ЦЕНТР ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

Co-funded by the European Union

JACARDI

Звіт за результатами пілотного дослідження:

ОЦІНКА РІВНЯ МЕДИЧНОЇ ГРАМОТНОСТІ НАСЕЛЕННЯ ЛЬВІВСЬКОЇ ТА ХМЕЛЬНИЦЬКОЇ ОБЛАСТЕЙ СТОСОВНО САМОКОНТРОЛЮ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ З ВИКОРИСТАННЯМ БАГАТОВИМІРНОЇ ОЦІНКИ МЕДИЧНОЇ ГРАМОТНОСТІ (HLQ)

Київ — 2025

Звіт підготовлений за результатами пілотного дослідження, виконаного Державною установою «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України» в межах проєкту JACARDI «Спільна дія щодо серцево-судинних захворювань та діабету». Проєкт має на меті зменшити тягар серцево-судинних захворювань та діабету в країнах Європейського Союзу як на індивідуальному, так і на суспільному рівні.

Пілотне дослідження повністю ґрунтується на підході Ophelia (Optimising Health Literacy and Access[1]), який спрямований на виявлення потреб населення у сфері медичної грамотності та оптимізацію доступу до послуг з охорони здоров'я шляхом розробки відповідних інтервенцій, їх подальшого тестування та впровадження. Процес Ophelia був розроблений командою дослідників під керівництвом професора Річарда Осборна у 2014 році, Технологічний університет Свінберна, Мельбурн, Австралія.

АВТОРИ:

Експерти ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України»:

Наталія Гриб	фахівчиня відділу профілактики неінфекційних захворювань
Тетяна Руда	головна фахівчиня відділу профілактики неінфекційних захворювань
Юлія Арабська	головна фахівчиня відділу наукових досліджень

Зовнішні експерти:

Марина Гальченко	незалежний консультант, соціолог

Дослідження проведено за фінансування програми Європейського Союзу «EU4Health».

ВІДМОВА ВІД ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ:

Зміст цього звіту є виключною відповідальністю авторів і не обов'язково відображає позицію програми Європейського Союзу «EU4Health», зокрема проєкту JACARDI «Спільна дія щодо серцево-судинних захворювань та діабету».

РЕКОМЕНДОВАНЕ ЦИТУВАННЯ:

Гриб Н., Руда Т., Арабська Ю., Гальченко М. (2025) Звіт за результатами пілотного дослідження «Оцінка рівня медичної грамотності населення Львівської та Хмельницької областей стосовно самоконтролю артеріальної гіпертензії з використанням багатовимірної оцінки медичної грамотності (HLQ)».

В рамках дотримання Закону України **№ 2811–IX від 15.04.2023 «Про авторське право і суміжні права» використання, передрук та цитування матеріалів Державної установи «Центр громадського здоров'я МОЗ України»** розміщених на сайті установи або наданих за запитом, можливе лише за умови посилання на першоджерело із зазначенням назви Державної установи «Центр громадського здоров'я МОЗ України» та:

- надання електронного посилання на веб-сторінку з використаною інформацією (за наявності).
- посилання на публікацію Центру (протокол, дослідження, звіт, стаття), яка є джерелом інформації.

Передрук або інший спосіб оприлюднення цього тексту, зображень з нього та/або даних, повністю або частково, під іменем особи, яка не є автором, порушує авторські права та є плагіатом, за що передбачено три види відповідальності: цивільна (відшкодування збитків та/або моральної шкоди; стягнення доходу), адміністративна (виплата штрафу) і кримінальна (позбавлення волі на строк до 2–5 років).

ДО ПЛАГІАТУ НАЛЕЖИТЬ:

1) використання тексту чи графічних даних іншого автора без змін, без цитування та привласнення роботи (copy & paste plagiarism),
2) поєднання різних фрагментів текстів або речень для формування нового тексту без цитування, таким чином подаючи його як власні думки (shake & paste plagiarism),
3) подання ідей іншого автора своїми словами, без посилання на джерело (idea plagiarism), а також
4) переклад оригінального тексту з іншої мови без посилання на джерело (translation plagiarism).

[1] https://healthliteracydevelopment.com/

ЗМІСТ

СПИСОК СКОРОЧЕНЬ . . . 4

ВСТУП . . . 5

МЕТОДОЛОГІЧНА БАЗА . . . 6

1. РЕЗУЛЬТАТИ КІЛЬКІСНОГО КОМПОНЕНТУ ДОСЛІДЖЕННЯ . . . 10

1.1. Характеристика вибірки для чотирьох центрів первинної медико-санітарної допомоги Львівської та Хмельницької областей . . . 10

1.2. Оцінка поширеності артеріальної гіпертензії . . . 17

1.3. Вимірювання артеріального тиску . . . 23

1.4. Лікування за програмою «Доступні ліки» . . . 25

1.5. Ускладнення та ризик за віком . . . 26

2. РЕЗУЛЬТАТИ ЯКІСНОГО КОМПОНЕНТУ ДОСЛІДЖЕННЯ. ОПИТУВАННЯ ЗА HLQ . . . 30

2.1. Проведення збору даних про рівень медичної грамотності у пацієнтів з артеріальною гіпертензією за допомогою опитувальника з медичної грамотності HLQ . . . 30

Додаткові запитання про рівень знань пацієнтів про артеріальну гіпертензію та методи її контролю. Соціально-демографічні характеристики учасників дослідження . . . 31

2.2. Здійснення кластерного аналізу отриманих даних за результатами опитування за HLQ . . . 32

2.2.1. Кластерний аналіз за результатами опитування за HLQ у Львівській області . . . 33

2.2.2. Кластерний аналіз за результатами опитування HLQ у Хмельницькій області . . . 35

2.3. Проведення глибинних інтерв'ю з респондентами, які пройшли опитування за HLQ . . . 38

2.4. Створення коротких описових історій про типових представників групи людей у громаді за HLQ профілями . . . 39

2.4.1. Короткі описові історії для кластерів Львівської області . . . 39

2.4.2. Короткі описові історії для кластерів Хмельницької області . . . 41

2.5. Проведення воркшопів з генерування ідей щодо підвищення медичної грамотності населення . . . 46

2.6. Підготовка резюме ідей, отриманих під час воршкопів . . . 47

3. РЕЗЮМЕ ІДЕЙ ЩОДО ПІДВИЩЕННЯ МЕДИЧНОЇ ГРАМОТНОСТІ НАСЕЛЕННЯ ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ ВОРКШОПІВ . . . 48

3.1. Ідеї щодо підвищення медичної грамотності населення у Львівській області . . . 53

3.2. Ідеї щодо підвищення медичної грамотності населення у Хмельницькій області . . . 55

ВИСНОВКИ . . . 60

РЕКОМЕНДАЦІЇ . . . 62

Додаток 1. Додаткові питання до опитувальника HLQ щодо рівня знань пацієнтів про артеріальну гіпертензію та методи її контролю . . . 64

Додаток 2. Розподіл відповідей на додаткові питання до опитувальника HLQ щодо рівня знань пацієнтів про артеріальну гіпертензію та методи її контролю . . . 70

СПИСОК СКОРОЧЕНЬ

АГ	Артеріальна гіпертензія
АТ	Артеріальний тиск
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я
МІС	Медична інформаційна система
ЦПМСД	Центр первинної медико-санітарної допомоги
HLQ	Health Literacy Questionnaire — опитувальник з медичної грамотності
Ophelia	Optimising Health Literacy and Access
SPSS	«Статистичний пакет для соціальних наук» — комп'ютерна програма для статистичної обробки даних

ВСТУП

В останні роки тема медичної грамотності набуває все більшої уваги як концепція покращення здоров'я людей та підвищення ефективності систем охорони здоров'я в цілому. Медична грамотність пацієнтів передбачає здатність отримувати, обробляти, розуміти та застосовувати медичну інформацію та послуги для прийняття відповідних рішень щодо власного здоров'я[2].

Поняття медичної грамотності широко застосовують в контексті контролю артеріальної гіпертензії (АГ), як однієї з головних і найпоширеніших глобальних проблем у сфері охорони здоров'я. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), 1,28 мільярда дорослих людей у віці 30–79 років у всьому світі мають АГ. Приблизно 46% дорослих з АГ не знають про це. І менше, ніж у половини дорослих (42%) з АГ встановлений діагноз і призначене лікування. Приблизно у 1 з 5 дорослих (21%) з АГ цей стан контрольований[3].

За даними ВООЗ, в Україні стандартизований за віком показник поширеності АГ серед дорослих віком 30–79 років становить 43%. В абсолютних цифрах це становить близько 13,2 млн дорослих з АГ у зазначеному віковому діапазоні. Також люди, віком 30–60 років, як правило, є активними членами суспільства — саме в цьому віці формується звичка до контролю за власним здоров'ям, і на цей процес можна вплинути через інформаційно-просвітницькі ініціативи.

Дослідження показують, що пацієнти з низьким рівнем знань про АГ та методи її контролю рідше дотримуються призначеного лікування та рекомендацій лікаря, зокрема стосовно регулярного вимірювання артеріального тиску (АТ), ведення щоденника вимірювань, корекції способу життя. Це, в свою чергу, призводить до розвитку хронічної патології та негативних наслідків для здоров'я населення і збільшення витрат на охорону здоров'я. Своєчасне виявлення пацієнтів з низьким рівнем медичної грамотності дозволяє медичним працівникам використовувати спеціальні, чіткі методи спілкування для покращення розуміння необхідної медичної інформації[4].

Дослідження рівня медичної грамотності населення стосовно контролю АГ потрібне для того, щоб розробити ефективні заходи щодо покращення здоров'я населення. Люди можуть навчитися контролювати АГ та знизити ризик розвитку ускладнень.

[2] http://surl.li/xmfbri
[3] https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension
[4] https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7797540/

МЕТОДОЛОГІЧНА БАЗА

МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ

Дослідити рівень медичної грамотності населення Львівської та Хмельницької областей стосовно активного самоконтролю АГ.

ЗАВДАННЯ ДОСЛІДЖЕННЯ:

1. Визначити рівень медичної грамотності населення.
2. Визначити фактори впливу на рівень медичної грамотності населення — демографічні, соціальні, економічні.
3. Визначити сприйняття пацієнтами рекомендацій, які надає лікар стосовно самоконтролю АГ (прийом антигіпертензивних препаратів, вимірювання АТ в домашніх умовах, ведення щоденника вимірювань, модифікація способу життя).
4. Визначити поширеність виконання пацієнтами рекомендацій лікаря щодо самоконтролю АТ.
5. Розробити рекомендації щодо підвищення рівня медичної грамотності пацієнтів стосовно самоконтролю АГ.

ЦІЛЬОВА ГРУПА ДОСЛІДЖЕННЯ

Пацієнти, які відвідують центри первинної медико-санітарної допомоги (ЦПМСД), з діагностованою АГ 30–60 років.

ГЕОГРАФІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

Дослідження було проведено у Львівській та Хмельницькій областях, зокрема у чотирьох закладах, що надають первинну медичну допомогу. Відбір регіонів здійснено на основі аналізу індикатора «Лікування гіпертонії» за 1 квартал 2024 р. на сайті Національної служби здоров'я України. Львівська область має найвищий показник лікування гіпертонії (9,6%), тоді як Хмельницька область — один з найнижчих (5,2%). Додатковим критерієм була наявність попереднього досвіду впровадження профілактичних інтервенцій, що дозволило охопити регіони з різним рівнем активності у сфері профілактики неінфекційних захворювань та оцінити підходи в різних умовах.

МЕТОДОЛОГІЯ ТА ДИЗАЙН ДОСЛІДЖЕННЯ. КЕРІВНИЦТВО OPHELIA

Дослідження реалізоване за підходом Ophelia, який сприяє розробці доступних, сталих і ефективних рішень у сфері охорони здоров'я шляхом глибокого залучення громади, аналізу місцевих потреб і спільного створення інтервенцій для підвищення медичної грамотності та зменшення нерівностей у здоров'ї. Рівень медичної грамотності значно відрізняється серед різних груп населення, а також існує велика різниця в місцевих контекстах, наявних ресурсах та бар'єрах на шляху до медичної грамотності.

Однією з ключових особливостей підходу Ophelia є активне залучення представників громад до всіх етапів — від виявлення проблем до розробки та впровадження рішень, що дозволяє забезпечити впровадження інтервенцій, які є релевантними, прийнятними та стійкими в конкретному локальному контексті. У межах Ophelia виділяють три ключові етапи:

1. Визначення потреб, сильних сторін і варіантів рішень, зокрема через використання інструментів вимірювання медичної грамотності (наприклад, Health Literacy Questionnaire — опитувальник з медичної грамотності (HLQ)). Це дозволяє виявити ключові механізми, які визначають здатність людей отримувати доступ, розуміти, оцінювати, запам'ятовувати і використовувати інформацію про здоров'я та медичні послуги.
2. Вибір, планування та тестування дій, спрямованих на підвищення медичної грамотності відповідно до місцевих пріоритетів.
3. Впровадження, оцінка та вдосконалення дій, спрямованих на покращення медичної грамотності населення, з орієнтацією на сталість і практичну ефективність у місцевих умовах.

В даному дослідженні процес Ophelia передбачав проведення двох компонентів — кількісного та якісного.

КІЛЬКІСНИЙ КОМПОНЕНТ

В цьому компоненті була зібрана інформація у медичних закладах з форм первинної облікової документації, що відображають кількість та тип наданих послуг населенню з АГ у 2021–2024 роках, а також результати виявлення АГ та її ускладнень за той самий період (розділ 1).

Ці дані доповнять отримані результати в ході дослідження під час реалізації якісного компоненту дослідження та разом із останніми ляжуть в основу розроблених інтервенцій щодо покращення медичної грамотності населення Львівської та Хмельницької областей стосовно активного самоконтролю АГ. Аналіз кількісних та якісних даних допоможе зробити припущення, які фактори можуть мати вплив на рівень медичної грамотності населення (рис. 1.1).

Рис. 1.1. Кількісний компонент

ЯКІСНИЙ КОМПОНЕНТ

До якісного компоненту було віднесено послідовні кроки першого етапу згідно процесу Ophelia (рис. 1.2)

Рис. 1.2. Якісний компонент

1. Проведення збору даних про рівень медичної грамотності у пацієнтів з АГ за допомогою опитувальника з медичної грамотності HLQ.

З глобальної точки зору, медична грамотність — це багатовимірне поняття, що охоплює знання, впевненість і комфорт людей у доступі, розумінні, оцінці, запам'ятовуванні та використанні інформації про здоров'я й систему охорони здоров'я. Ці навички формуються впродовж життя — через щоденну

діяльність, соціальну взаємодію та передачу знань між поколіннями — і є критично важливими для підтримки здоров'я та добробуту себе і своїх близьких.

Для оцінки рівня медичної грамотності та кращого розуміння сильних сторін, потреб і уподобань людей та громад було використано опитувальник HLQ. Цей багатовимірний, орієнтований на людину інструмент складається з 9 шкал, що охоплюють ключові аспекти взаємодії з інформацією про здоров'я. Опитувальник було перекладено та лінгвістично адаптовано до українського контексту. Окрім базових шкал HLQ, до опитування були включені додаткові запитання (Додаток 1), розроблені дослідницькою командою, з метою оцінити знання респондентів щодо АГ та методів її контролю. Це дало змогу проаналізувати як загальний рівень медичної грамотності, так і обізнаність населення про одне із найпоширеніших хронічних захворювань.

2. Здійснення кластерного аналізу отриманих даних за результатами опитування за HLQ.

З метою виявлення типових груп населення зі схожими характеристиками щодо медичної грамотності було проведено кластерний аналіз за допомогою комп'ютерної програми «Статистичний пакет для соціальних наук» (SPSS). Це дозволило згрупувати осіб зі схожими моделями поведінки, сприйняття інформації про здоров'я та взаємодії з системою охорони здоров'я. У програмі SPSS також було підготовлено розподіл відповідей за додатковими запитаннями до опитувальника HLQ, які стосуються статистичних характеристик респондентів та інформації про їх рівень знань щодо АГ та методи її контролю.

3. Проведення глибинних інтерв'ю з респондентами, які пройшли опитування за HLQ.

Після кластерного аналізу було відібрано 10% респондентів від загальної вибірки з якими провели глибинні інтерв'ю. Основна мета інтерв'ю — детально вивчити особистий досвід людей різних кластерів, який лежить в основі їхніх відповідей на запитання опитувальника HLQ. Такий підхід передбачає поєднання кількісного (кластерного аналізу) та якісного (описового) компонентів для розробки практичних, локально релевантних рішень у сфері охорони здоров'я. Під час інтерв'ю респонденти відповідали на запитання, що стосуються їхнього досвіду у взаємодії з медичною системою, зокрема в контексті доступу, розуміння медичної інформації, прийняття рішень щодо власного здоров'я, що дозволило точно зафіксувати їхню думку та сформувати достовірний якісний матеріал для подальшого аналізу.

4. Створення коротких описових історій про типових представників групи людей у громаді за HLQ профілями.

На основі даних, отриманих в результаті опитування за HLQ, демографічних характеристик респондентів, додаткових відповідей щодо знань про АГ, а також результатів глибинних інтерв'ю було створено 10 коротких описових історій — по 5 для Львівської та Хмельницької областей, які були використані під час проведення воркшопів із представниками громад і ключовими стейкхолдерами.

