy in adults: an overview and discussion of current tools. B: Okan O, Bauer U, Levin-Zamir D, Pinheiro P, Sørensen K, editors. *International handbook of health literacy research: policy and practice across the lifespan*. Bristol: Policy Press; 2019:67–82.
134. van de Mortel TF. Faking it: social desirability response bias in self-report research. *Aust J Adv Nurs*. 2008;25(4):40–8.

- 
135. Mantwill S, Allam A, Camerini AL, Schulz PJ. Validity of three brief health literacy screeners to measure functional health literacy: evidence from five different countries. *J Health Commun.* 2018;23(2):153–61. doi: 10.1080/10810730.2017.1417515.
 136. Преобразование нашего мира: Повестка дня в области устойчивого развития на период до 2030 г. Нью-Йорк: Организация Объединенных Наций; 2015 г. (Резолюция 70/1, принятая Генеральной Ассамблеей; http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&Lang=R, по состоянию на 12 ноября 2019 г.).
 137. Грамотность в вопросах здоровья как инструмент профилактики и борьбы с НИЗ: семинар в Португалии. Центр СМИ [веб-сайт]. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2019 г. (<http://www.euro.who.int/ru/media-centre/events/events/2019/01/health-literacy-as-a-lever-to-prevent-and-control-ncds-workshop-in-portugal>, по состоянию на 12 ноября 2019 г.).
 138. Sykes S, Wills J. Critical health literacy for the marginalised: empirical findings. В: Okan O, Bauer U, Levin-Zamir D, Pinheiro P, Sørensen K, editors. *International handbook of health literacy: research, practice and policy across the lifespan.* Bristol: Policy Press; 2019:167–82.
 139. Bittlingmayer U, Sahrai D. Health literacy for all? Inclusion as a serious challenge for health literacy: the case of disability. В: Okan O, Bauer U, Levin-Zamir D, Pinheiro P, Sørensen K, editors. *International handbook of health literacy: research, practice and policy across the lifespan.* Bristol: Policy Press; 2019:689–704.
 140. Bollweg TM, Okan O. Measuring children’s health literacy: current approaches and challenges. В: Okan O, Bauer U, Levin-Zamir D, Pinheiro P, Sørensen K, editors. *International handbook of health literacy: research, practice and policy across the lifespan.* Bristol: Policy Press; 2019:83–98.
 141. Aaby A, Maindal H. Organizational health literacy responsiveness – making organisations fit for diversity. В: 10th European Conference of the International Union for Health Promotion and Education, Trondheim, September 2018 (poster).

ПРИЛОЖЕНИЕ 1. СТРАТЕГИЯ ПОИСКА

Базы данных, веб-сайты и другие источники

Поиск проводился в период с 6 по 20 января 2019 г. В целях выявления научной рецензируемой литературы на английском, испанском, немецком и французском языках при помощи определенных терминов использовались следующие базы данных: CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature), Cochrane Library, ERIC (Educational Resource Information Centre), MEDLINE, PsychInfo и PubMed. Поиск русскоязычных публикаций проводился в веб-библиотеках E-library, MediaSphera и Medical Library. Поиск «серой» литературы на английском языке проводился в интернете при помощи системы Google.

Дополнительные работы были найдены благодаря их упоминанию в докладе СФДЗ №57 (1), а также в результате консультаций с экспертами через Глобальную рабочую группу Международного союза медико-санитарного просвещения и укрепления здоровья и сеть M-POHL.

Отбор исследований

Результаты поиска вводились в единую базу данных для сравнения. После удаления дубликатов два автора обзора проводили проверку заголовков и аннотаций на предмет соответствия критериям включения или исключения, описанным ниже. Исследования включались в обзор только, если в них измерялся уровень грамотности в вопросах здоровья в рамках оценки какой-либо стратегии, программы или мероприятия. Чтобы собрать как можно больше фактических данных, опубликованные протоколы исследований также включались в обзор в случае отсутствия публикации, посвященной проведенному исследованию.

Изучение уровня грамотности в вопросах здоровья проводится как в рамках оценочных, так и в рамках измерительных исследований. В настоящем обзоре к оценочным исследованиям относятся работы, в которых анализируется ход проведения, приемлемость или уместность программы или мероприятия (напр., содействующие факторы или преграды на пути реализации, сильные и слабые стороны, рекомендации для улучшения). В измерительных исследованиях анализировались результаты проведения мероприятий по развитию грамотности в вопросах здоровья с



использованием экспериментальных моделей, таких как рандомизированные контролируемые испытания, кластерные испытания на базе сообществ, краткие клинические мероприятия в сфере здравоохранения или другие ориентированные на исследования планы обследований, которые не включали оценку самой программы или мероприятия.

Оценки программ и мероприятий были включены в настоящий доклад, поскольку большая часть имеющихся данных по измерению уровня грамотности в вопросах здоровья была получена в результате проведения интервенционных исследований. Они, вероятно, будут полезны и актуальны для руководства деятельностью по оценке и мониторингу национальных стратегий и программ развития грамотности в вопросах здоровья.

Критерии включения и исключения

При отборе литературы были использованы следующие критерии включения:

- работы были опубликованы в период между 1 января 2013 г. и 31 декабря 2018 г.;
- на английском, испанском, немецком, русском и французском языках;
- в работах должен был использоваться термин «грамотность в вопросах здоровья» (или его переводной эквивалент);
- работы должны были включать показатели/инструменты, находящиеся в открытом доступе (в рамках исследования, на веб-сайте или предоставляемые по запросу автору);
- показатели оценки грамотности в вопросах здоровья применялись для разработки и/или оценки стратегии/мероприятия;
- с любым географическим охватом.

Под критерии исключения попадали:

- редакционные статьи, комментарии, резюме конференций или письма;
- исследования, посвященные проблеме дислексии;
- исследования, посвященные общим навыкам чтения и письма;
- исследования, посвященные общеобразовательным мероприятиям;
- исследования, посвященные инструментам читаемости или оценки читаемости медико-санитарной информации;
- показатели оценки навыков общей грамотности/способности к количественному мышлению;

- показатели оценки уровня грамотности в вопросах здоровья, использованные исключительно в научных целях;
- исследования, не относящиеся к парадигме укрепления здоровья.