Кожна коротка описова історія — це стисла, гіпотетична розповідь про вигадану особу, яка є типовим представником певної групи людей з подібним HLQ-профілем. Вони створені на основі отриманих даних для того, щоб краще ілюструвати життєві умови, досвід та бар'єри з якими стикаються люди у доступі до медичних послуг, розумінні медичної інформації та ухваленні рішень щодо власного здоров'я. Демографічні дані, зокрема вік, стать і соціальний статус, дозволили точніше інтерпретувати результати та доповнили описові історії додатковими характеристиками. Також враховувалися результати додаткових запитань про АГ, її симптоми та методи контролю. Ці дані підсилили якісну складову описових історій. Особисті дані респондентів залишалися повністю захищеними. Для створення описових історій не використовувалися реальні особисті історії, всі приклади були узагальнені, щоб виключити можливість ідентифікації учасників дослідження. Цей процес вимагав ретельного аналізу й етичного підходу на кожному етапі.

5. Проведення воркшопів з генерування ідей щодо підвищення медичної грамотності населення.

Даний етап став ключовим у процесі спільної розробки ефективних заходів із підвищення медичної грамотності. Його цінність в тому, що ініціативи створюються безпосередньо представниками громади, які тісно взаємодіють із групами населення, що мають труднощі з доступом до медичних послуг і

можуть бути позбавлені можливості їх отримати. Воркшопи створили платформу для широкого кола зацікавлених осіб, які можуть висловити свої думки, бути почутими та запропонувати ідеї, що можуть стати основою для практичних дій у сфері медичної грамотності.

Використовуючи створені короткі описові історії було проведено 16 воркшопів з метою визначення ефективних місцевих ініціатив та практик, а також генерування ідей щодо підвищення рівня медичної грамотності населення.

Загалом в кожному регіоні було проведено вісім воркшопів з чотирма категоріями респондентів (рис. 1.3) серед яких:

1) управлінці у сфері охорони здоров'я — особи, які беруть участь у прийнятті рішень у галузі охорони здоров'я та представляють різні сфери (медики, освітяни, представники місцевої влади, громадських організацій);

2) практикуючі медичні працівники — особи, які надають медичні послуги населенню;

3) загальне населення з АГ — респонденти, які взяли участь у попередніх етапах дослідження (респонденти з діагностованою АГ, які брали участь у опитуванні HLQ та глибинних інтерв'ю);

4) загальне населення без АГ — особи без діагностованої АГ, у сім'ї або близькому соціальному оточенні (друзі, колеги) яких є особи з підвищеним АТ (незалежно від наявності встановленого діагнозу АГ).

Рис. 1.3. Кількість учасників воркшопів у розрізі категорій респондентів у Львівській та Хмельницькій областях

6. Підготовка резюме ідей, отриманих під час воркшопів.

Після завершення серії воркшопів із генерування ідей команда дослідників отримала список ідей щодо того, які дії можуть сприяти покращенню медичної грамотності населення.

Основною метою цього етапу стало опрацювання, аналіз і узагальнення широкого спектру ідей, що були сформульовані учасниками під час воркшопів. Зібрані ідеї було впорядковано за чотирма рівнями (розділ 3), на яких потенційно можна впроваджувати зміни (рис.1.4)

Рис. 1.4. Чотири рівні ідей учасників воркшопів

РОЗДІЛ 1.
РЕЗУЛЬТАТИ КІЛЬКІСНОГО КОМПОНЕНТУ ДОСЛІДЖЕННЯ

В даній частині дослідження проведено статистичну обробку даних, отриманих від чотирьох ЦПМСД Львівської та Хмельницької областей (по два заклади з кожної області) з форм первинної облікової документації, що відображають кількість та тип наданих послуг населенню з АГ у 2021–2024 роках, а також результати виявлення АГ та її ускладнень за той самий період. Аналіз показників проведено поквартально, за виключенням четвертого кварталу 2024 року, оскільки на момент збору даних запитувана інформація за четвертий квартал 2024 року в закладах була відсутня.

ОСОБЛИВОСТІ ЗБОРУ СТАТИЧНОЇ ІНФОРМАЦІЇ

Під час збору кількісних показників від медичних закладів було виявлено певну варіативність у методах фіксації статистичних даних. Зокрема, різні заклади використовують різні медичні інформаційні системи (МІС), а деякі заклади, окрім МІС, використовують ще й паперові носії для збору певних показників. Така різнорідність підходів збору даних створює певні бар'єри у стандартизації зібраної інформації, оскільки об'єднання даних у єдиний уніфікований формат вимагало додаткових зусиль в рамках роботи з базами. Це, в свою чергу, підкреслює необхідність гармонізації систем збору статистичних показників у медичних закладах.

З метою дотримання конфіденційності назви закладів, де було проведено збір наведених нижче даних, було закодовано на:

ЗОЗ №1 — заклад охорони здоров'я у м. Львів

ЗОЗ №2 — заклад охорони здоров'я у Львівській обл.

ЗОЗ №3 — заклад охорони здоров'я у м. Хмельницький

ЗОЗ №4 — заклад охорони здоров'я у Хмельницькій області.

1.1. ХАРАКТЕРИСТИКА ВИБІРКИ ДЛЯ ЧОТИРЬОХ ЦПМСД ЛЬВІВСЬКОЇ ТА ХМЕЛЬНИЦЬКОЇ ОБЛАСТЕЙ

В даному розділі для кожного ЦПМСД проведено аналіз поквартальних даних відвідувань пацієнтами закладів ПМСД.

1.1.1. Аналіз загальної кількості відвідувань пацієнтами старше 18 років закладів ПМСД показав, що у ЗОЗ №1 максимальна і мінімальна кількість відвідувань була зафіксована у 2021 році, відповідно максимальна — 86119 відвідувань, мінімальна — 45 859 відвідувань (рис 1.1.1).

У ЗОЗ №2 максимальна кількість відвідувань зафіксована у 2023 році — 43 570 відвідувань, а мінімальна у 2021 році 30 813 відвідувань (рис. 1.1.2).

У ЗОЗ №3 найбільша кількість відвідувань становила 184 463 у 2022 році, а найменша — 74 905 у 2023 році (рис. 1.1.3).

ЗОЗ №4 має показники — 30 879 відвідувань у 2021 році та 8 577 відвідувань у 2022 році (1.1.4).

Значні відмінності у кількості відвідувань пацієнтами закладів ПМСД можна пояснити потужністю самих закладів, зокрема кількістю лікарів у них та кількістю активних декларацій, а також кількістю населення в місті та/або певними обмеженнями в доступності до медичних послуг.

Загалом, динаміка відвідувань з 2021 по 2024 роки демонструє найвищі показники відвідувань в кожному закладі у 2021 році, і зменшення загальної кількості відвідувань з кожним роком. Така тенденція, може бути пов'язана із повномасштабним вторгненням, зокрема міграцією населення, внутрішнім переміщенням осіб, змінами в доступності медичних послуг, руйнуванням або перепрофілюванням закладів охорони здоров'я, а також загальним зниженням звернень за плановою медичною допомогою в умовах війни.

Рис. 1.1.1. Загальна кількість відвідувань пацієнтами старше 18 років в ЗОЗ №1

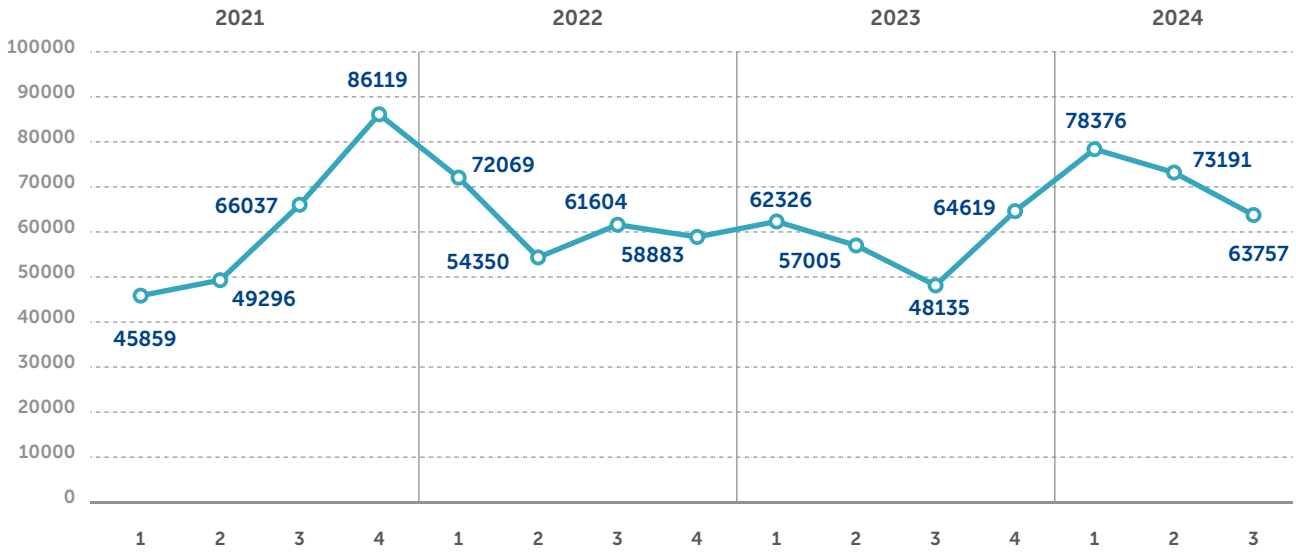


Рис. 1.1.2. Загальна кількість відвідувань пацієнтами старше 18 років в ЗОЗ №2

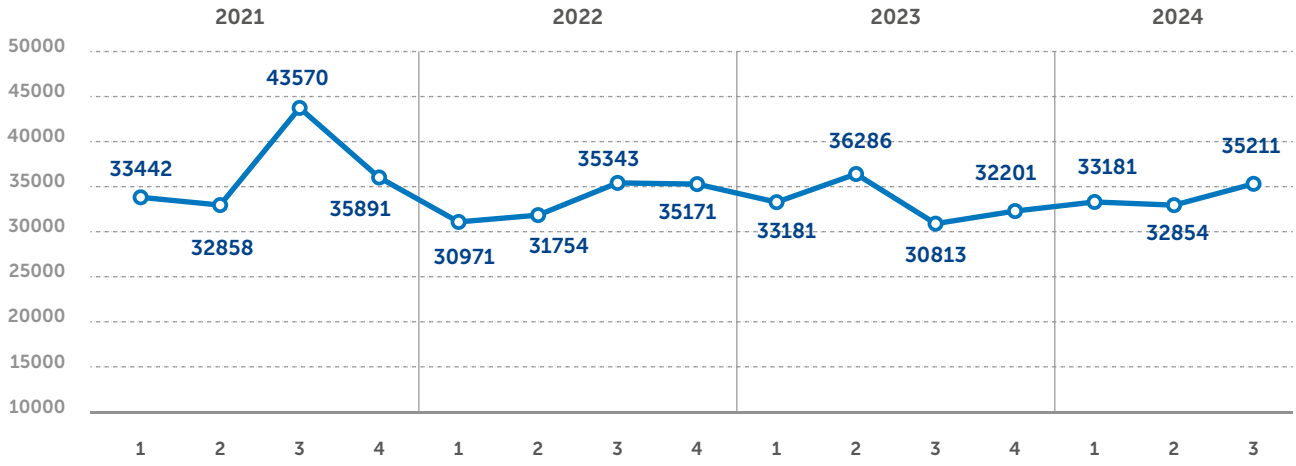


Рис. 1.1.3. Загальна кількість відвідувань пацієнтами старше 18 років в ЗОЗ №3

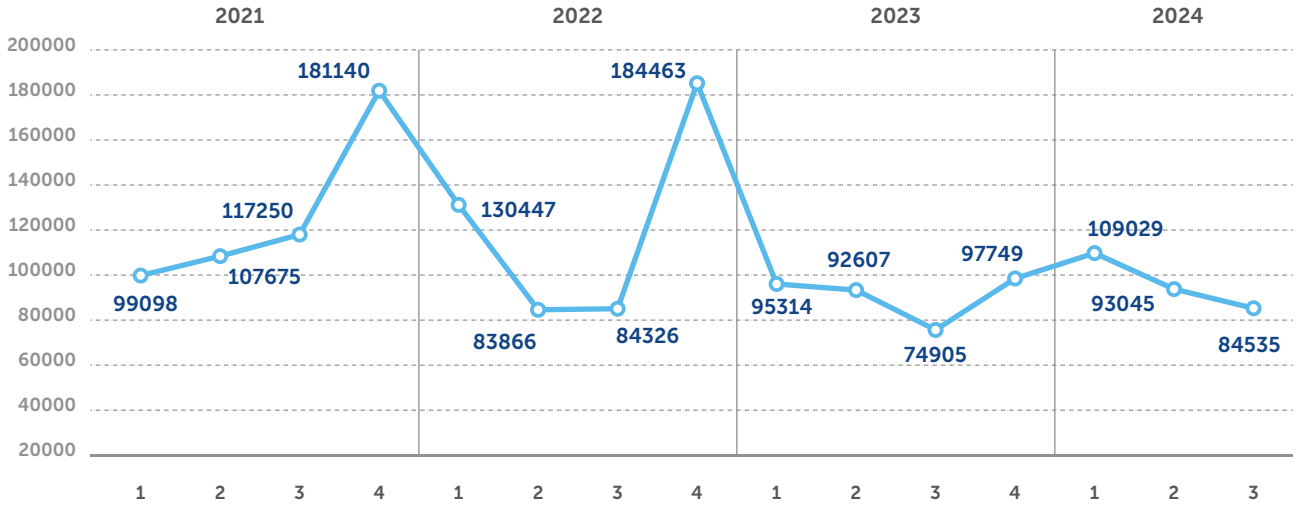
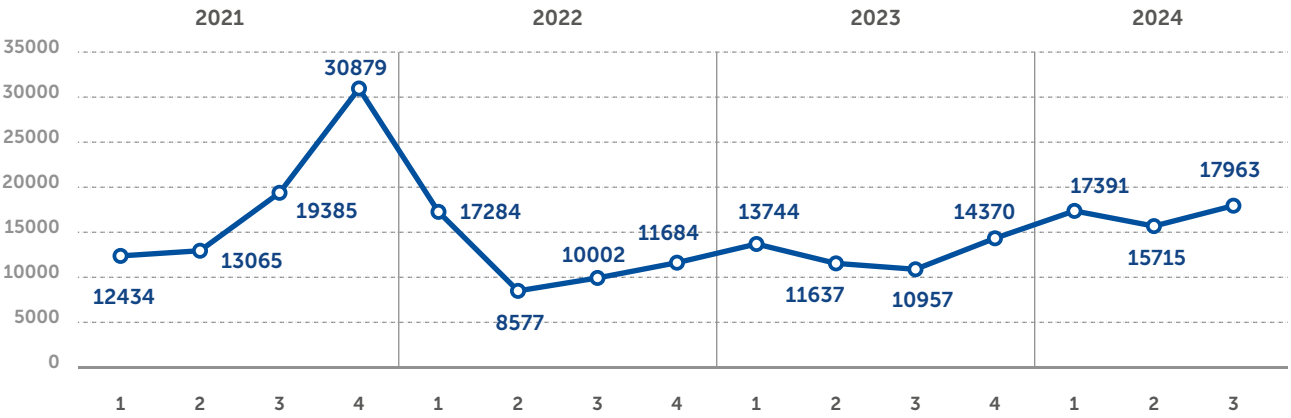


Рис. 1.1.4. Загальна кількість відвідувань пацієнтами старше 18 років в ЗОЗ №4



Щодо поквартальних коливань, ЗОЗ №1 характеризується певним зниженням кількості відвідувань у другому і третьому кварталі і ростом наприкінці року, але поквартальні коливання 2021 року мають іншу динаміку поступового росту відвідувань впродовж року. Це може свідчити про сезонність захворювань або інші фактори, що впливають на відвідуваність саме в цей період.

ЗОЗ №3 демонструє тенденцію до збільшення відвідувань в четвертому кварталі 2021 та 2022 років. ЗОЗ 2 та ЗОЗ №4, окрім 2021 року, характеризуються відносною стабільністю поквартальних показників, не демонструючи вираженої сезонної варіативності протягом досліджуваного періоду. Ця тенденція може корелювати зі специфікою їхнього соціодемографічного контексту, зокрема, з типом населеного пункту, де вони розташовані, та кількісними характеристиками місцевого населення, що впливають на сталість звернень за медичною допомогою.

Таким чином, найбільш виражену внутрішньорічну динаміку відвідувань має ЗОЗ №3, з тенденцією до зростання відвідувань в четвертому кварталі кожного року. Інші заклади демонструють більш стабільну відвідуваність протягом року.

1.1.2. Оцінка навантаження на медичний персонал фіксує певні відмінності між закладами (табл. 1.1.1, рис. 1.1.5). ЗОЗ №1, з великою загальною кількістю відвідувань, має найнижче середнє навантаження на лікаря (3461), що пояснюється більшим штатом лікарів. ЗОЗ №2 демонструє найвищий показник середньої кількості відвідувань на одного лікаря за рік (6103), що свідчить про більш інтенсивне навантаження на лікарський персонал цього закладу. ЗОЗ №3 попри найбільшу загальну кількість відвідувань, має середнє навантаження на одного лікаря (4593), що пояснюється більшою кількістю лікарів у закладі. ЗОЗ №4 з найменшою кількістю відвідувань, має відносно низьке навантаження на одного лікаря (4019).

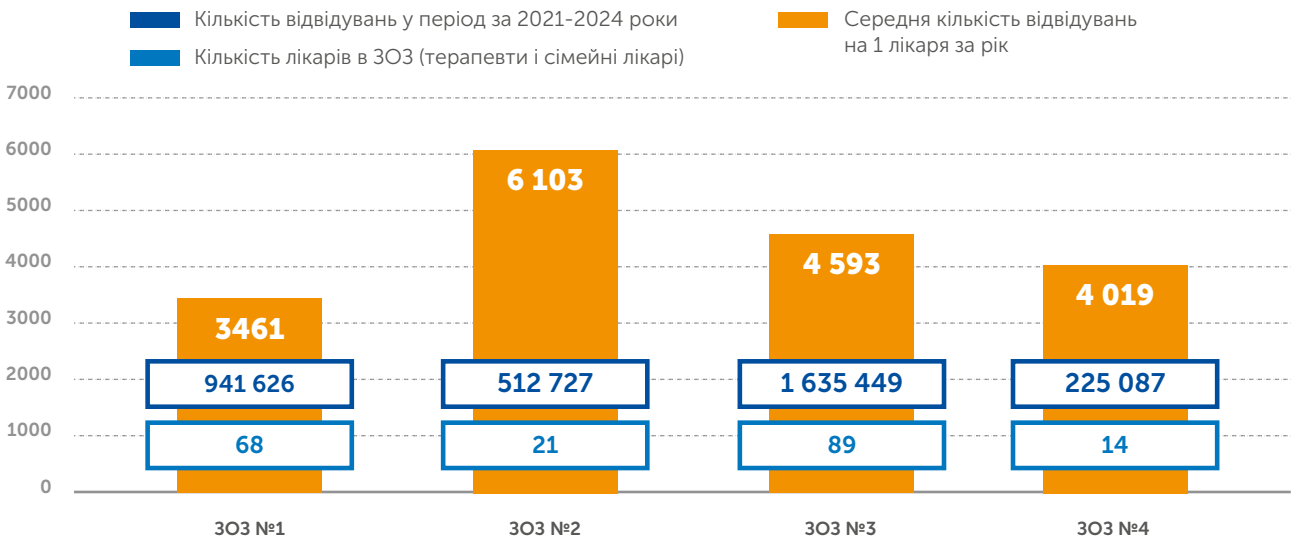
Такі розбіжності в навантаженні можуть впливати на якість надання медичної допомоги та створювати ризики професійного вигорання у лікарів з більшим навантаженням.

Таблиця 1.1.1. Навантаження на медичний персонал у закладах ПМСД

Назва закладу	Кількість відвідувань у період за 2021–2024 роки	Кількість лікарів в ЗОЗ (терапевти і сімейні лікарі)*	Середня кількість відвідувань на 1 лікаря за рік
ЗОЗ №1	941 626	68	3461
ЗОЗ №2	512 727	21	6103
ЗОЗ №3	1 635 449	89	4593
ЗОЗ №4	225 087	14	4019

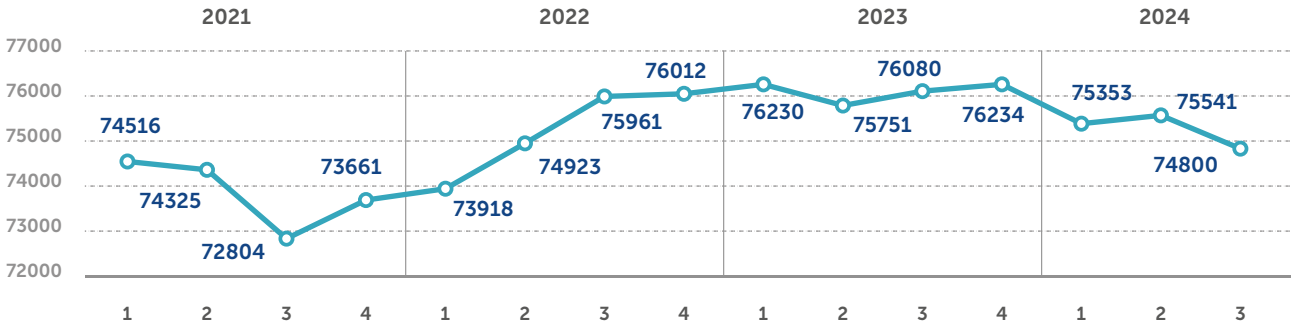
* кількість лікарів у закладах вказана станом на грудень 2024 року

Рис. 1.1.5. Середня кількість відвідувань на 1 лікаря за рік, N



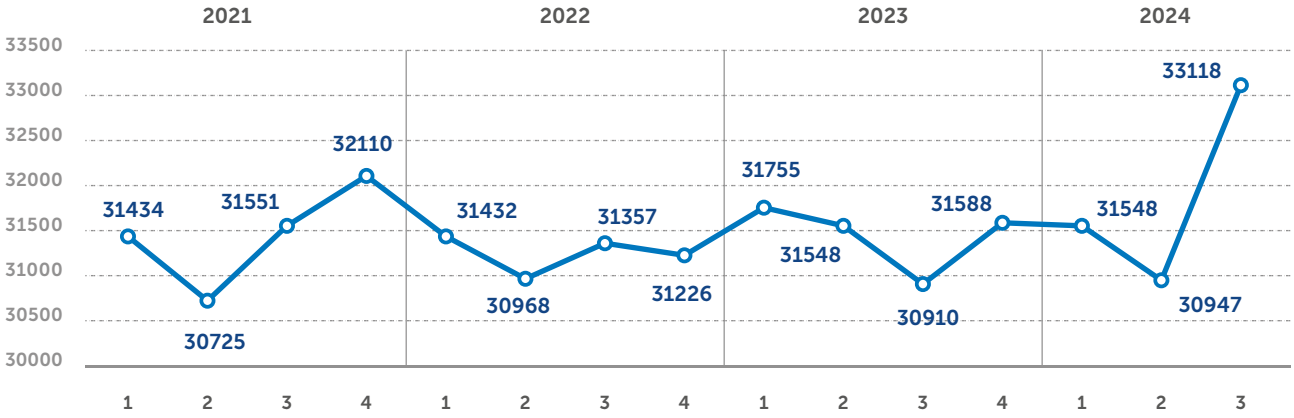
Загальна кількість задекларованих пацієнтів старше 18 років у ЗОЗ №1 демонструє тенденцію інтенсивного зростання у 2022 і 2023 роках до пікових 76234 пацієнтів, з подальшим зниженням до 74800 пацієнтів у 2024 році (рис. 1.1.6).

Рис. 1.1.6. Загальна кількість пацієнтів старше 18 років, які мають декларацію з сімейним лікарем, ЗОЗ №1



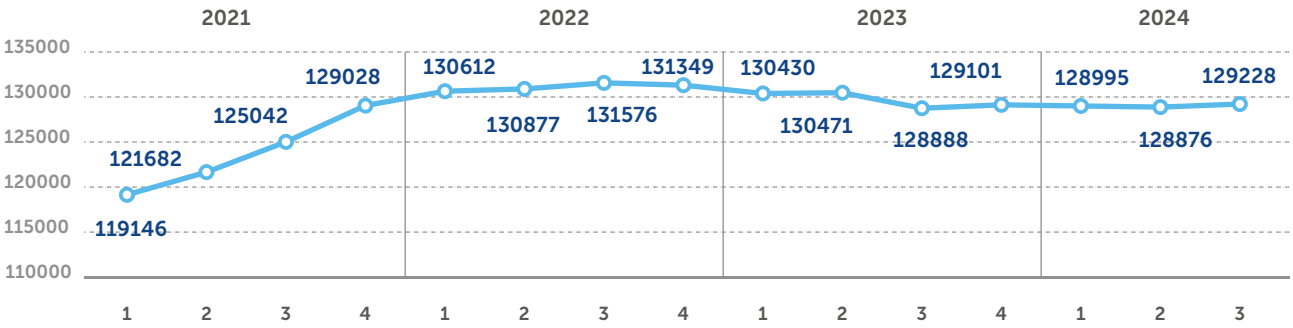
ЗОЗ №2 характеризується щорічним зниження кількості задекларованих пацієнтів старше 18 років у другому кварталі та поступовим ростом до кінця року. Найвищий показник зі стрімким збільшенням фіксується у третьому кварталі 2024 року — 33118 осіб (рис.1.1.7).

Рис. 1.1.7. Загальна кількість пацієнтів старше 18 років, які мають декларацію з сімейним лікарем, ЗОЗ №2



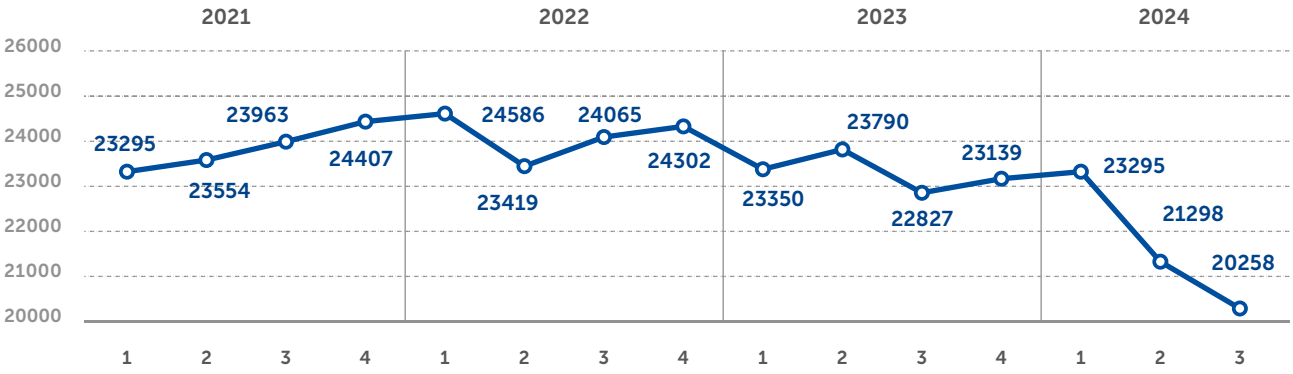
У ЗОЗ №3 зафіксовано інтенсивне зростання кількості задекларованих осіб віком від 18 років протягом 2021 року, досягнувши пікового значення 131576 пацієнтів у 2022 році, після чого спостерігається відносна стабілізація цього показника з помірними поквартальними коливаннями в межах 1–2 тисяч осіб (рис.1.1.8).

Рис. 1.1.8. Загальна кількість пацієнтів старше 18 років, які мають декларацію з сімейним лікарем, ЗОЗ №3



ЗОЗ №4 демонструє стабільність показників і рівномірну динаміку кількості задекларованих пацієнтів старше 18 років протягом усіх досліджуваних років з піковими 24586 особами, водночас фіксується певне зниження показників у 2024 році до 20258 осіб (рис. 1.1.9).

Рис. 1.1.9. Загальна кількість пацієнтів старше 18 років, які мають декларацію з сімейним лікарем, ЗОЗ №4



Найбільша частка пацієнтів старше 18 років, які мають декларацію з сімейним лікарем у ЗОЗ №1 зосереджена у віковій групі 30–39 років, найменша — у групі 60–69 років. Серед задекларованих жінок більше, ніж чоловіків (табл. 1.1.2).

ЗОЗ №2 характеризується найбільшою кількістю задекларованих пацієнтів у віковій групі 40–49 років. Дещо менша, але все ще значна кількість пацієнтів припадає на вікову групу 50–59 років. Найменша частка задекларованих осіб — у групі 70+. Серед задекларованих переважають жінки (табл. 1.1.3).

У ЗОЗ №3 найбільша частка пацієнтів старше 18 років, які мають декларацію з сімейним лікарем зосереджена у віковій групі 30–39 років, найменша — у групі 70+ років. Серед задекларованих переважають жінки (табл. 1.1.4).

ЗОЗ №4 демонструє більшу зосередженість частки задекларованих пацієнтів у віковій групі 40–64 років, найменша частка представлена у групі 70+ років. Серед задекларованих пацієнтів жінок більше, ніж чоловіків (табл. 1.1.5). Варто звернути увагу, що в ЗОЗ №4 вікова градація відрізняється від інших трьох закладів, що обумовлено форматом збору первинних даних в ЦПМСД.

Таблиця 1.1.2. Статево-віковий розподіл загальної кількості пацієнтів старше 18 років, які мають декларацію з сімейним лікарем, ЗОЗ №1, %

ЗОЗ №1	2021				2022				2023				2024		
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3
	74516	74325	72804	73661	73918	74923	75961	76012	76230	75751	76080	76234	75353	75541	74800
з них за віком:	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
18–29 років	17,6	17,7	17,9	18,3	18,2	18,0	17,8	17,8	17,7	17,5	17,3	17,3	17,2	17,1	17,0
30–39 років	21,0	20,8	20,9	21,1	21,2	21,2	21,1	21,2	21,1	21,0	20,8	20,8	20,7	20,5	20,3
40–49 років	17,3	17,2	17,1	17,3	17,4	17,4	17,3	17,4	17,4	17,4	17,6	17,5	17,6	17,6	17,8
50–59 років	15,6	15,6	15,5	15,5	15,5	15,5	15,6	15,7	15,7	15,7	15,7	15,8	15,9	15,9	15,9
60–69 років	13,5	13,6	13,4	13,4	13,3	13,4	13,5	13,5	13,6	13,7	13,8	13,8	13,8	14,0	14,1
70+ років	15,0	15,1	15,2	14,5	14,5	14,5	14,7	14,6	14,6	14,7	14,8	14,8	14,8	14,9	14,9
з них за статтю:	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
чоловіки	42,8	43,3	43,5	44,0	44,0	44,0	44,0	43,9	43,8	43,7	43,7	43,7	43,6	43,6	43,4
жінки	57,2	56,7	56,5	56,0	56,0	56,0	56,0	56,1	56,2	56,3	56,3	56,3	56,4	56,4	56,6

Таблиця 1.1.3. Статево-віковий розподіл загальної кількості пацієнтів старше 18 років, які мають декларацію з сімейним лікарем, ЗОЗ №2, %

ЗОЗ №2	2021				2022				2023				2024		
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3
	31434	30725	31551	32110	31432	30968	31357	31226	31755	31548	30910	31588	31548	30947	33118
з них за віком:	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
18–29 років	17,6	18,0	17,5	18,8	17,7	17,8	17,8	17,9	17,4	17,5	17,9	17,6	17,5	17,9	18,2
30–39 років	17,8	18,2	17,7	17,2	17,9	17,8	17,8	17,7	17,6	17,7	17,8	18,5	17,7	17,8	17,7
40–49 років	18,8	19,2	18,7	18,1	18,7	19,0	18,8	18,8	18,6	18,7	18,8	18,2	18,7	18,8	18,6
50–59 років	18,4	18,8	18,3	17,9	18,5	18,5	18,4	18,6	18,2	18,3	18,6	18,3	18,3	18,6	18,3
60–69 років	17,2	17,6	17,2	18,8	17,6	17,4	17,3	17,7	17,1	17,2	17,4	18,1	17,2	17,4	17,3
70+ років	10,3	8,2	10,5	9,3	9,6	9,5	9,9	9,3	11,2	10,6	9,5	9,3	10,6	9,5	9,9
з них за статтю:	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
чоловіки	49,1	49,5	49,0	49,2	49,1	48,6	48,7	48,4	48,7	48,7	47,5	47,8	48,5	48,4	48,8
жінки	50,9	50,5	51,0	50,8	50,9	51,4	51,3	51,6	51,3	51,4	52,5	52,2	51,5	51,6	51,2

Таблиця 1.1.4. Статево-віковий розподіл загальної кількості пацієнтів старше 18 років, які мають декларацію з сімейним лікарем, ЗОЗ №3, %

ЗОЗ №3	2021				2022				2023				2024		
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3
	119146	121682	125042	129028	130612	130877	131576	131349	130430	130471	128888	129101	128995	128876	129228
з них за віком:	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
18–29 років	15,2	15,4	15,7	16,0	16,2	15,6	15,8	15,6	15,1	15,7	15,3	15,0	15,5	15,2	14,9
30–39 років	22,7	22,8	22,9	23,1	22,8	23,1	22,7	22,7	22,6	21,6	21,5	21,5	20,7	20,6	20,6
40–49 років	18,1	18,2	18,1	18,4	18,6	18,9	18,9	19,0	19,3	19,5	19,7	19,9	20,2	20,3	20,5
50–59 років	15,0	15,0	14,8	15,0	14,9	14,9	14,8	14,7	14,7	14,7	14,7	14,7	14,7	14,8	14,8
60–69 років	17,0	16,7	16,8	16,4	15,6	15,9	16,3	16,3	15,7	16,2	16,1	16,4	15,8	15,9	15,9
70+ років	12,0	11,9	11,7	11,1	12,0	11,7	11,5	11,7	12,6	12,2	12,6	12,5	13,1	13,2	13,4
з них за статтю:	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
чоловіки	42,7	43,1	43,2	43,5	44,3	43,7	43,8	43,7	43,7	43,7	43,7	43,6	43,8	43,5	43,5
жінки	57,3	56,9	56,8	56,5	55,7	56,3	56,2	56,3	56,3	56,3	56,3	56,4	56,2	56,5	56,5

Таблиця 1.1.5. Статево-віковий розподіл загальної кількості пацієнтів старше 18 років, які мають декларацію з сімейним лікарем, ЗОЗ №4, %

ЗОЗ №4	2021				2022				2023				2024		
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3
	23295	23554	23963	24407	24586	23419	24065	24302	23350	23790	22827	23139	23295	21298	20258
з них за віком:	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
18–39 років	36,4	36,3	36,1	36,6	36,4	36,4	35,7	35,3	34,8	34,4	33,5	33,0	32,7	33,1	31,7
40–64 років	50,7	50,4	50,2	49,9	49,8	49,8	49,6	49,5	49,7	49,5	49,8	49,9	49,6	49,7	49,9
70+ років	12,9	13,3	13,7	13,5	13,8	13,9	14,7	15,2	15,5	16,1	16,7	17,1	17,6	17,3	18,4
з них за статтю:	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
чоловіки	45,2	45,3	45,4	45,8	45,9	45,9	45,9	45,8	45,5	45,6	45,1	45,2	45,2	45,5	44,8
жінки	54,8	54,7	54,6	54,2	54,1	54,1	54,1	54,2	54,5	54,4	54,9	54,8	54,8	54,5	55,2

1.2. ОЦІНКА ПОШИРЕНОСТІ АГ

1.2.1. Аналіз частки пацієнтів старше 18 років з АГ, які мають декларацію із сімейним лікарем, виявив відмінності між закладами та регіональні особливості.