Термины поиска

Для определения подходящей литературы использовались термины поиска на английском, испанском, немецком, русском и французском языках. В их число вошли все соответствующие термины, использованные в докладе СФДЗ №57 о стратегиях развития грамотности в вопросах здоровья и связанных с ними мероприятиях в Европейском регионе ВОЗ (1), но структура поиска была построена так, чтобы ключевым термином была грамотность в вопросах здоровья. Для сокращения числа неактуальных результатов поиск ограничивался документами, в которых упоминался термин «грамотность в вопросах здоровья» (или его переводной эквивалент).

В таблице А1.1. приводятся использованные термины поиска для выявления рецензируемой литературы на английском, испанском, немецком и французском языках, а в таблице А1.2 – термины поиска на русском языке.

Таблица А1.1. Отбор исследований на английском, испанском, немецком и французском языках

Термины	Тип
«Health literacy» OR «Littératie en matière de santé» OR Gesundheitskompetenz OR «Alfabetización en salud»	Все области
AND literacy OR l'alphabétisation OR Lesefähigkeit OR Schreibfähigkeit OR alfabetización OR literate OR alphabète OR lesekundig OR schreibkundig OR alfabetizado OR «reading skills» «compétences en lecture» OR Lesefähigkeiten OR «habilidades de lectura» OR «reading ability» OR «capacité de lecture» OR lesefähigkeit OR «habilidad de lectura» OR «reading level» OR «niveau de lecture» OR lesestufe OR «nivel de lectura» OR «writing level» OR «niveau d'écriture» OR schreibstufe OR «nivel de escritura» OR «writing ability» OR «capacité d'écriture» OR schreibfähigkeit OR «capacidad de	Название/аннотация

Таблица А1.1. Отбор исследований на английском, испанском, немецком и французском языках (продолжение)

Термины	Тип
	<p>escritura» OR «writing skills» OR «compétences en écriture» OR schreibfertigkeiten OR «habilidades de escritura» OR numeracy OR analphabetism OR calcul OR rechnen OR aritmética OR cálculo OR «health education» OR «éducation sanitaire» OR «éducation sur la santé» OR Gesundheitserziehung OR «educación para la salud» OR «health knowledge» OR «connaissances sur la santé» OR Gesundheitswissen OR «conocimientos sobre la salud» OR attitude* OR Einstellungen OR Actitudes OR «health adj» OR competenc* OR competence OR capacité OR Kompetenz OR competencia OR «health communication» OR «communication sur la santé» OR Gesundheitskommunikation OR «comunicación en salud» OR «patient education» OR «éducation du patient» OR Patientenaufklärung OR Patientenerziehung OR «educación del paciente»</p>
AND	<p>Evaluation OR évaluation OR Evaluierung OR evaluación OR measure OR mesure OR messen OR medida OR assessment OR évaluation OR analyse OR Bewertung OR evaluación OR análisis OR screening OR dépistage OR selection OR cribado OR instrument OR instrument OR questionnaire OR sondage OR Fragebogen OR cuestionario OR encuesta OR outcome OR résultat OR Ergebnis OR resultado OR thematic OR thématique OR thematisch OR temático OR logic* OR Logique OR Logik OR lógica OR measurement OR mesure OR Messung OR medición OR evidence OR preuve OR Beweise OR evidencia OR framework OR cadre OR Rahmen OR marco de referencia OR model OR modèle OR Modell OR modelo OR tool OR outil OR Werkzeug OR herramienta OR ressource OR Ressource OR recurso OR domain* OR Domäne OR dominio OR scale OR échelle OR Masstab OR Skala OR escala OR dashboard OR «tableau de bord» OR Instrumententafel OR salpicadero OR «case study» OR «étude de cas» OR Fallstudie OR «estudio de caso» OR indicator* OR indicateur OR Indikator OR indicador OR measure* OR qualitative OR qualitative OR cualitativ*</p>
	<p>Название/ аннотация</p>

Таблица А1.1. Отбор исследований на английском, испанском, немецком и французском языках (продолжение)

	Термины	Тип
AND	Patient OR paciente OR person OR personne OR persona OR individual OR Individuel OR Individuell OR consumer OR consommatrice OR consommateur OR Verbraucher OR consumidor OR citizen OR citoyen OR Bürger OR ciudadano OR community OR communauté OR Gemeinschaft OR comunidad OR public OR Publique OR öffentlich OR Öffentlichkeit OR público OR población OR «distributed» distribué* OR verteilt OR repartido OR distribuido OR policy OR politique OR Politik OR política OR política OR system OR système OR sistema OR education OR éducation OR Bildung OR educación OR formación OR school OR école OR Schule OR colegio OR escuela OR workplace OR «lieu de travail» OR Arbeitsplatz OR «lugar de trabajo» OR employment OR emploi OR Beschäftigung OR empleo OR digital OR numérique OR digitale OR numérique OR environment OR Umwelt OR «medio ambiente» OR media OR medias OR Medien OR «medios de comunicación» OR «mass media»	Название/ аннотация
AND	policy OR politique OR Politik OR política OR intervention OR intervención OR «Health promotion» OR «promotion de la santé» OR Gesundheitsförderung OR «intervention study» OR «étude d'intervention» OR Interventionsstudie OR «estudio de intervención» OR «Government Programmes» OR «programme gouvernemental» OR Regierungsprogramm OR «programa gubernamental» OR program* OR effect* OR «intervention studies»	Название/ аннотация
AND	English OR French OR German OR Spanish OR Russian	Язык
NOT	Editorial OR éditorial OR redaktionell OR letter OR lettre OR Brief OR carta OR comment OR commentaire OR Kommentar OR comentario	Тип публикации
NOT	dyslectic OR dyslexi* OR dyslectique OR dyslektisch OR disléxico OR «Dyslexia» OR dyslexie OR dislexia	Название/ аннотация