ЗОЗ №1 за 2021–2024 роки має стабільні показники з деякими поквартальними коливаннями, водночас фіксується зростання показників до пікових 8,8 % у 2024 році. У ЗОЗ №2 спостерігається більш помірна динаміка частки пацієнтів старше 18 років з АГ, без суттєвих змін у щорічному вимірі. Показники коливаються у діапазоні від 7,0 % до 9,0 % (рис.1.2.1, 1.2.2).

Рис. 1.2.1. Частка пацієнтів старше 18 років з АГ, які мають декларацію із сімейним лікарем, ЗОЗ №1, %

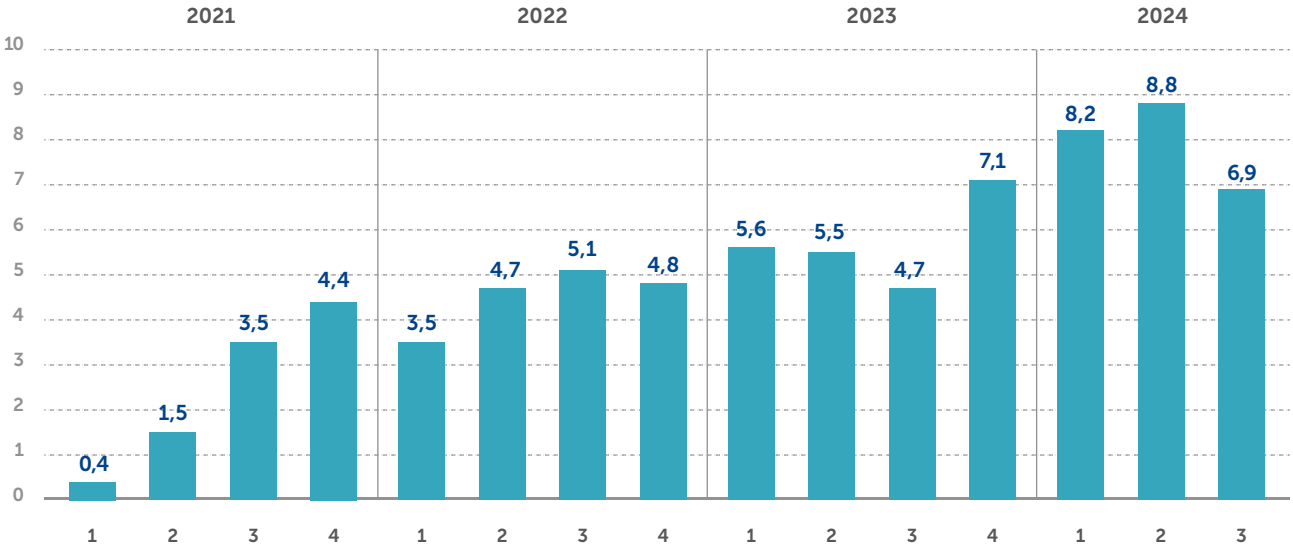
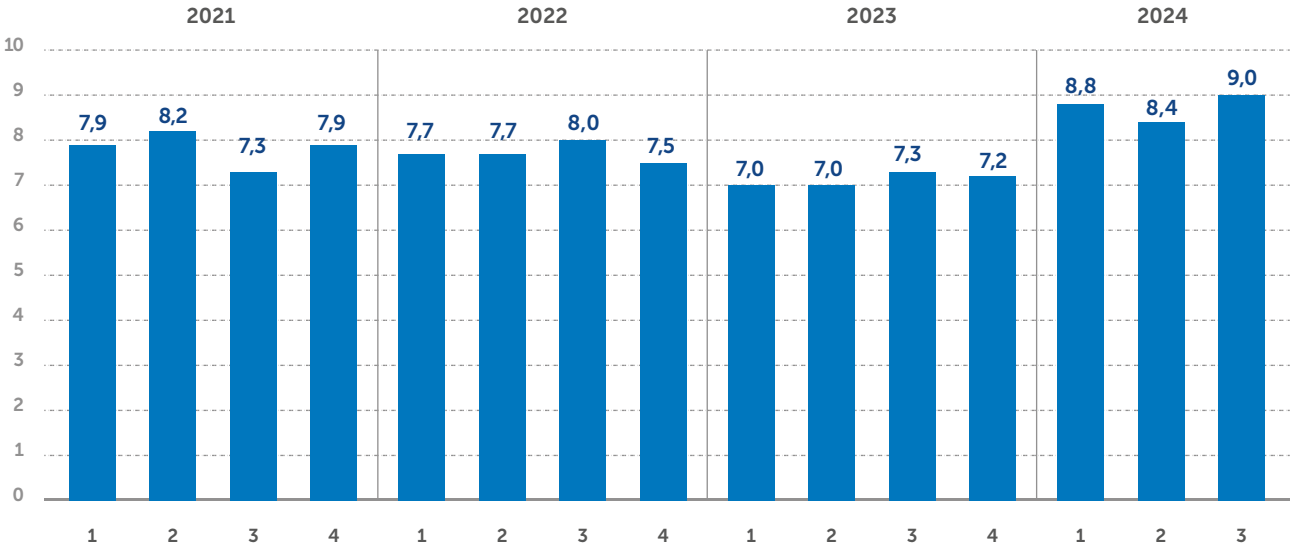


Рис. 1.2.2. Частка пацієнтів старше 18 років з АГ, які мають декларацію із сімейним лікарем, ЗОЗ №2, %



У Хмельницькій області, де функціонують ЗОЗ №3 та ЗОЗ №4 спостерігається контраст: у ЗОЗ №3 є значна варіативність частки пацієнтів віком від 18 років з АГ протягом 2021—2022 років, що відображається у широкому діапазоні коливань показників — від 5,0% до 14,7%. Подальша динаміка у 2023–2024 роках характеризується тенденцією до зниження та відносної стабілізації, з коливанням частки таких пацієнтів у межах 7,7–11,4%. ЗОЗ №4 демонструє тенденцію до зниження кількості задекларованих

пацієнтів від першого до третього кварталу, з характерним піковим зростанням у четвертому кварталі кожного року, за винятком 2024 року, коли спостерігається відсутність вираженої сезонності та більш рівномірний розподіл показників (рис. 1.2.3, 1.2.4).

Рис. 1.2.3. Частка пацієнтів старше 18 років з АГ, які мають декларацію із сімейним лікарем, ЗОЗ №3, %

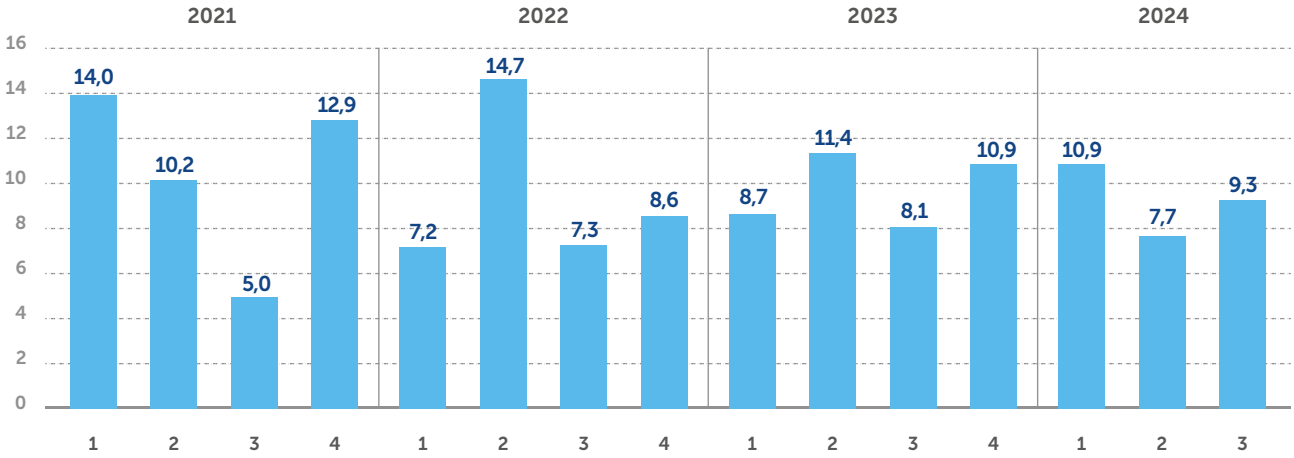
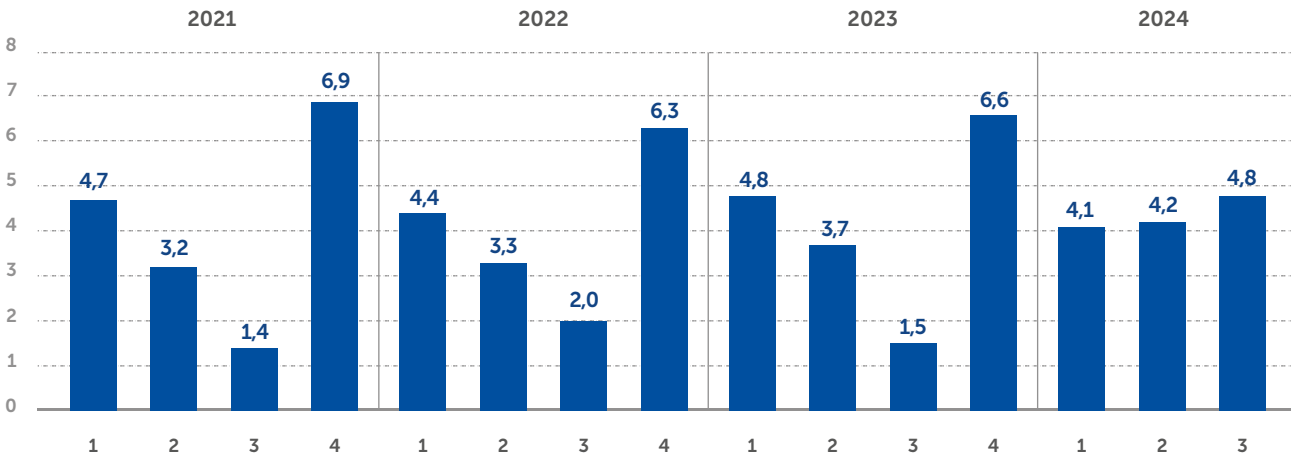


Рис. 1.2.4. Частка пацієнтів старше 18 років з АГ, які мають декларацію із сімейним лікарем, ЗОЗ №4, %



Загалом, Хмельницька область має більш контрастний характер частки пацієнтів старше 18 років з АГ, а у Львівській області показники є більш рівномірними та стабільними, що може вказувати на різні підходи до діагностики та лікування АГ, або ж на відмінності в демографічних показниках та факторах ризику в цих регіонах.

1.2.2. Статево-віковий розподіл пацієнтів старше 18 років, яким вперше діагностовано АГ

МЕТОДОЛОГІЧНА РЕМАРКА

Для ЗОЗ №1 було здійснено лише аналіз гендерної структури пацієнтів, оскільки інформація про віковий розподіл була недоступна. Окрім цього вікова градація в ЗОЗ №4 відрізняється від інших трьох закладів. Така методологічна різниця ускладнює порівняльний аналіз і підкреслює необхідність в стандартизації збору даних у всіх медичних закладах.

У ЗОЗ №1 спостерігається варіабельність розподілу первинної діагностики АГ за статтю. У 2021 році переважали чоловіки, на яких припадало від 53,7% до 82,2% нових випадків АГ. У 2022–2023 роках ситуація змінилася — у більшості кварталів домінували жінки (57,6–87,8%). У 2024 році знову зафіксовано значні коливання: у I та II кварталах переважали жінки (57,8% та 84,0%), тоді як у III кварталі частка чоловіків різко зросла до 86,5%. Такий нерівномірний розподіл свідчить про можливі структурні або організаційні відмінності між періодами спостереження, що потребують додаткового аналізу (табл. 1.2.1)

Таблиця 1.2.1. Розподіл за статтю пацієнтів старше 18 років з АГ, яким вперше діагностовано АГ, ЗОЗ №1

ЗОЗ №1	2021				2022				2023				2024		
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3
Кількість осіб старше 18 років, яким вперше діагностовано АГ	149	129	75	278	1103	752	1261	1284	1457	623	789	1137	2066	1760	614
з них за статтю:	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
чоловіки	53,7	82,2	68,0	59,7	61,0	60,6	12,2	42,4	50,2	51,2	43,0	41,7	42,2	*	86,5
жінки	46,3	17,8	32,0	40,3	39,0	39,4	87,8	57,6	49,8	48,8	57,0	58,3	57,8	*	13,5

У ЗОЗ №2 найбільшу частку нових випадків АГ мають особи віком 50–59 років, а жінки дещо вразливіші, ніж чоловіки. Спостерігається відносна стабільність нових випадків у 2021–2023 роках, зі зменшенням у 2024 році. Найвища частка виявлення нових випадків спостерігається у групі 50–59 років протягом усього періоду (табл. 1.2.2).

Таблиця 1.2.2. Статево-віковий розподіл пацієнтів старше 18 років, яким вперше діагностовано АГ, ЗОЗ №2

ЗОЗ №2	2021				2022				2023				2024		
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3
Кількість осіб старше 18 років, яким вперше діагностовано АГ	138	143	135	149	111	162	103	136	132	169	123	135	105	98	114
з них за віком:	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
18–29 років	2,2	2,1	1,5	2,7	1,8	1,2	1,0	1,5	0,8	0	0,8	1,5	2,9	1,0	0
30–39 років	6,5	4,9	6,7	7,4	12,6	5,6	2,9	3,7	5,3	2,4	8,1	4,4	6,7	4,1	5,3
40–49 років	8,0	8,4	14,1	11,4	18,0	19,1	16,5	21,3	24,2	23,7	9,8	20,7	20,0	25,5	24,6
50–59 років	31,2	33,6	28,9	29,5	22,5	25,9	34,0	31,6	28,8	26,6	33,3	28,9	37,1	43,9	42,1
60–69 років	34,8	30,8	33,3	34,2	28,8	29,6	29,1	22,1	23,5	26,6	25,2	30,4	15,2	14,3	17,5
70+ років	17,4	20,3	15,6	14,8	16,2	18,5	16,5	19,9	17,4	20,7	22,8	14,1	18,1	11,2	10,5
з них за статтю:	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
чоловіки	45,7	47,6	51,1	40,9	44,1	45,1	47,6	37,5	40,2	46,7	43,9	36,3	44,8	49,0	36,0
жінки	54,3	52,4	48,9	59,1	55,9	54,9	52,4	62,5	59,8	53,3	56,1	63,7	55,2	51,0	64,0

[2] Первинні дані з розподілом по статті відсутні (другий, третій квартал 2024 рік).

У ЗОЗ №3 найбільша частка нових випадків АГ припадає на вікову групу 40–49 років, трохи менша, але теж значна частка зосереджена у віковій групі 50–59 років, при цьому загалом серед чоловіків зафіксовано вищий рівень первинного виявлення АГ ніж, серед жінок. Фіксується тенденція до збільшення частки виявлених випадків у 2024 році (табл. 1.2.3).

Таблиця 1.2.3. Статево-віковий розподіл пацієнтів старше 18 років, яким вперше діагностовано АГ, ЗОЗ №3

ЗОЗ №3	2021				2022				2023				2024		
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3
Кількість осіб старше 18 років, яким вперше діагностовано АГ	611	916	880	514	602	967	774	651	986	588	450	1103	1211	307	690
з них за віком:	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
18–29 років	2,0	1,4	1,6	4,3	2,3	0,7	2,6	2,8	1,1	2,9	2,9	1,2	2,0	3,6	2,0
30–39 років	4,7	13,0	9,9	27,0	5,8	9,6	12,0	20,4	4,0	10,0	15,6	17,8	3,7	7,8	12,9
40–49 років	39,9	39,7	44,3	22,2	44,7	43,0	39,4	32,1	46,3	40,3	33,6	38,3	49,4	28,3	34,1
50–59 років	40,8	36,8	28,1	14,2	34,4	39,1	28,7	30,9	38,9	34,7	19,8	33,7	35,5	37,1	31,0
60–69 років	10,6	6,7	14,5	27,4	9,6	6,3	15,5	11,7	6,8	9,9	24,2	7,9	6,5	15,6	18,4
70+ років	2,0	2,4	1,6	4,9	3,2	1,2	1,8	2,2	2,8	2,2	4,0	1,2	2,9	7,5	1,6
з них за статтю:	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
чоловіки	58,1	50,2	53,2	49,0	57,8	56,5	52,2	50,1	59,9	60,0	60,0	60,0	69,6	21,8	60,0
жінки	41,9	49,8	46,8	51,0	42,2	43,5	47,8	49,9	40,1	40,0	40,0	40,0	30,4	78,2	40,0

Таблиця 1.2.4. Статево-віковий розподіл пацієнтів старше 18 років, яким вперше діагностовано АГ, ЗОЗ №4

ЗОЗ №4	2021				2022				2023				2024		
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3
Кількість осіб старше 18 років, яким вперше діагностовано АГ	157	50	40	55	149	50	58	72	160	60	65	68	108	93	87
з них за віком:	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
18–39 років	0,6	0	7,5	1,8	2,7	0	3,4	1,4	0	5,0	6,2	7,4	1,9	1,1	3,4
40–64 років	97,5	92,0	80,0	83,6	94,0	96,0	91,4	93,1	97,5	91,7	89,2	85,3	94,4	93,5	78,2
65+ років	1,9	8,0	12,5	14,5	3,4	4,0	5,2	5,6	2,5	3,3	4,6	7,4	3,7	5,4	18,4
з них за статтю:	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
чоловіки	44,6	54,0	42,5	56,4	47,7	44,0	67,2	48,6	52,5	55,0	52,3	42,6	50,9	49,5	51,7
жінки	55,4	46,0	57,5	43,6	52,3	56,0	32,8	51,4	47,5	45,0	47,7	57,4	49,1	50,5	48,3

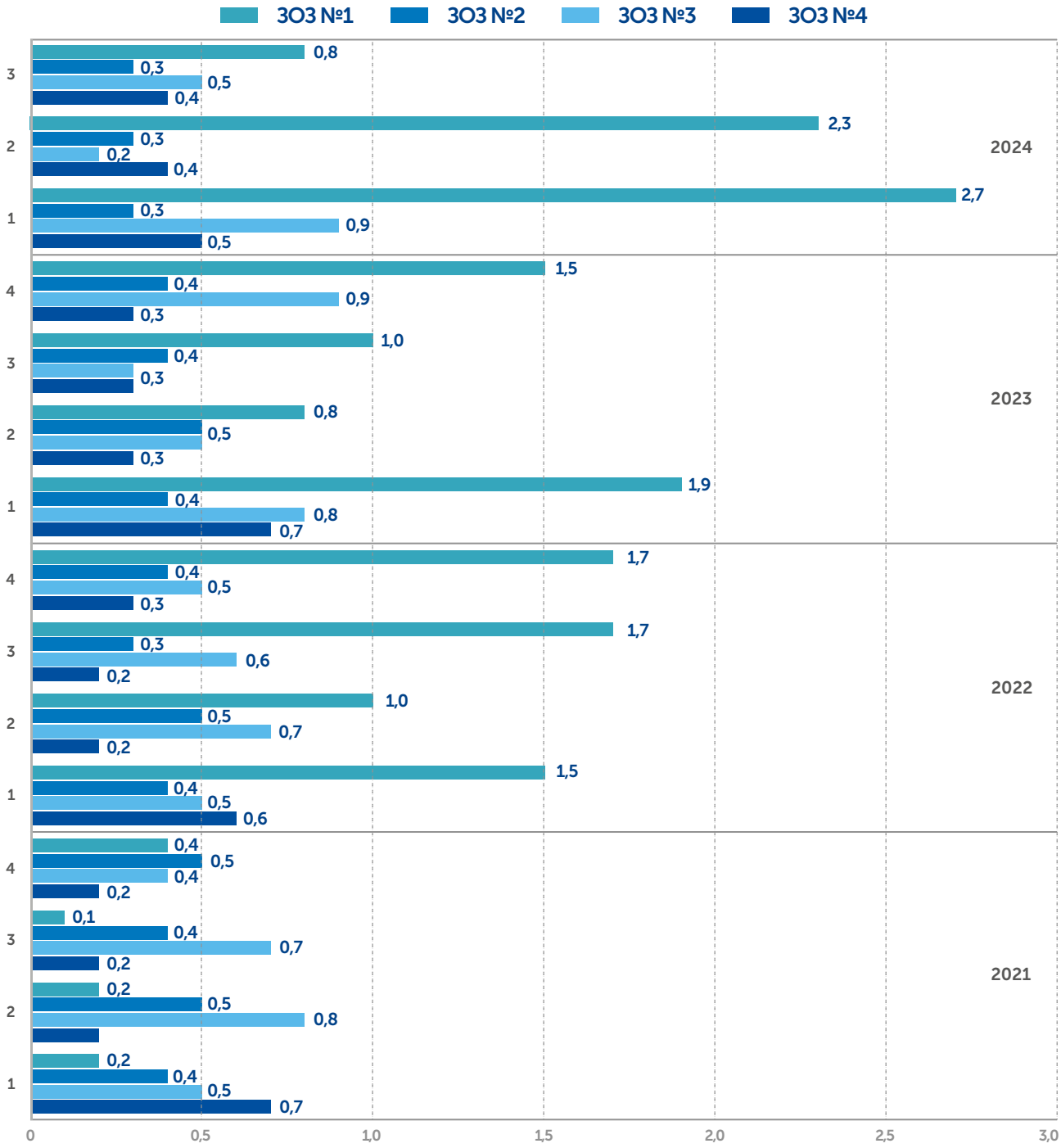
У ЗОЗ №4 найвищий показник первинного діагностування АГ спостерігається у віковій групі 40–64 років. Гендерний розподіл майже рівномірний, з деякою перевагою жінок. Кількість нових випадків АГ відносно стабільна з 2021 по 2024 рік, з тенденцією до піку в першому кварталі та зниженням у наступні, а також з незначним збільшенням нововиявлених випадків АГ з кожним роком (табл. 1.2.4).

Для кожного ЦПМСД частка нововиявлених випадків АГ обрахована на основі трьох показників:

- загальна кількість пацієнтів старше 18 років, які мають декларацію з сімейним лікарем.
- кількість пацієнтів старше 18 років з АГ, які мають декларацію з сімейним лікарем.
- кількість осіб старше 18 років, яким вперше діагностовано АГ.

Аналіз ефективності нововиявлених випадків АГ демонструє відмінності між закладами (рис. 1.2.5, 1.2.6).

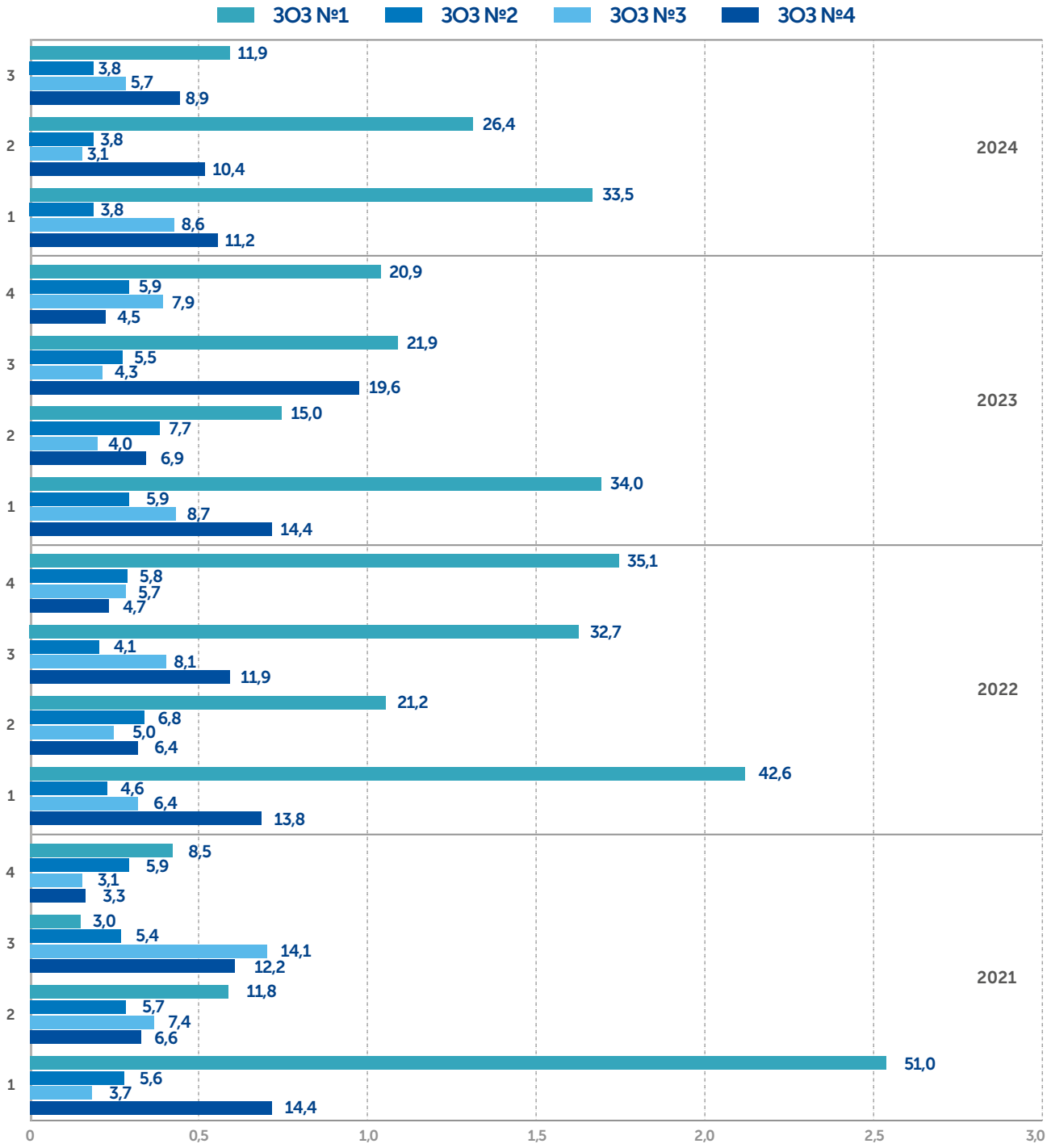
Рис. 1.2.5. Частка нововиявлених випадків АГ серед усіх пацієнтів, %



ЗОЗ №1 є лідером за показниками виявлення нових випадків АГ як серед усіх пацієнтів з піком до 2,7% виявлення, так і серед загальної кількості осіб з АГ. ЗОЗ №2 , ЗОЗ №3 та ЗОЗ №4 показують значно нижчі результати виявлення нових випадків серед усіх пацієнтів — в межах від 0,2% до 0,7% виявлення.

Аналізуючи частку нововиявлених випадків АГ серед пацієнтів з АГ, ЗОЗ №1 знову демонструє найвищі показники, з коливаннями в межах 8,5–51,0%. ЗОЗ №2 показує дещо нижчі показники, коливаючись в межах 3,3–19,6%, ЗОЗ №3 має показники виявлення від 3,1% до 14,1%, а в ЗОЗ №4 фіксується від 3,8% до 7,7% виявлення нових випадків АГ серед пацієнтів з АГ. Таким чином, ЗОЗ №1 демонструє найвищу ефективність виявлення нових випадків АГ як серед усіх задекларованих пацієнтів, так і серед пацієнтів з АГ.

Рис. 1.2.6. Частка нововиявлених випадків АГ серед пацієнтів з АГ, %



1.3. ВИМІРЮВАННЯ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ

В даному розділі для кожного ЦПМСД аналіз частки вимірювань АТ пацієнтам старше 40 років під час прийому обчислювався за двома показниками:

- загальна кількість відвідувань пацієнтами старше 18 років лікарів ЦПМСД.
- кількість пацієнтів старше 40 років, яким під час прийому вимірювали АТ.

Існує різнорідність наявних даних щодо повноти інформації про частку вимірювань АТ пацієнтам старше 40 років під час прийому. Зокрема, ЗОЗ №2 та ЗОЗ №4 надають дані за весь досліджуваний період, у той час як ЗОЗ №3 має відповідну інформацію лише з грудня 2023 року, а ЗОЗ №1 — з грудня 2024 року. З огляду на зазначену неоднорідність, для забезпечення коректного аналізу та виокремлення специфічних характеристик, дані представлені окремо по закладах у розрізі періодів, за які наявна інформація. Така стратифікація дозволяє мінімізувати вплив неповної інформації на формування загальних висновків.

ЗОЗ №2 демонструє відносно стабільні та низькі показники вимірювання АТ пацієнтам старше 40 років під час прийому у лікаря у 2021–2024 роках (від 3,5% до 5,6%), (рис. 1.3.1).

Рис. 1.3.1. Частка вимірювань АТ пацієнтам старше 40 років під час прийому у двох закладах, 2021–2024 роки (серед загальної кількісті відвідувань пацієнтами старше 18 років лікарів ЦПМСД), %

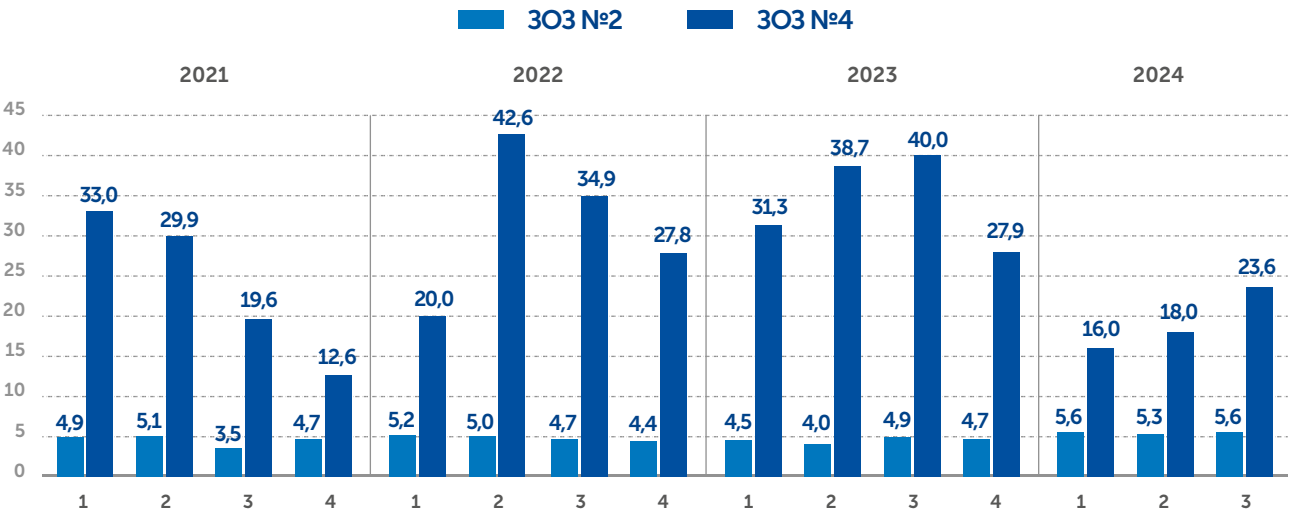
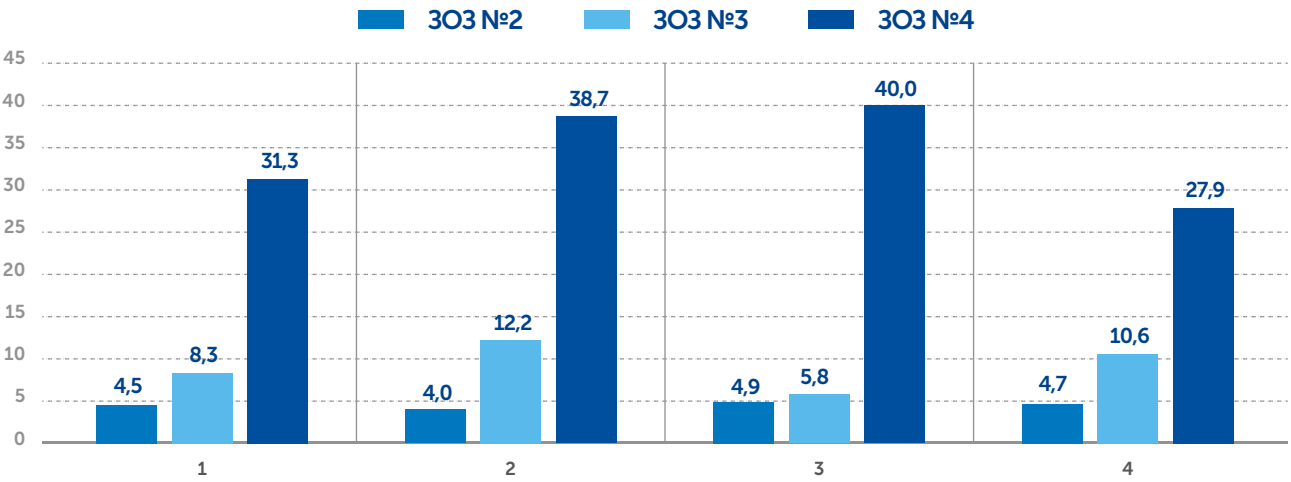


Рис. 1.3.2. Частка вимірювань АТ пацієнтам старше 40 років під час прийому у трьох закладах, 2023 рік (серед загальної кількісті відвідувань пацієнтами старше 18 років лікарів ЦПМСД), %



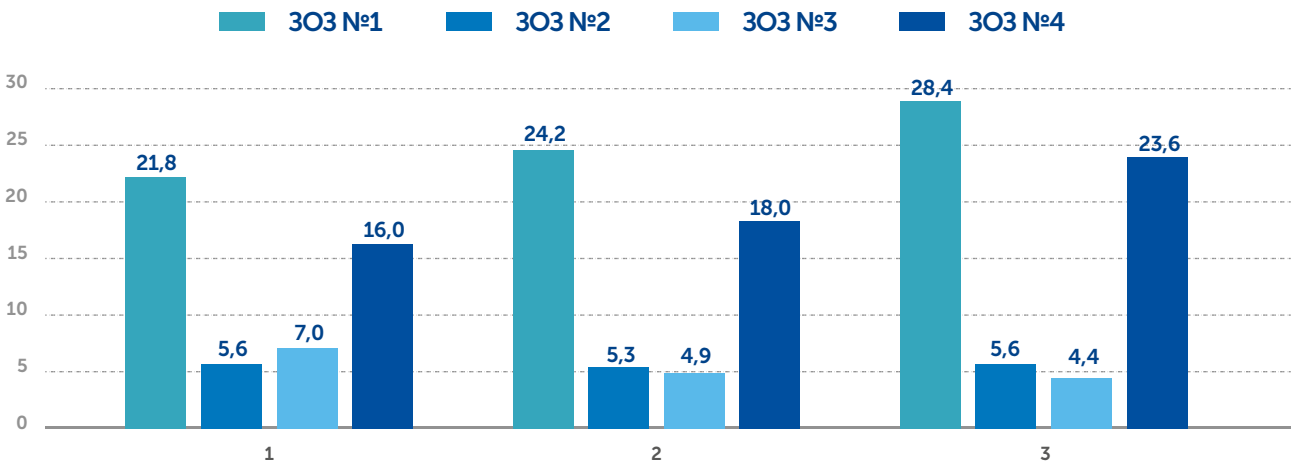
Динаміка звернень до ЗОЗ №4 демонструє цикли змін: спадну тенденцію у 2021–2022 роках та зростаючу у 2023–2024. Пікове значення фіксується у другому кварталі 2022 року — 42,6%.