Таблица А1.2. Стратегия поиска на русском языке

	Термины	Тип
	грамотность в вопросах здоровья (literacy in questions of health) ИЛИ (OR) грамотн* здоровь* (literacy health) ИЛИ мед* грамотн* (medical literacy) ИЛИ мед* информированн* (medical awareness) ИЛИ медицин* активн* (medical activity)	Все области
ИЛИ	Знани* (knowledge) ИЛИ отношени* (attitude) ИЛИ навык* (skills) ИЛИ обучени*(education) ИЛИ активност* (activity) ИЛИ информированн* (awareness) ИЛИ информации* (information) ИЛИ компетенци* (competence) ИЛИ осведомленн* (awareness)	Название/ аннотация
И	Измерение (measurement) ИЛИ оценка (assessment/estimation) ИЛИ анализ (analysis) ИЛИ анкета (questionnaire) ИЛИ программа (programme)	Название/ аннотация
И	Пациент (patient) ИЛИ молодежь (young people) ИЛИ население (population) ИЛИ система (system) ИЛИ образование (education) ИЛИ школа (school) ИЛИ рабочее место (workplace) ИЛИ образ жизни (lifestyle)	Название/ аннотация
И	Политика (policy) ИЛИ программа (programme) ИЛИ мера (measure) ИЛИ вмешательство (intervention)	Название/ аннотация
И	Russian	язык
НЕ	Редакционное письмо ИЛИ письмо ИЛИ комментарий (editorial OR letter OR comment)	Тип публикации
НЕ	дислексия dyslexia	Название/ аннотация

Извлечение данных

Исследования анализировались при помощи механизма обобщения, основанного на шкале измерения (2), под руководством координационной группы проекта. Механизм содержал следующие критерии извлечения данных: концептуальные системы, логические модели, методы, источники данных, показатели, руководства, партнерства, промежуточные результаты, проверенные инструменты. Далее составлялось описание проверенных инструментов в соответствии с теми аспектами грамотности в вопросах здоровья, которые они помогали измерять (функциональный, интерактивный, критический, распределительный, общественный или организационный), в зависимости от общественных областей или уровней, к которым они относились, а также в соответствии с тем, помогали ли они измерять абсолютные (на основе тестов) или предполагаемые навыки (на основе самостоятельного заполнения). Географический охват исследований (международный, региональный, национальный или местный) также документировался. На рисунках А1.1–А1.3 показан процесс окончательного отбора 81 документа.

Рис. А1.1. Отбор исследований на английском, испанском, немецком и французском языках