У 2023 році ЗОЗ №4 демонструє найвищі показники вимірювання АТ пацієнтам старше 40 років під час прийому у лікаря, зі значними коливаннями від 27,9% до 40,0% протягом року. ЗОЗ №3 показує більш низький рівень вимірювань, з незначними поквартальними коливаннями від 8,3% до 12,2%. ЗОЗ №2 характеризується найбільш стабільною і низькою часткою вимірювань протягом року, що не перевищує 5% (рис. 1.3.2.).

У 2024 році частка вимірювань АТ пацієнтам старше 40 років значно відрізняється між чотирма закладами (рис.1.3.3). ЗОЗ №1 демонструє найвищі показники, з тенденцією до зростання протягом року (від 21,8% до 28,4%). ЗОЗ №4 також показує відносно високі показники, але з варіацією від 16,0% до 23,6%. Натомість, ЗОЗ №2 характеризується стабільною і не високою часткою вимірювань АТ до 5,6% так само, як ЗОЗ 3 з коливаннями в межах 4,4—7,0%.

Відмінності у частці вимірювань АТ пацієнтам старше 40 років між закладами можуть бути пов'язані з різними організаційними підходами до профілактичних оглядів та наявними ресурсами для моніторингу серцево-судинного здоров'я.

Рис. 1.3.3. Частка вимірювань АТ пацієнтам старше 40 років під час прийому у чотирьох закладах, 2024 рік (серед загальної кількісті відвідувань пацієнтами старше 18 років лікарів ЦПМСД), %



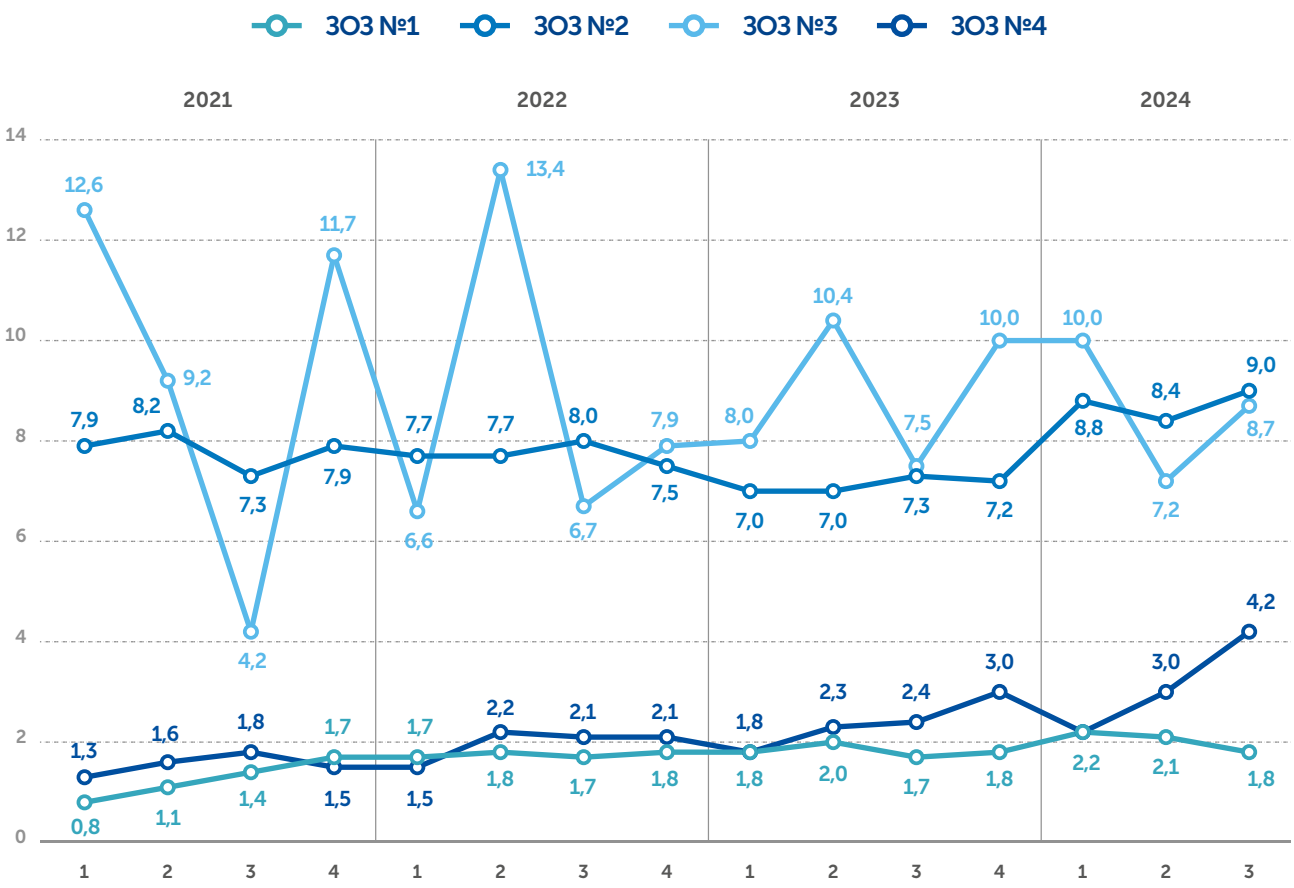
1.4. ЛІКУВАННЯ ЗА ПРОГРАМОЮ «ДОСТУПНІ ЛІКИ»

В даному розділі для кожного ЦПМСД аналіз частки пацієнтів, старше 18 років, які отримують регулярне антигіпертензивне лікування за програмою «Доступні ліки» обчислювався за трьома показниками:

- загальна кількість пацієнтів старше 18 років, які мають декларацію з сімейним лікарем.
- кількість осіб старше 18 років з АГ, які мають декларацію з сімейним лікарем.
- кількість пацієнтів, старше 18 років, які отримують регулярне антигіпертензивне лікування за програмою «Доступні ліки».

Аналіз свідчить про різну динаміку залучення пацієнтів старше 18 років до програми «Доступні ліки» для антигіпертензивної терапії в різних закладах (рис.1.4.1). ЗОЗ №1 характеризується невисокими показниками до 2,2%, але із легкою тенденцією до поступового збільшення. ЗОЗ №2 показує відносно стабільні показники в межах 7,0–9,0%, з помірним зростанням у 2024 році. ЗОЗ №3 демонструє високі показники, але нестабільну динаміку зі значними коливаннями від 4,2% до 13,4% протягом періоду спостереження. ЗОЗ №4 демонструє ріст показників з піковими 4,2% у 2024 році. Різні тенденції можуть відображати варіативність стратегій заохочення, доступу до програми чи інформування пацієнтів про можливості програми «Доступні ліки» в кожному закладі.

Рис.1.4.1. Частка пацієнтів, старше 18 років, які отримують регулярне антигіпертензивне лікування за програмою «Доступні ліки» (серед усіх пацієнтів старше 18 років, які мають декларацію з сімейний лікарем), %



Показники частки пацієнтів з АГ, які отримують лікування за програмою «Доступні ліки», значно варіюються між закладами. У ЗОЗ №1 та ЗОЗ №4 трапляються перевищення 100%, можливими причинами цього може бути залучення до програми «Доступні ліки» пацієнтів з іншими захворюваннями, а також особливості організації обліку лікарських засобів у цих закладах. ЗОЗ №2 демонструє повне охоплення, тоді як ЗОЗ №3 наближений до повного охоплення межах 84,5–93,6%.

1.5. УСКЛАДНЕННЯ ТА РИЗИК ЗА ВІКОМ

В даному розділі для кожного ЦПМСД було проведено аналіз частки пацієнтів із ускладненнями серед усіх задекларованих на основі двох показників:

- загальна кількість пацієнтів старше 18 років, які мають декларацію з сімейним лікарем.
- кількість випадків інфаркту міокарда, інсульту, серцевої недостатності, ниркової недостатності у пацієнтів старше 18 років.

та частки пацієнтів із ускладненнями серед пацієнтів з АГ на основі наступних двох показників:

- загальна кількість пацієнтів старше 18 роківз АГ, які мають декларацію з сімейним лікарем.
- кількість випадків ускладнень у пацієнтів старше 18 років з АГ.

Варто зазначити, що частка ускладнень серед усіх задекларованих пацієнтів є незначною — до 0,4%, (рис.1.5.1). Натомість, серед осіб, які мають діагноз АГ, спостерігається підвищена частота ускладнень, причому цей показник є нижчим в обласних центрах порівняно з іншими містами. Нижчі показники ускладнень в обласних центрах, ймовірно, пов'язані з кращою доступністю спеціалізованої медичної допомоги та профілактичними програмами. Так, ЗОЗ №4 демонструє найвищі показники ускладнень з вираженими поквартальними коливаннями серед пацієнтів старше 18 років з АГ, з піковими 11,9% у 2021 році. Такі високі показники можуть бути обумовлені особливостями соціально-економічного статусу населення, специфікою способу життя або обмеженим доступом до якісної медичної допомоги. У ЗОЗ №2 фіксується втричі менший рівень випадків ускладнень у пацієнтів старше 18 років серед пацієнтів з АГ, без яскраво виражених поквартальних коливань і динаміки за роками з піком у 3,5% в 2022 році. У свою чергу ЗОЗ №1 та ЗОЗ №3 демонструють стабільно низькі показники ускладнень, які не перевищують 1,2% (за виключенням першого кварталу 2021 р. у ЗОЗ №1 — 4,8%). Загальні щорічні тенденції є відносно стабільними для усіх закладів, разом з тим ЗОЗ №4 виділяється найяскравішими поквартальними коливаннями (рис.1.5.2).

Рис.1.5.1. Частка випадків ускладнень у пацієнтів старше 18 років серед усіх задекларованих (інфаркт міокарда, інсульт, серцева недостатність, ниркова недостатність), %

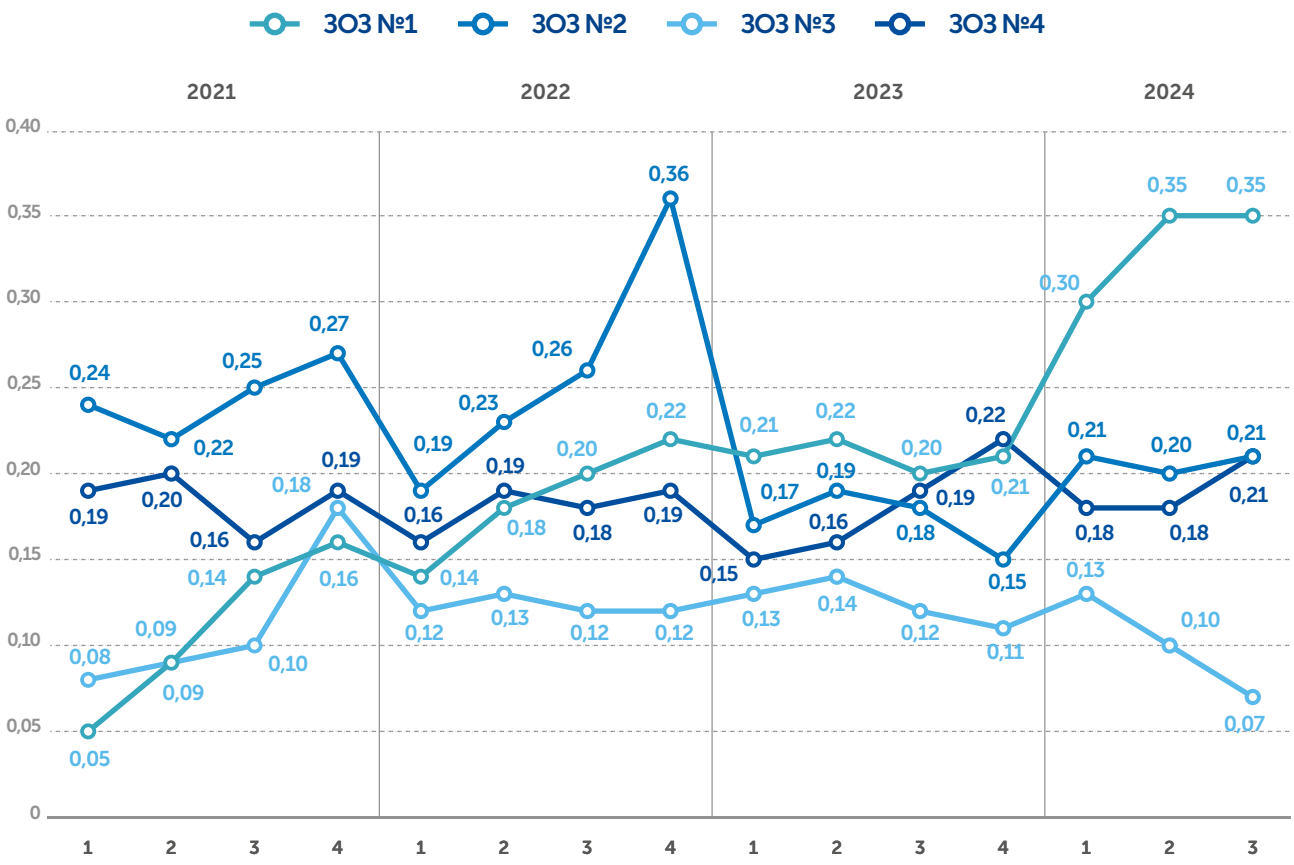


Рис.1.5.2. Частка випадків ускладнень у пацієнтів старше 18 років серед пацієнтів з АГ (інфаркт міокарда, інсульт, серцева недостатність, ниркова недостатність), %

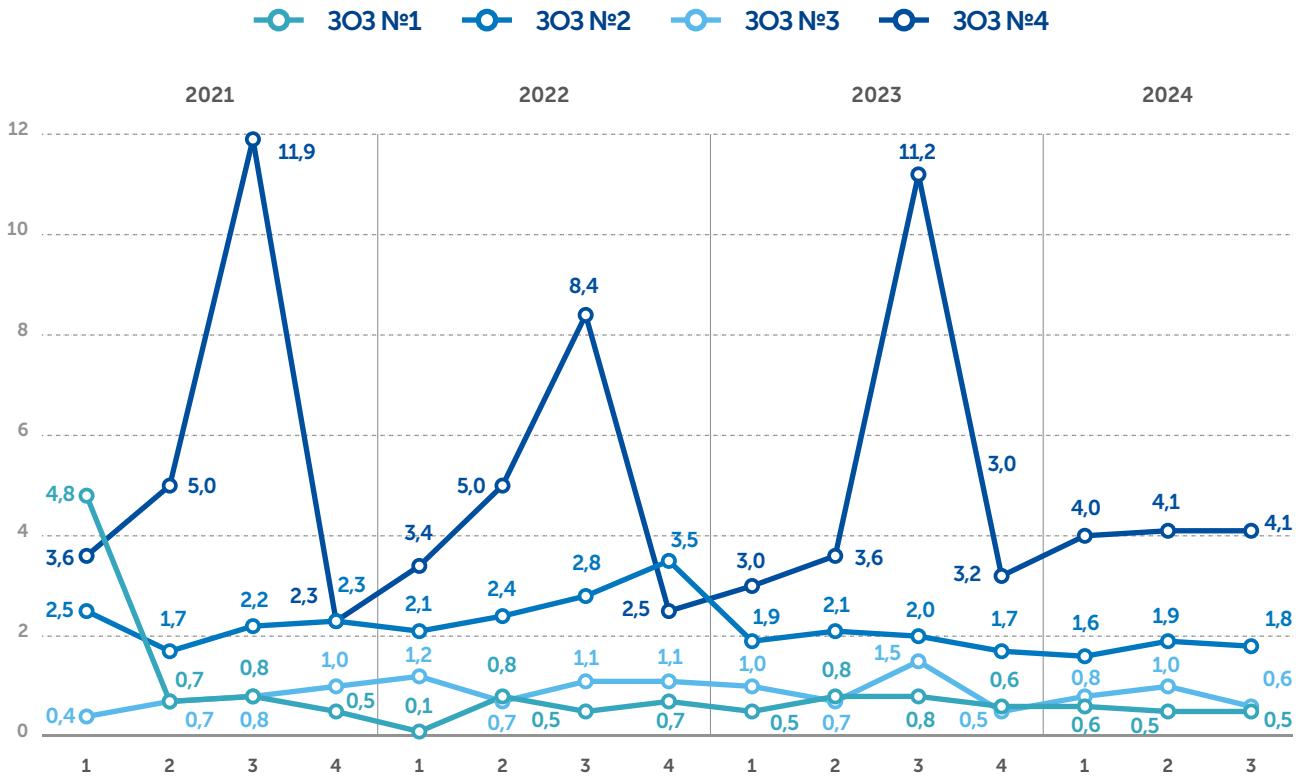
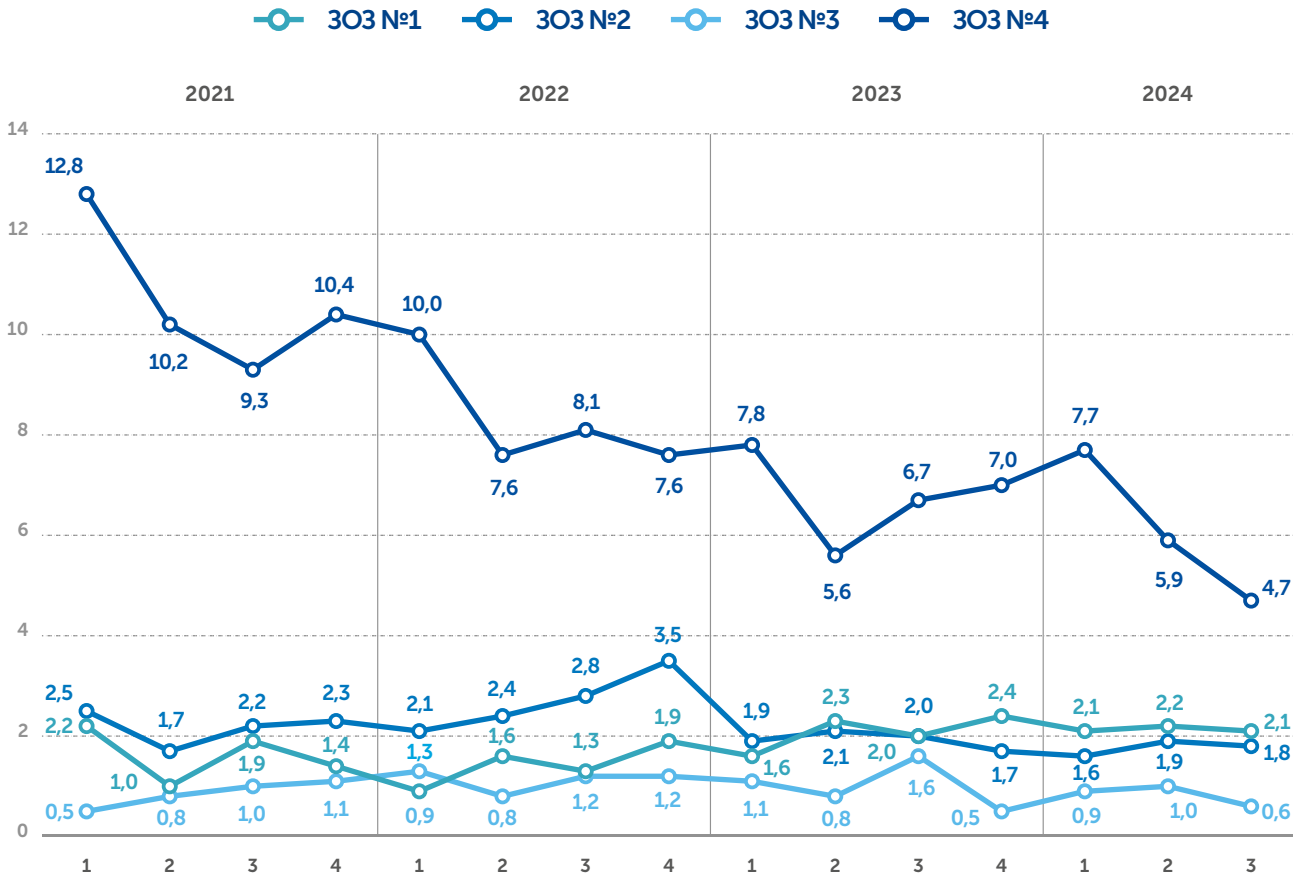


Рис.1.5.3. Частка випадків ускладнень у пацієнтів старше 18 років з АГ, які отримують лікування за програмою «Доступні ліки»,%



Частка ускладнень серед пацієнтів віком від 18 років з АГ, які отримують лікування за програмою «Доступні ліки», є значно нижчою в ЗОЗ обласних центрів, та коливається в межах від 0,5 до 2,4 % (рис.1.5.3). ЗОЗ №2 демонструє дещо вищі, але також незначні показники (1,6–3,5 %). Найвищий рівень ускладнень зафіксовано у ЗОЗ №4 з піковим показником 12,8%, що може бути зумовлено як обмеженим доступом до якісної медичної допомоги та інформації про профілактику ускладнень, так і специфікою соціально-демографічного складу пацієнтів або особливостями організації медичної допомоги на місцевому рівні. Додатковим фактором може бути обмежений доступ до вторинної медичної допомоги, зокрема складнощі з доїздом до спеціалізованих медичних закладів із районного центру.

МЕТОДОЛОГІЧНА РЕМАРКА

Вікова градація в ЗОЗ №4 відрізняється від інших трьох закладів, а дані за віком для ЗОЗ №1 відсутні. Така методологічна різниця ускладнює порівняльний аналіз вікових кривих і ще раз підкреслює необхідність в стандартизації збору даних у всіх медичних закладах.

ЗОЗ №2 має збалансовану криву з піком у віковій групі 60–69 років (рис.1.5.4). ЗОЗ №3 виділяється найвищим ризиком ускладнень серед пацієнтів з АГ старше 70 років, що може вказувати на певні фактори, які потребують додаткового вивчення (рис.1.5.5). Потенційно — це можуть бути особливості структури пацієнтів, що обслуговуються в даному закладі, зокрема більша частка людей старшого віку, які більш схильні до впливу факторів ризику, що можуть провокувати ускладнення серцево-судинних захворювань, але через відсутність даних з віковим розподілом усіх пацієнтів з АГ в закладі остаточні висновки є обмеженими. ЗОЗ №4 також демонструє загальний ризик ускладнень у віковій групі старше 65 років (рис.1.5.6).

Фіксується зв'язок між віком та частотою виникнення ускладнень серед пацієнтів з АГ, про це свідчить збільшення частки ускладнених випадків у старших вікових групах.

Рис.1.5.4. Вікова крива ризику ускладнень у пацієнтів старше 18 років з АГ, ЗОЗ №2, %

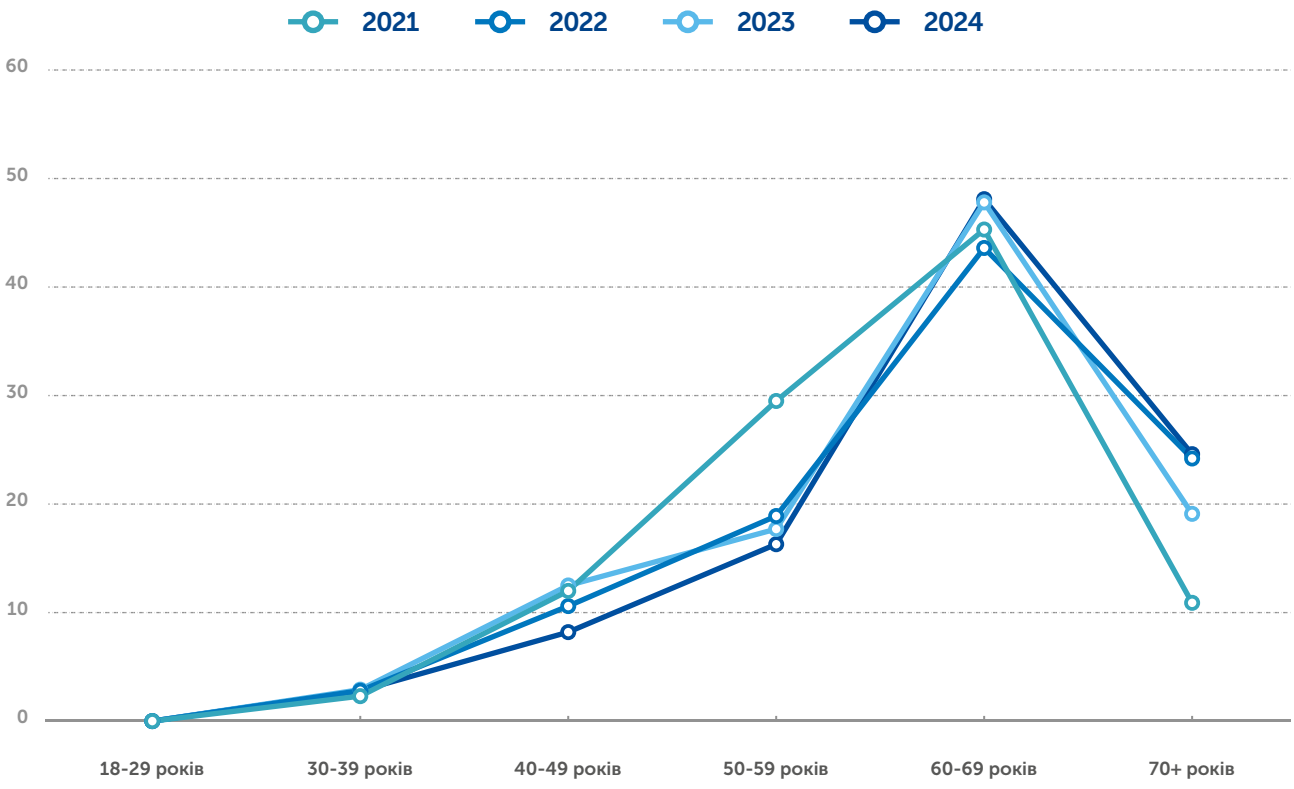


Рис.1.5.5. Вікова крива ризику ускладнень у пацієнтів старше 18 років з АГ, ЗОЗ №3, %

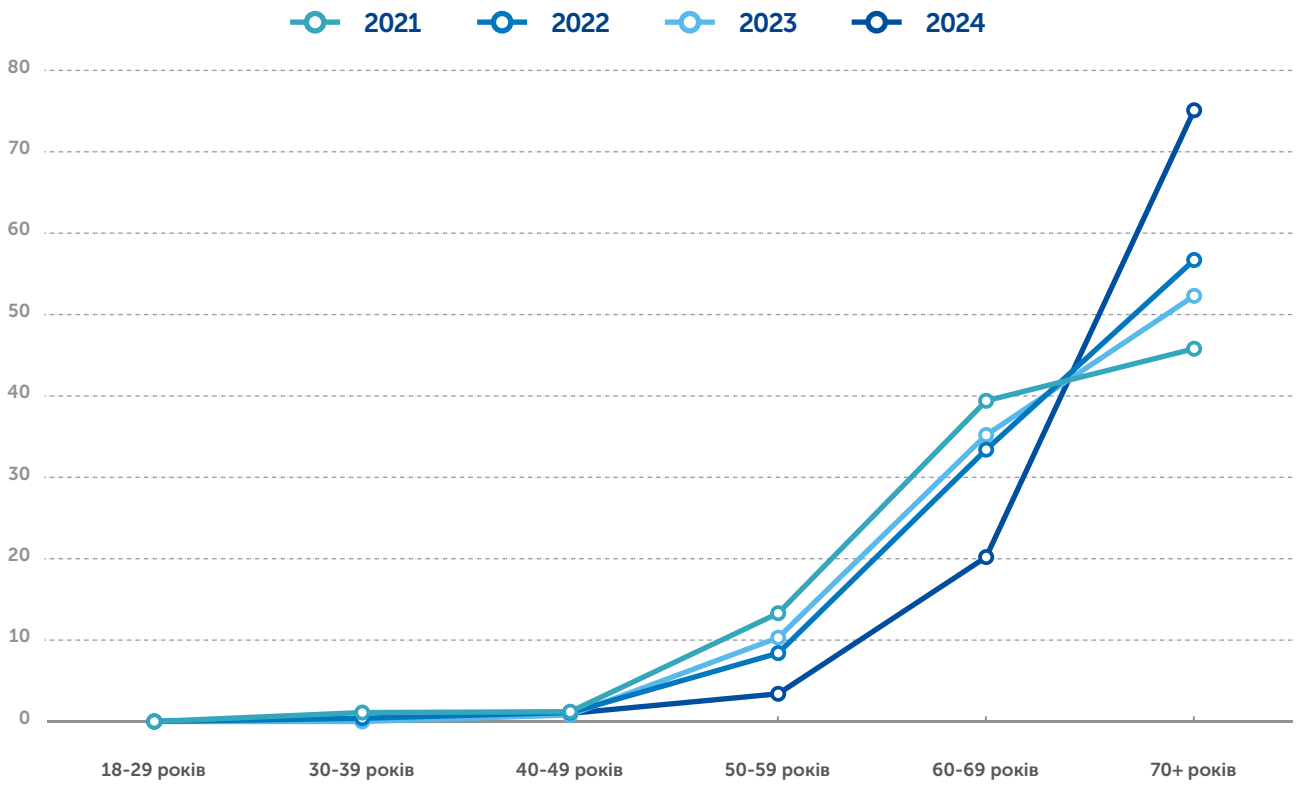
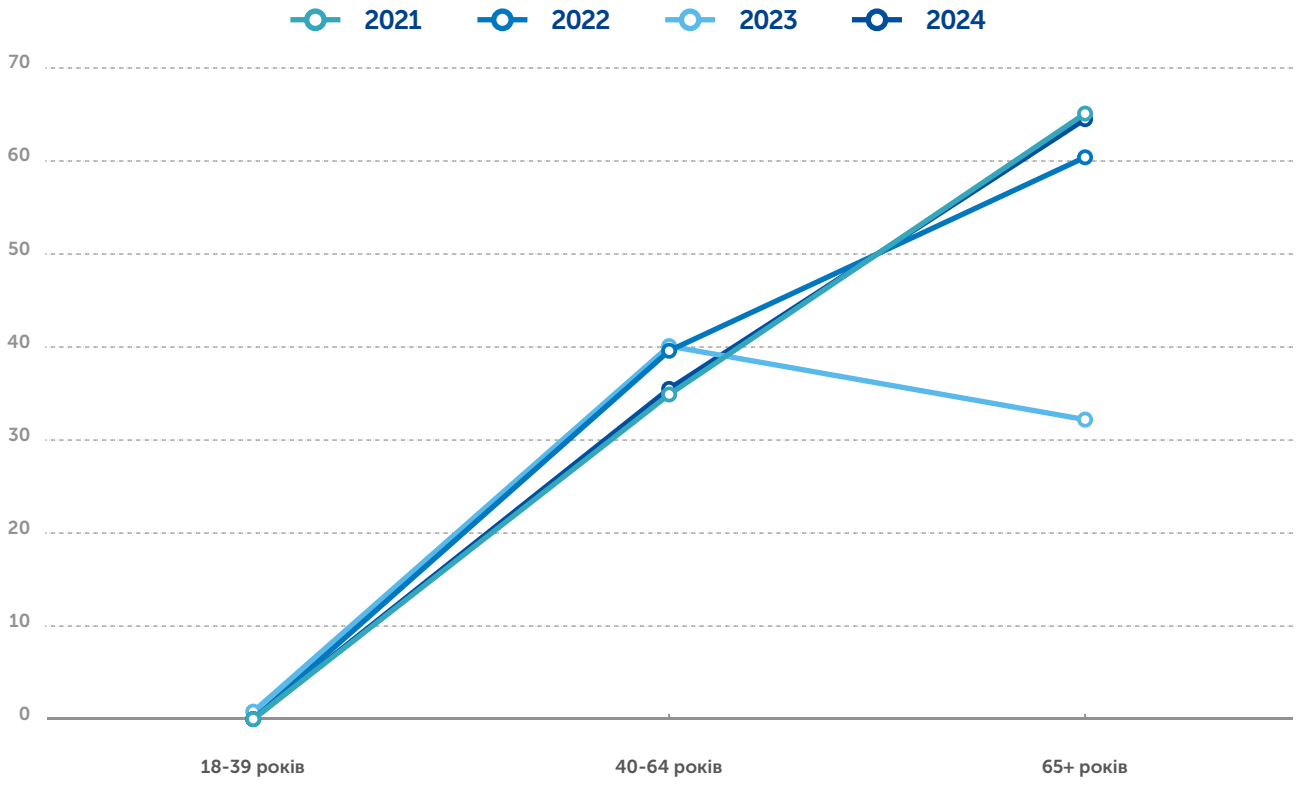


Рис.1.5.5. Вікова крива ризику ускладнень у пацієнтів старше 18 років з АГ, ЗОЗ №4, %



РОЗДІЛ 2.
РЕЗУЛЬТАТИ ЯКІСНОГО КОМПОНЕНТУ ДОСЛІДЖЕННЯ. ОПИТУВАННЯ ЗА HLQ

2.1. ПРОВЕДЕННЯ ЗБОРУ ДАНИХ ПРО РІВЕНЬ МЕДИЧНОЇ ГРАМОТНОСТІ У ПАЦІЄНТІВ З АГ ЗА ДОПОМОГОЮ ОПИТУВАЛЬНИКА З МЕДИЧНОЇ ГРАМОТНОСТІ HLQ

Було опитано за опитувальником з медичної грамотності HLQ 440 респондентів. Збір даних тривав 27 днів у жовтні-листопаді 2024 р. Рекрутинг респондентів здійснювали медичні працівники, залучені до проєкту в кожному ЦПМСД. Відбір 110 учасників в закладі проводився за систематичним підходом: загальну кількість пацієнтів віком 30–60 років з діагнозом АГ ділили на 110, а отримане число визначало крок відбору (від 5 до 53). Перший контакт з пацієнтами здійснювали сімейні лікарі, медсестри або інтерни з посиланням на лікаря. У разі згоди пацієнта його контакти передавали інтерв'юеру для подальшого телефонного опитування.