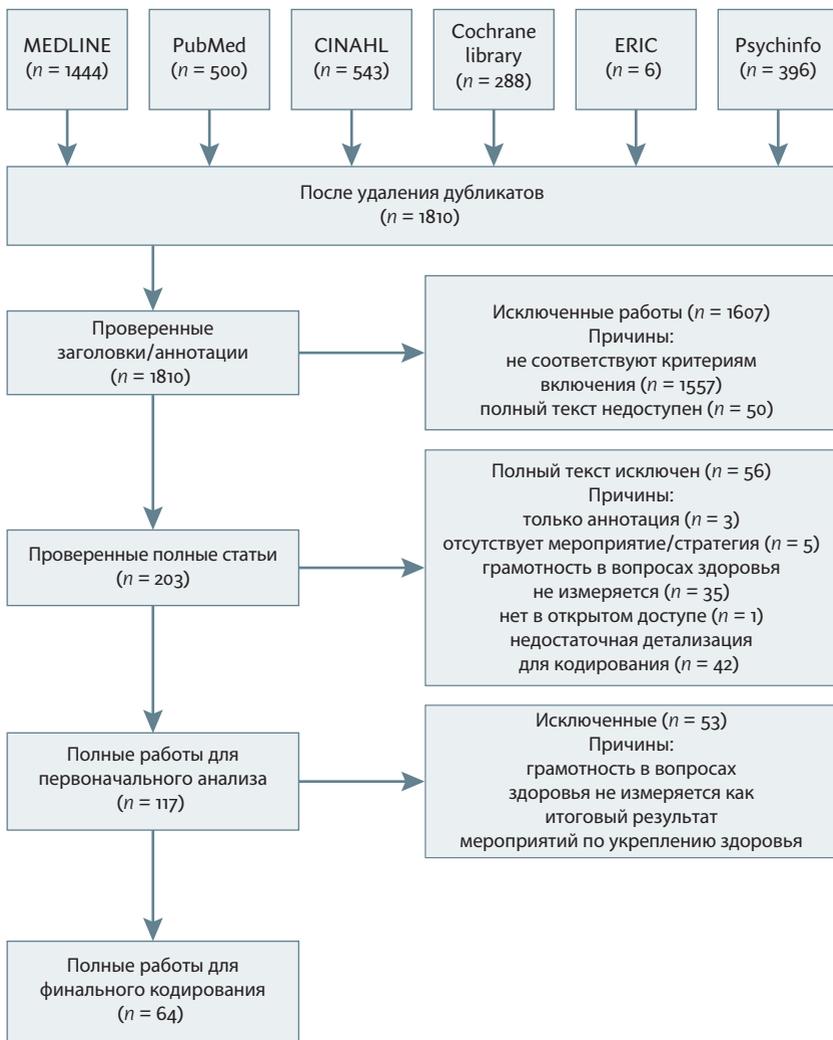


Рис. А1.2. Отбор исследований на русском языке

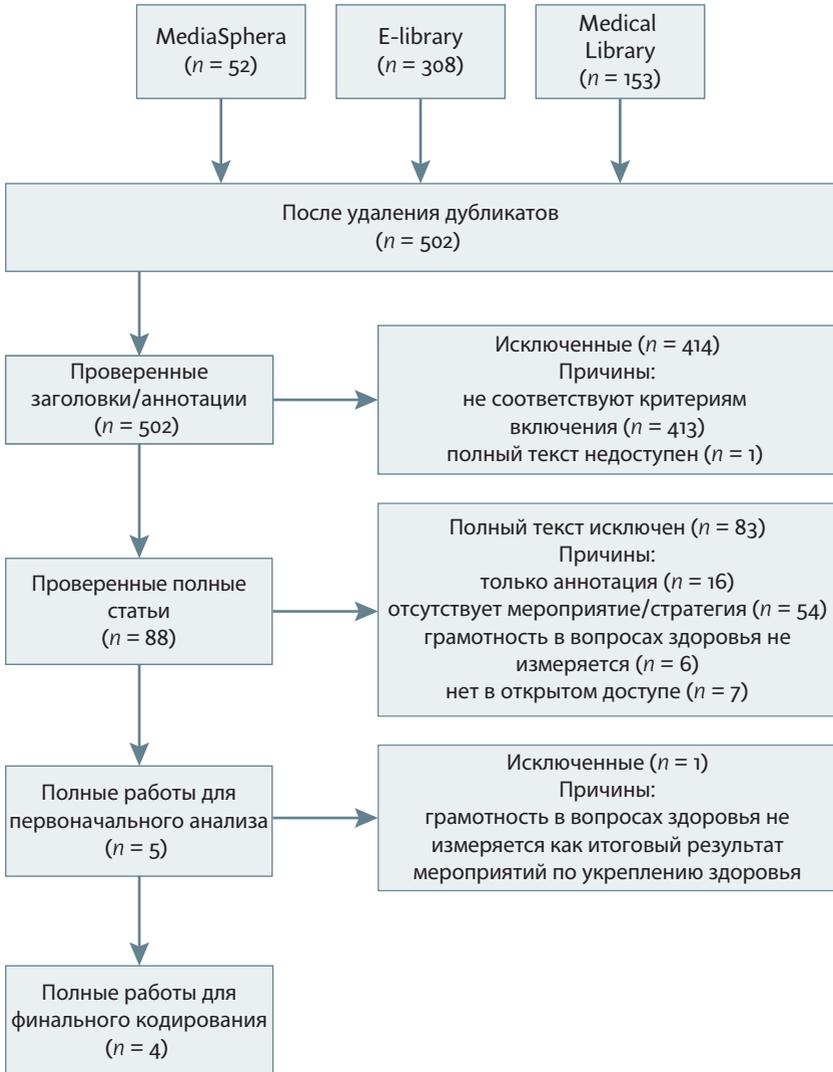
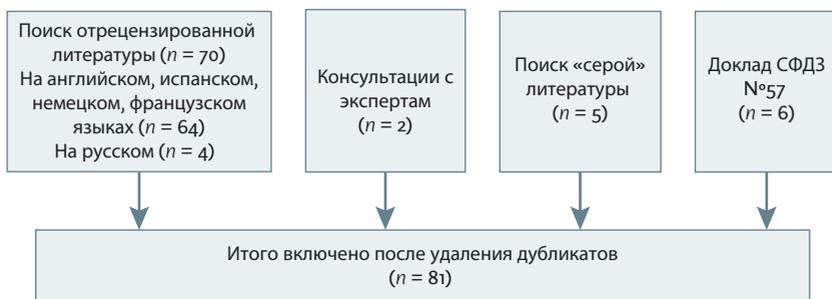


Рис. А1.3. Обобщенные результаты поиска



Библиография

1. Rowlands G, Russell S, O'Donnell A, Kaner E, Trezona A, Rademakers J et al. Обзор имеющихся фактических данных о реализуемых мерах политики и связанных с ними мероприятиях, а также об их эффективности с точки зрения повышения грамотности в вопросах здоровья на национальном, региональном и организационном уровнях в Европейском регионе ВОЗ. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2018 г. (Сводный доклад №57 Сети фактических данных по вопросам здоровья; <http://www.euro.who.int/ru/publications/abstracts/what-is-the-evidence-on-existing-policies-and-linked-activities-and-their-effectiveness-for-improving-health-literacy-at-national-regional-and-organizational-levels-in-the-who-european-region-2018>, по состоянию на 21 октября 2019 г.).
2. Rippon S, South J. Promoting asset based approaches for health and well-being: exploring a theory of change and challenges in evaluation. Leeds: Leeds Beckett University; 2017 (<http://eprints.leedsbeckett.ac.uk/4497/7/Promoting%20asset%20based%20approaches%20Nov%202017.pdf>, accessed 10 August 2019).

ПРИЛОЖЕНИЕ 2. АКТУАЛЬНЫЕ КОНЦЕПЦИИ ГРАМОТНОСТИ В ВОПРОСАХ ЗДОРОВЬЯ

По мере развития научных исследований, посвященных грамотности в вопросах здоровья, появились многочисленные концепции и определения в этой области. В данном разделе не делается комплексного обзора этой темы, которая подробно представлена в других источниках (1). Скорее он направлен на то, чтобы проиллюстрировать каким образом парадигма, в рамках которой проводится измерение или оценка уровня грамотности в вопросах здоровья, влияет на условия осуществления исследований и мероприятий, на применение рамочных основ и логических моделей, а также на выбор и способы измерения показателей.

Взгляд с позиций клинической (или медицинской) практики

Взгляд с позиций клинической практики на проблему грамотности в вопросах здоровья характеризуется тем, что главный упор делается на навыки чтения и письма, на способность к количественному мышлению и на знание языка, которые необходимы людям для выполнения задач в сфере здравоохранения, а также на навыки поставщиков услуг здравоохранения по разработке услуг, учитывающих потребности пациентов в области грамотности в вопросах здоровья (2,3). Мероприятия по измерению и оценке уровня грамотности с клинической точки зрения, как правило, проводятся в медицинских учреждениях и посвящены изучению конкретных медицинских условий. Итоговые результаты мероприятий развития грамотности в вопросах здоровья могут включать расширение доступа к услугам здравоохранения, улучшение взаимодействия и общения между поставщиками услуг и пациентами, большую степень выполнения рекомендуемого режима лечения пациентами, повышение способностей пациентов контролировать собственное состояние здоровья и укрепление здоровья (4); эти результаты будут отражаться при помощи показателей и инструментов, используемых для измерения степени любых изменений.



Взгляд с позиции общественного здравоохранения

Взгляд с позиции общественного здравоохранения основан на принципах участия, социальной справедливости и равноправия. Понятие грамотности в вопросах здоровья рассматривается как ценный ресурс, который можно развить путем расширения прав и возможностей сообщества, гражданского участия и общественной деятельности (4,5), а также как один из важных факторов, влияющих на состояние здоровья. В рамках этой парадигмы грамотность в вопросах здоровья включает в себя способности активно участвовать в мероприятиях по укреплению здоровья и лучше контролировать жизненные события и ситуации (6). Следовательно, оценка и измерение уровня грамотности в вопросах здоровья с точки зрения общественного здравоохранения может проходить в самых разных условиях: «Люди укрепляют свое здоровье и наслаждаются жизнью благодаря ему повсеместно: там, где они учатся, работают, играют и любят» (7). Результаты и, следовательно, показатели и инструменты измерения, будут зависеть от места и центрального направления мероприятия, но могут также охватывать личные знания и способности, навыки ведения переговоров и самоуправления, навыки социальной организации и адвокации, уровень грамотности в вопросах здоровья (навыки и способности), изменение поведения и практики относительно здоровья, участие в социальных мероприятиях в интересах здоровья, участие в процессах по изменению социальных норм и практики, укрепление здоровья и расширение возможностей для здоровья и благополучия (6).

Организационные точки зрения

Модели и рамочные механизмы грамотности в вопросах здоровья на уровне организаций сфокусированы на взаимосвязи между навыками грамотности в вопросах здоровья отдельных лиц и степенью сложности услуг и систем здравоохранения. Эти модели были разработаны с целью подчеркнуть ответственность организаций здравоохранения и социального обеспечения за снижение предъявляемых ими к людям требований в области грамотности в вопросах здоровья. Они также содержат рекомендации по действиям, которые необходимо предпринять организациям для улучшения

обеспечения потребностей пользователей услуг здравоохранения в области грамотности в вопросах здоровья. В качестве примера рамочных механизмов грамотности в вопросах здоровья на уровне организаций можно привести Institute of Medicine's Ten Attributes Model (8), Organisational Health Literacy Responsiveness Framework (9) и Vienna Health Literate Organisation model (10). Представленные в них области в широком плане включают: (i) лидерская, управленческая и организационная культура; (ii) системы и процессы; (iii) планирование и оценка; (iv) консультации с потребителями, их активное вовлечение и партнерство с ними; (v) трудовые ресурсы; (vi) доступность и облегчение поиска; и (vii) практика и принципы коммуникации.

Особые аспекты личной грамотности в вопросах здоровья

В результате распространения тенденции к более широкому использованию терминов «здоровье» и «грамотность в вопросах здоровья» появились определения и показатели для конкретных аспектов личной грамотности в вопросах здоровья (напр., касающиеся различных возрастных групп; различных стилей жизни; конкретных заболеваний; конкретных аспектов здоровья; и в связи с конкретными видами коммуникации, такими как устная, письменная или цифровая) (11). В настоящем докладе дается два примера на эту тему.

Цифровая грамотность в вопросах здоровья. Эта концепция привлекает все больше внимания в связи с достижениями в области цифровых технологий и их возможностями в качестве важного способа передачи информации для «вынесения суждений и принятия решений (относительно здоровья) в повседневной жизни» (1). В широко распространенном определении понятия цифровой грамотности в вопросах здоровья говорится, что это «способность искать, находить, понимать и оценивать информацию здравоохранения при помощи электронных источников, а также применять полученные знания для решения проблем здоровья» (12).

Грамотность в вопросах психического здоровья. Концепция грамотности в вопросах психического здоровья развилась отдельно от более обширного понятия грамотности в вопросах здоровья. Ранние определения этого понятия были сосредоточены на знаниях, отношении и убеждениях людей относительно психических расстройств, которые содействуют признанию,



ведению или профилактике этих расстройств (13). Как и в случае более широкого понятия грамотности в вопросах здоровья, в эту концепцию также вошли способности обеспечивать и сохранять крепкое психическое здоровье, а также обращаться за психологической помощью в случае необходимости (14). Результаты мероприятий по повышению грамотности в вопросах психического здоровья и, следовательно, изученные показатели изменений, а также инструменты, используемые для демонстрации этих изменений, могут сильно различаться в зависимости от определения понятия грамотности в вопросах психического здоровья, на котором основывается исследование. Некоторые исследования посвящены исключительно знаниям, установкам и убеждениям о психическом здоровье, в то время как другие также включают элементы потенциала в области психического здоровья.

Библиография

1. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*. 2012;12:80. doi: 10.1186/1471-2458-12-80.
2. Mancuso JM. Assessment and measurement of health literacy: an integrative review of the literature. *Nurs Health Sci*. 2009;11(1):77–89. doi: 10.1111/j.1442-2018.2008.00408.x.
3. Paasche-Orlow MK, Wolf MS. The causal pathways linking health literacy with health outcomes. *Am J Health Behav*. 2007;31(suppl 1):S19–26. doi: 10.5555/ajhb.2007.31.suppl.S19.
4. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promot Int*. 2000;15(3):259–67. doi: 10.1080/10810730.2017.1417515.
5. Freedman DA, Bess KD, Tucker HA, Boyd DL, Tuchman AM, Wallston KA. Public health literacy defined. *Am J Prev Med*. 2009;36(5):446–51. doi: 10.1016/j.amepre.2009.02.001.
6. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. *Soc Sci Med*. 2008;67(12):2072–8. doi: 10.1016/j.socscimed.2008.09.050.

7. Оттавская хартия по укреплению здоровья. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 1986 г. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/146808/Ottawa_Charter_R.pdf, по состоянию на 13 августа 2019 г.).
8. Brach C, Keller D, Hernandez LM, Baur C, Parker R, Dreyer B et al. Ten attributes of health literate health care organizations; a discussion paper. Washington (DC): Institute of Medicine; 2012.
9. Trezona A, Dodson S, Osborne RH. Development of the Organisational Health Literacy Responsiveness (Org-HLR) self-assessment tool and process. BMC Health Serv Res. 2018;18(1):694. doi: 10.1186/s12913-018-3499-6.
10. Dietscher C, Pelikan JM. Health literate hospitals and healthcare organizations: results from an Austrian feasibility study on the self-assessment of organizational health literacy in hospitals. B: Schaeffer D, Pelikan JM, editors. Health literacy: Forschungsstand und Perspektiven. Gottingen: Hogrefe; 2017:303–14.
11. Pelikan JM, Ganahl K. Measuring health literacy in general populations: primary findings from the HLS-EU Consortium's health literacy assessment effort. B: Logan RA, Sigel ER, editors. Health literacy. Amsterdam: IOS Press; 2017:34–59.
12. Norman CD, Skinner HA. eHealth literacy: essential skills for consumer health in a networked world. J Med Internet Res. 2006;8(2):e9. doi: 10.2196/jmir.8.2.e9.
13. Jorm AF, Korten AE, Jacomb PA, Christensen H, Rodgers B, Pollitt P. "Mental health literacy": a survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. Med J Aust. 1997;166(4):182–6. doi: 10.5555/ajhb.2007.31.suppl.S19.
14. Kutcher S, Bagnell A, Wei Y. Mental health literacy in secondary schools: a Canadian approach. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. 2015;24(2):233–44. doi: 10.1016/j.chc.2014.11.007.

ПРИЛОЖЕНИЕ 3. ХАРАКТЕРИСТИКИ ИНСТРУМЕНТОВ ГРАМОТНОСТИ В ВОПРОСАХ ЗДОРОВЬЯ

Таблица А3.1. Характеристики инструментов грамотности в вопросах здоровья

Инструмент	Аббревиатура	Тип оценки ^a	Области/шкалы	Проверен
Личная грамотность в вопросах здоровья на уровне населения в целом				
All Aspects of Health Literacy Scale (1)	AANLS ^b	Самостоятельное представление сведений	(i) Функциональная ГВЗ, (ii) интерактивная ГВЗ, (iii) критическая ГВЗ (iv) расширение прав и возможностей	Да
Communicative and Critical Health Literacy Scale (2)	C&CHL	Самостоятельное представление сведений	(i) Коммуникативная ГВЗ, (ii) критическая ГВЗ	Да
Health Literacy Questionnaire (3)	HLQ	Самостоятельное представление сведений	(i) Ощущение того, что тебя понимают и поддерживают поставщики услуг здравоохранения, (ii) обладание достаточной информацией для контроля своего состояния здоровья, (iii) активное контролирование своего состояния здоровья, (iv) социальная поддержка в области здоровья, (v) оценка информации здравоохранения, (vi) наличие возможности активно взаимодействовать с поставщиками услуг здравоохранения, (vii) способность ориентироваться в системе здравоохранения, (viii) способность найти правильную/информацию здравоохранения, (ix) достаточно хорошее понимание информации здравоохранения для того, чтобы знать что делать	Да

Таблица А3.1. Характеристики инструментов грамотности в вопросах здоровья (продолжение)

Инструмент	Абревиатура	Тип оценки ^a	Области/шкалы	Проверен
Health Literacy Scale (4)	HLS-14	Самостоятельное предоставление сведений	(i) Функциональная ГВЗ, (ii) коммуникативная ГВЗ, (iii) критическая ГВЗ	Да
European Health Literacy Questionnaire 47 (5)	HLS-EUQ47 ^b	Самостоятельное предоставление сведений	(i) Доступ к/получение информации, (ii) понимание информации, актуальной для здоровья (iii) обработка/оценка информации, актуальной для здоровья, (iv) применение информации, актуальной для здоровья (в области здравоохранения, профилактики заболеваний, укрепления здоровья)	Да
European Health Literacy Questionnaire 16 (6)	HLS-EUQ16	Самостоятельное предоставление сведений	(i) Доступ к/получение информации, (ii) понимание информации, актуальной для здоровья (iii) обработка/оценка информации, актуальной для здоровья, (iv) применение информации, актуальной для здоровья (в области здравоохранения, профилактики заболеваний, укрепления здоровья)	Да
Rapid Estimate of Health Literacy in Medicine (7)	REALM	На основе теста	Чтение	Да
Single Item Literacy Screener (8)	SILS	Самостоятельное предоставление сведений	Чтение	Да

Таблица А3.1. Характеристики инструментов грамотности в вопросах здоровья (продолжение)

Инструмент	Аббревиатура	Тип оценки ^a	Области/шкалы	Проверен
Личная грамотность в вопросах здоровья на уровне отдельных групп населения				
Health Literacy for School-aged Children Instrument (9)	HLSAC ^b	Самостоятельное предоставление сведений	(i) Теоретические знания, (ii) практические знания, (iii) критическое мышление, (iv) самосознание (v) гражданство	Да
Short Test of Functional Health Literacy in Adults (10)	STOFHLA ^b	На основе теста	Функциональная ГВЗ (способность к количественному мышлению, умение читать, способность понимать прочитанное)	Да
Test of Functional Health Literacy in Adults (11)	TOFHLA	На основе теста	Функциональная ГВЗ (способность к количественному мышлению, умение читать, способность понимать прочитанное)	Да
Цифровая грамотность в вопросах здоровья				
Digital Health Literacy Assessment Tool (12)	DHLAT	Открытые вопросы	(i) Доступ к информации, (ii) понимание информации, (iii) обработка/оценка информации, (iv) применение информации	Нет
e-Health Literacy Scale (13)	eHEALS	Самостоятельное предоставление сведений	(i) Знания, (ii) навыки, (iii) уверенность	Да
Грамотность в вопросах здоровья относительно конкретного заболевания или темы				
Critical Nutrition Literacy Instrument (14)	CNLI ^b	Самостоятельное предоставление сведений	(i) Интерес к привычкам питания, (ii) критическое отношение к объемам потребляемых продуктов питания и их источникам	Да

Таблица А3.1. Характеристики инструментов грамотности в вопросах здоровья (продолжение)

Инструмент	Аббревиатура	Тип оценки ^a	Области/шкалы	Проверен
Diabetes Health Literacy Survey (15)	DHLS	На основе теста	(i) Информация о диабете 2-го типа, (ii) информация о клиническом ведении, (iii) самопомощь, (iv) этномедицинские (культурные) убеждения	Нет
High Blood Pressure Health Literacy Scale (16)	HBP HLS	На основе теста	(i) Способность понимать и грамотно составлять тексты, (ii) функциональная ГВЗ (способность к количественному мышлению)	Да
Ishikawa Health Literacy Survey (17)	-	Самостоятельное предоставление сведений	(i) Функциональная ГВЗ, (ii) коммуникативная (интерактивная) ГВЗ, (iii) критическая ГВЗ	Да
Malania Health Literacy Questionnaire (18)	-	На основе теста, самостоятельное предоставление сведений	(i) Знания, (ii) установки, (iii) практика, (iv) навыки	Да
Oral Health Literacy Instrument (19)	OHLI	На основе теста	(i) Чтение (понимание), (ii) способность к количественному мышлению	Да
Rapid Estimate of Health Literacy in Dentistry (short form) (20)	REALD-30	На основе теста	Чтение	Да
Smoking Media Literacy Scale (21)	SML	Самостоятельное предоставление сведений	(i) Авторы и аудитория, (ii) сообщения и значения, (iii) представление и реальность (понимание и оценка во всех трех областях)	Да

Таблица А3.1. Характеристики инструментов грамотности в вопросах здоровья (продолжение)

Инструмент	Аббревиатура	Тип оценки ^a	Области/шкалы	Проверен
Грамотность в вопросах здоровья на уровне организаций (ориентированность организаций на ее развитие)				
Health Literacy Assessment Questions (for health-care providers) (22)	HLAQ	Самостоятельное представление сведений	(i) Коммуникативные навыки, (ii) взаимодействие между пациентами и поставщиками услуг, (iii) поддержка пациентов	Нет
HeLLO Tas: a toolkit for health literacy learning organizations (23)	HeLLO Tas!	Самостоятельное представление сведений	(i) Привлечение потребителей, (ii) трудовые ресурсы, (iii) обеспечение потребностей различных сообществ, (iv) доступ и способность ориентироваться, (v) коммуникация, (vi) лидерство и управление	Нет
Грамотность в вопросах психического здоровья				
Anxiety Literacy Scale (24)	A-Lit	На основе теста	Знания	Да
Adolescent Depression Knowledge Questionnaire (25)	ADKQ	На основе теста	Знания	Да
Depression Literacy Scale (26)	D-Lit	На основе теста	Знания	Да
Mental Health Knowledge Scale (27)	MAKS ^b	Самостоятельное представление сведений	Знания (стигматизация и условия)	Да

Таблица А3.1. Характеристики инструментов грамотности в вопросах здоровья (продолжение)

Инструмент	Аббревиатура	Тип оценки ^а	Области/шкалы	Проверен
Mental Health Knowledge and Attitudes Scale (28)	MHKAS	Самостоятельное представление сведений и на основе теста	(i) Знания, (ii) установки	Нет
Mental Health Literacy Scale (29)	MHLSh ^б	Самостоятельное представление сведений и на основе теста	(i) Знания, (ii) установки	Да
Mental Health Literacy Tool for the Workplace (30)	MHL-W	Самостоятельное представление сведений	(i) Знания, (ii) уверенность, (iii) установки	Да
Mental Health Literacy Questionnaire (31)	MHLQ	Самостоятельное представление сведений и на основе теста	(i) Знания (идентификация), (ii) убеждения, (iii) установки	Нет

Примечание: ГВЗ – грамотность в вопросах здоровья.

^а Методы на основе теста относятся к объективному тестированию, при помощи которого измеряется уровень знаний (при этом ответы могут быть правильные или неправильные) и описываются абсолютные навыки, не связанные с контекстом/окружающими условиями; методы самостоятельного представления сведений относятся к представлениям отдельных лиц о собственном уровне грамотности в вопросах здоровья, которые отражают соотношение между навыками и контекстом/окружающими условиями (где результаты представляются в соответствии с определенной шкалой).

^б Демонстрируются инструменты, использованные в исследованиях, проведенных в Европейском регионе ВОЗ.



Библиография

1. Chinn D, McCarthy C. All Aspects of Health Literacy Scale (AAHLS): developing a tool to measure functional, communicative and critical health literacy in primary healthcare settings. *Patient Educ Couns.* 2013;90(2):247–53. doi: 10.1016/j.pec.2012.10.019.
2. Ishikawa H, Nomura K, Sato M, Yano E. Developing a measure of communicative and critical health literacy: a pilot study of Japanese office workers. *Health Promot Int.* 2008;23(3):269–74. doi: 10.1093/heapro/dan017.
3. Osborne RH, Batterham RW, Elsworth GR, Hawkins M, Buchbinder R. The grounded psychometric development and initial validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ). *BMC Public Health.* 2013;13:658. doi: 10.1186/1471-2458-13-658.
4. Suka M, Odajima T, Kasai M. The 14-item health literacy scale for Japanese adults (HLS-14). *Environ Health Prev Med.* 2013;18(5):407–15. doi: 10.1007/s12199-013-0340-z.
5. Sørensen K, Van den Broucke S, Pelikan JM, Fullam J, Doyle G, Slonska Z et al. Measuring health literacy in populations: illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). *BMC Public Health.* 2013;13:948. doi: 10.1186/1471-2458-13-948.
6. Sørensen K, Pelikan JM, Rothlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G et al. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *Eur J Public Health.* 2015;25(6):1053–8. doi: 10.1093/eurpub/ckv043.
7. Davis TC, Crouch MA, Long SW, Jackson RH, Bates P, George RB et al. Rapid assessment of literacy levels of adult primary care patients. *Fam Med.* 1991;23(6):433–5. PMID: 1936717
8. Morris N, MacLean CD, Chew LD, Littenberg B. The single item literacy screener: evaluation of a brief instrument to identify limited reading ability. *BMC Fam Pract.* 2006;7:21–7.
9. Paakkari O, Torppa M, Kannas L, Paakkari L. Subjective health literacy: development of a brief instrument for school-aged children. *Scand J Public Health.* 2016;44(8):751–7. doi: 10.1177/1403494816669639.
10. Baker DW, Williams MV, Parker RM, Gazmararian JA, Nurss J. Development of a brief test to measure functional health literacy. *Patient Educ Couns.* 1999;38(1):33–42. PMID: 14528569.

11. Parker RM, Baker DW, Williams MV, Nurss JR. The test of functional health literacy in adults: a new instrument for measuring patients' literacy skills. *J Gen Intern Med.* 1995;10(10):537–41. doi: 10.1007/bf02640361.
12. St Jean B, Greene Taylor N, Kodama C, Subramaniam M. Assessing the digital health literacy skills of tween participants in a school-library-based after-school program. *J Consum Health Internet.* 2017;21(1):40–61. doi 10.1080/15398285.2017.1279894.
13. Chung S, Nahm ES. Testing reliability and validity of the eHealth Literacy Scale (eHEALS) for older adults recruited online. *Comput Inform Nurs.* 2015;33(4):150–6. doi: 10.1097/CIN.000000000000146.
14. Guttersrud O, Dalane J, Pettersen S. Improving measurement in nutrition literacy research using Rasch modelling: examining construct validity of stage-specific “critical nutrition literacy” scales. *Public Health Nutr.* 2014;17(4):877–83. doi: 10.1017/S1368980013000530
15. Calderón JL, Shaheen M, Hays RD, Fleming ES, Norris KC, Baker RS. Improving diabetes health literacy by animation. *Diabetes Educ.* 2014;40(3):361–72. doi: 10.1177/0145721714527518.
16. Kim MT, Song HJ, Han HR, Song Y, Nam S, Nguyen TH et al. Development and validation of the high blood pressure-focused health literacy scale. *Patient Educ Couns.* 2012;87(2):165–70. doi: 10.1016/j.pec.2011.09.005.
17. Ishikawa H, Takeuchi T, Yano E. Measuring functional, communicative, and critical health literacy among diabetic patients. *Diabetes Care.* 2008;31(5):874–9. doi: 10.2337/dco7-1932.
18. Li W, Han LQ, Guo YJ, Sun J. Using WeChat official accounts to improve malaria health literacy among Chinese expatriates in Niger: an intervention study. *Malar J.* 2016;15(1):567. doi: 10.1186/s12936-016-1621-y.
19. Sabbahi DA, Lawrence HP, Limeback H. Development and evaluation of an oral health literacy instrument for adults. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2009;37(5):451–62. doi: 10.1111/j.1600-0528.2009.00490.x.
20. Lee J, Rozier R, Lee S, Bender D, Ruiz R. Development of a word recognition instrument to test health literacy in dentistry: the REALD-30 – a brief communication. *J Public Health Dent.* 2007;67(2):94–8. PMID: 17557680.
21. Primack BA, Gold MA, Switzer GE, Hobbs R, Land SR, Fine MJ. Development and validation of a smoking media literacy scale for adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2006;160(4):369–74. doi: 10.1001/archpedi.160.4.369.

- 
22. Cooper J, Davenport M, Gaillard K, Kompier A. Health literacy in practice program evaluation. Kalamazoo (MI): School of Social Work, Western Michigan University; 2011.
 23. HELLO TAS! toolkit (a toolkit for health literacy learning organisations). Sandy Bay: Tasmanian Council of Social Services; 2019 (<https://www.hellotas.org.au>, accessed 12 August 2019).
 24. Gulliver A, Griffiths KM, Christensen H, Mackinnon A, Calear AL, Parsons A et al. Internet-based interventions to promote mental health help-seeking in elite athletes: an exploratory randomized controlled trial. *J Med Internet Res*. 2012;14(3):e69. doi: 10.2196/jmir.1864.
 25. Hart SR, Kastelic EA, Wilcox HC. Achieving depression literacy: the Adolescent Depression Knowledge Questionnaire. *School Ment Health*. 2014;6(3):213–23. doi: 10.1007/s12310-014-9120-1.
 26. Griffiths KM, Christensen H, Jorm AF, Evans K, Groves C. Effect of web-based depression literacy and cognitive-behavioural therapy interventions on stigmatising attitudes to depression: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*. 2004;185:342–9. doi: 10.1192/bjp.185.4.342.
 27. Evans-Lacko S, Little K, Meltzer H, Rose D, Rhydderch D, Henderson C et al. Development and psychometric properties of the Mental Health Knowledge Schedule. *Can J Psychiatry*. 2010;55(7):440–8. doi: 10.1177/070674371005500707.
 28. Kutcher S, Wei Y. Educator mental health literacy: a programme evaluation of the teacher training education on the mental health & high school curriculum guide. *Adv Sch Ment Health Promot*. 2013;6(2):83–92. doi: <https://doi.org/10.1080/1754730X.2013.784615>.
 29. O'Connor M, Casey L. The Mental Health Literacy Scale (MHLS): a new scale-based measure of mental health literacy. *Psychiatry Res*. 2015;229(1–2):511–16. doi: 10.1016/j.psychres.2015.05.064.
 30. Moll S, Zanhour M, Patten S, Stuart H, MacDermid J. Evaluating mental health literacy in the workplace: development and psychometric properties of a vignette-based tool. *J Occup Rehabil*. 2017;27(4):601–11. doi: 10.1007/s10926-017-9695-0.
 31. Reavley NJ, Jorm AF. National survey of mental health literacy and stigma. Canberra: Department of Health and Ageing; 2011.

Всемирная организация здравоохранения
Европейское региональное бюро
UN City, Marmorvej 51, DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark
Тел.: +45 45 33 70 00
Факс: +45 45 33 70 01
Адрес эл. почты: eurocontact@who.int
Веб-сайт: www.euro.who.int