Опитувальник має дев'ять сфер (шкал), які відображають як особисті здібності людей у сфері медичної грамотності, так і досвід, набутий ними під час взаємодії з інформацією про здоров'я та медичними послугами. У поєднанні ці шкали формують профіль медичної грамотності людини, що дозволяє виявити її сильні сторони та потреби. Шкали мають дескриптори високих і низьких балів для визначення обсягу кожної шкали (табл. 2.1.1).

За результатами опитування отримано масив даних, який відображає якісну інформацію про досвід, знання, потреби та бар'єри, що формують рівень медичної грамотності населення, зокрема учасників дослідження.

Таблиця 2.1.1. Шкали Опитувальника з медичної грамотності HLQ та опис вищих і нижчих балів

ШКАЛА HLQ	ВИЩИЙ БАЛ ЗА HLQ	НИЖЧИЙ БАЛ ЗА HLQ
1. Відчуваю, що медичні працівники розуміють та підтримують мене	Людина має налагоджені стосунки принаймні з одним медичним працівником, який добре її знає. Людина вірить, що цей провайдер надасть корисні поради та інформацію, допоможе зрозуміти інформацію та прийняти рішення щодо стану здоров'я.	Людина не може спілкуватися з лікарями та іншими медичними працівниками. Людина не має постійного медичного працівника та/або має труднощі з довірою до медичних працівників як до джерела інформації та/або поради.
2. Маю достатньо інформації, щоб піклуватися про своє здоров'я	Людина відчуває впевненість у тому, що володіє всією інформацією, необхідною для того, щоб жити зі своїм захворюванням, контролювати його перебіг і приймати рішення.	Людина відчуває, що в її знаннях є багато прогалин і що вона не має інформації, необхідної для життя зі своїм захворюванням та вирішення проблем зі здоров'ям.
3. Активно піклуюся про своє здоров'я	Людина усвідомлює важливість свого здоров'я і може взяти на себе відповідальність за нього. Людина активно бере участь у догляді за своїм здоров'ям і приймає власні рішення щодо свого здоров'я.	Людина не сприймає своє здоров'я як власну відповідальність. Людина не займається своїм здоров'ям і розглядає охорону здоров'я як щось, що роблять за неї.
4. Соціальна підтримка в питаннях здоров'я	Соціальна система надає людині всю необхідну підтримку, яку вона бажає або потребує.	Людина абсолютно самотня і не має жодної підтримки.
5. Оцінка інформації про здоров'я	Людина здатна ідентифікувати якісну інформацію та надійні джерела інформації. Може самостійно або з допомогою інших вирішувати питання щодо суперечливої інформації.	Як би людина не намагалася, вона не може зрозуміти більшу частину інформації про здоров'я і розгублюється, коли стикається з суперечливою інформацією.

ШКАЛА HLQ	ВИЩИЙ БАЛ ЗА HLQ	НИЖЧИЙ БАЛ ЗА HLQ
6. Здатність активно взаємодіяти з медичними працівниками	Людина проактивно ставиться до свого здоров'я та відчуває контроль у відносинах з медичними працівниками. За потреби може звернутися за порадою до інших медичних працівників. Не зупиняється на досягнутому, поки не отримає бажаного. Має різноманітні можливості.	Людина пасивна у своєму підході до охорони здоров'я, неактивна: не шукає і не уточнює інформацію та консультації та/або варіанти послуг. Сприймає інформацію без запитань. Не може поставити запитання, щоб отримати інформацію або уточнити те, чого не розуміє. Приймає те, що їй пропонують, не намагаючись переконатися, що це відповідає її потребам. Відчуває себе нездатною поділитися своїми проблемами.
7. Здатність орієнтуватися в системі охорони здоров'я	Людина здатна дізнаватися про послуги та підтримку, щоб задовольнити всі свої потреби. Має здатність відстоювати свої інтереси на рівні системи та на рівні послуг.	Людина не може відстоювати свої інтереси і не може знайти когось, хто міг би допомогти їй використовувати систему охорони здоров'я для задоволення своїх потреб у сфері охорони здоров'я. Не виходить за межі очевидних ресурсів і має обмежене розуміння того, що є доступним і на що вона має право.
8. Здатність знаходити належну інформацію про здоров'я	Людина є «дослідником інформації». Активно використовує різноманітні джерела для пошуку інформації та в курсі подій.	Людина не може отримати доступ до медичної інформації, коли це необхідно. Залежить від інших у наданні інформації.
9. Здатність зрозуміти інформацію про здоров'я на достатньому рівні, щоб розуміти, що потрібно робити	Людина може розуміти всю письмову інформацію (в тому числі цифрову), що стосується її здоров'я, і правильно заповнювати форми, за потреби.	Людина має проблеми з розумінням будь-якої письмової медичної інформації або інструкцій про лікування чи ліки. Не вміє читати або писати достатньо добре, щоб заповнювати медичні форми.

Додаткові запитання про рівень знань пацієнтів про АГ та методи її контролю. Соціально-демографічні характеристики учасників дослідження

До основних шкал HLQ у опитувальник були включені додаткові запитання, які стосувалися знань пацієнтів щодо АГ та методів її контролю, а також охоплювали соціально-демографічні показники. Отримані дані (Додаток 2) дозволили виявити низку особливостей, що стосуються знань та практик учасників щодо АГ:

- **Обізнаність про нормальні показники АТ.** Більшість респондентів повідомили про наявність знань щодо нормальних показників артеріального тиску. Водночас у кластерах із нижчим рівнем медичної грамотності частіше фіксується неправильне уявлення — зокрема, зазначаються завищені або занижені значення як «нормальні».
- **Частота вимірювання АТ.** Щоденне вимірювання тиску частіше практикують респонденти з високим рівнем медичної грамотності. У Львівській області кількість осіб, які вимірюють тиск 2–4 рази на день, майже не залежить від рівня медичної грамотності. Натомість у Хмельницькій області така практика частіше фіксується в кластерах з нижчим рівнем медичної грамотності.
- **Ведення щоденника артеріального тиску.** Прослідковується зв'язок між регулярністю ведення щоденника АТ та рівнем медичної грамотності — у вищих кластерах ця практика є значно поширенішою, тоді як у нижчих фіксується її зниження або повна відсутність.
- **Регулярність прийому антигіпертензивних препаратів.** Учасники з вищим рівнем медичної грамотності частіше повідомляють про систематичний прийом антигіпертензивних препаратів. У кластерах з нижчим рівнем грамотності зростає частка тих, хто приймає ліки епізодично або взагалі їх не приймає.
- **Звернення до лікаря з метою корекції антигіпертензивної терапії.** Регулярні візити до лікаря з питань корекції лікування частіше характерні для кластерів із високим рівнем медичної грамотності. У нижчих кластерах превалює практика періодичних звернень.

- **Обізнаність про можливі ускладнення, пов'язані з АГ.** Загалом респонденти у всіх кластерах повідомляють про обізнаність щодо потенційних ускладнень АГ. Проте в окремих кластерах з низьким рівнем медичної грамотності зафіксовано згадки про відсутність таких знань.
- **Досвід навчання або консультацій щодо самоконтролю АГ.** У кластерах з високою медичною грамотністю частіше трапляються згадки про участь у навчальних заходах або консультаціях щодо самоконтролю АГ. Найчастіше це навчання відбувалося у закладах охорони здоров'я, рідше — онлайн. У кластерах із низьким рівнем грамотності більша частка тих, хто не мав такого досвіду.
- **Обізнаність щодо методів контролю АТ.** У Хмельницькій області учасники практично всіх кластерів демонструють приблизно однаково високий рівень обізнаності щодо методів контролю АТ, за винятком поодиноких випадків у кластерах з низьким рівнем грамотності. У Львівській області ситуація дещо відмінна — навіть серед респондентів із високим рівнем медичної грамотності трапляються згадки про недостатню обізнаність у цій сфері.

В ході проведення дослідження в обох областях вдалося виявити ряд демографічних, соціальних та економічних факторів, які впливають на рівень медичної грамотності респондентів:

Вік. У кластерах з вищим рівнем медичної грамотності переважають респонденти у вікових групах 40–49 та 50–59 років. Натомість у кластерах з нижчими показниками HLQ частіше зустрічаються особи віком 60+ років.

Стать. У всіх кластерах, незалежно від рівня медичної грамотності, жінки становили більшість. Зокрема, у кластерах з низьким рівнем медичної грамотності їх частка становила 100%.

Освіта. Особи з вищим рівнем освіти частіше демонструють вищий рівень медичної грамотності. У кластерах з високим рівнем медичної грамотності до 80% респондентів мають вищу освіту, тоді як у кластерах з низьким рівнем — лише 6–11% респондентів з вищою освітою.

Склад сім'ї / кількість осіб у сім'ї. Респонденти, які проживають у невеликих за складом сім'ях, (1–2 особи) частіше зустрічаються в кластерах з низьким рівнем медичної грамотності.

Матеріальне становище. Зв'язку між матеріальним становищем та рівнем медичної грамотності в даному дослідженні не виявлено. Так, більшість респондентів віднесли себе до осіб з середнім матеріальним становищем і вони представлені в кластерах з різним рівнем медичної грамотності, а також та невелика кількість осіб, які зазначили матеріальне становищем вище середнього, представлені, як у кластерах з високим рівнем медичної грамотності, так і низьким. Це свідчить про те, що економічний чинник сам по собі не є визначальним у формуванні медичної грамотності, але може впливати опосередковано — через доступ до ресурсів, освіту чи цифрову інфраструктуру.

Професійна зайнятість. Простежується така тенденція: працевлаштовані респонденти частіше потрапляють до кластерів з високим рівнем медичної грамотності. У кластерах з низьким рівнем частіше представлені особи, які досягли пенсійного віку, особи з інвалідністю, безробітні.

2.2. ЗДІЙСНЕННЯ КЛАСТЕРНОГО АНАЛІЗУ ОТРИМАНИХ ДАНИХ ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ ОПИТУВАННЯ ЗА HLQ

На основі даних про рівень медичної грамотності пацієнтів з АГ, отриманих за допомогою опитувальника HLQ, використовуючи програмне забезпечення SPSS, було проведено кластерний аналіз. Його метою було виявлення груп респондентів зі схожими патернами поведінки в контексті медич-

ної грамотності. Респонденти були згруповані у кластери відповідно до подібностей у відповідях за дев'ятьма шкалами опитувальника HLQ.

Кожен із кластерів репрезентує певну модель поведінки та характеризується специфічним рівнем медичної грамотності — від високого до низького.

У результаті автоматизованого процесу побудови кластерів за підходом Ophelia, у програмі SPSS було створено 11 кластерів для Львівської області та 14 кластерів для Хмельницької області. Подальший аналіз дозволив згрупувати їх за рівнем медичної грамотності на три категорії: високий, середній та низький рівень.

- До високого рівня медичної грамотності віднесено кластери з високими балами за більшістю шкал. Візуально такі кластери характеризуються переважанням яскраво-зеленого або світло-зеленого кольору в результатах оцінювання.
- Кластери середнього рівня включають як групи з помірними значеннями за всіма шкалами, так і змішані за структурою показників (вищі бали за одними шкалами та нижчі — за іншими). У таких кластерах переважає жовтий колір, однак можуть також траплятися зелені або червоні відтінки залежно від конкретної шкали.
- До кластерів з низьким рівнем медичної грамотності потрапили ті, де зафіксовано низькі або нижче середнього значення балів за основними шкалами. Для них характерне переважання червоного кольору, хоча подекуди можуть зустрічатися жовті або навіть зелені індикатори за окремими шкалами.

Результати кластерного аналізу демонструють варіативність рівня медичної грамотності серед населення Львівської та Хмельницької областей.

2.2.1.Кластерний аналіз за результатами опитування за HLQ у Львівській області

- **Кластери 1 і 2** мають високі бали HLQ, люди, які потрапили в цей кластер мають високий рівень медичної грамотності.
- **Кластери 3–6** мають середні або змішані бали HLQ, люди, в цих кластерах мають середній рівень медичної грамотності. По деяким шкалам респонденти продемонстрували низький рівень медичної грамотності, по іншим навпаки — високий.
- **Кластери 7–11** мають нижче середнього або низькі чи змішані бали HLQ. Люди, в цих кластерах переважно мають низький рівень медичної грамотності.

У Львівській області кластери з високим рівнем медичної грамотності охоплюють 44 особи (20,0%), із середнім — 106 (48,2%), а з низьким — 70 (31,8%). Це означає, що для більшості опитаних характерний саме середній рівень, тоді як високий мають лише близько п'ятої частини. У Львівській області чітко виокремилися респонденти з високим рівнем довіри до медичних працівників і гарною соціальною підтримкою, але зі слабким вмінням орієнтуватися в системі охорони здоров'я.

У кластерах із високою медичною грамотністю середні бали за більшістю шкал перевищують 3,5–4,0, особливо у взаємодії з медичними працівниками та здатності знаходити й розуміти інформацію. Це вказує на поєднання довіри до лікарів із достатнім рівнем самостійності у роботі з інформацією. У кластерах із середнім рівнем спостерігається нерівномірність: респонденти мають відносно високі результати (понад 3,5 бала) у пошуку й розумінні інформації, але значно нижчі — у здатності орієнтуватися в системі охорони здоров'я та активно піклуватися про власне здоров'я. Це свідчить, що базові інформаційні навички є, проте їх реалізація в діях може ускладнюватися низькою впевненістю або системними бар'єрами, такими як доступність послуг чи зрозумілість рекомендацій.

Кластери з низькою медичною грамотністю демонструють середні бали, переважно нижче 3,0, особливо у довірі до лікарів, наявності інформації та орієнтації в системі. Водночас у деяких кластерах цієї групи зберігається відносно високий рівень піклування про здоров'я, соціальної підтримки та вміння знаходити інформацію, що може частково компенсувати обмеження в інших сферах і знижувати загальні ризики низької медичної грамотності.

Таблиця 2.2.1.1. Структура медичної грамотності у одинадцяти кластерах відповідно до балів, отриманих у кожному кластері у Львівській області

№ кластера	Кількість осіб в кластері	% вибірки в кластері	Загальний «середній бал» (AVESCORE)	Шкали від 1 до 5 (діапазон балів від 1 до 4)					Шкали від 6 до 9 (діапазон балів від 1 до 5)			
				1. Відчуваю, що медичні працівники розуміють та підтримують мене	2. Маю достатньо інформації, щоб піклуватися про своє здоров'я	3. Активно піклуюся про своє здоров'я	4. Соціальна підтримка в питаннях здоров'я	5. Оцінка інформації про здоров'я	6. Здатність активно взаємодіяти з медичними працівниками	7. Здатність орієнтуватися в системі охорони здоров'я	8. Здатність знаходити належну інформацію про здоров'я	9. Здатність зрозуміти інформацію про здоров'я на достатньому рівні, щоб розуміти, що потрібно робити
1	6	2,7%	3,63	3,54	3,54	3,10	3,53	3,43	4,13	3,69	3,87	3,80
2	38	17,3%	3,51	3,09	2,97	2,97	3,11	3,04	4,12	3,93	4,05	4,03
3	33	15,0%	3,34	3,08	2,89	2,81	2,98	2,67	3,99	3,81	3,65	3,96
4	46	20,9%	3,29	3,00	2,96	2,91	2,89	2,97	3,83	3,32	3,88	3,73
5	20	9,1%	3,29	3,05	2,91	2,35	2,78	2,96	4,02	3,52	3,97	3,87
6	7	3,2%	3,28	3,82	3,07	2,66	3,14	2,83	3,71	3,10	3,51	3,80
7	28	12,7%	3,07	2,89	2,30	2,74	2,86	2,91	3,58	3,01	3,59	3,56
8	19	8,7%	2,91	2,96	2,37	2,41	2,96	2,66	3,65	2,89	2,98	3,21
9	6	2,7%	2,86	2,08	2,25	2,37	2,77	2,83	3,37	2,72	3,60	3,50
10	6	2,7%	2,69	2,13	2,33	2,93	2,73	2,93	2,70	2,36	2,87	3,07
11	11	5,0%	2,60	2,50	2,07	2,35	2,47	2,42	2,89	2,42	2,96	3,18

Таблиця 2.2.1.2. Аналіз структури медичної грамотності у одинадцяти кластерах відповідно до балів, отриманих у кожному кластері у Львівській області

КЛАСТЕР	АНАЛІЗ
Кластер №1	Люди в цьому кластері мають добрі стосунки з надавачами медичних послуг (шкали 1, 6), отримують хорошу соціальну підтримку (шкала 4) та мають гарний доступ і розуміння інформації щодо здоров'я (шкали 2, 5, 8, 9). Вони непогано орієнтуються в системі охорони здоров'я (шкала 7) і намагаються активно піклуватися про своє здоров'я (шкала 3).
Кластер №2	Люди в цьому кластері загалом мають добрі стосунки зі своїми надавачами медичних послуг, а також відчувають підтримку медичної спільноти і свого оточення (шкали 1, 4, 6). Вони без проблем знаходять і розуміють інформацію про здоров'я (шкали 8, 9). Вони зазвичай добре орієнтуються в системі охорони здоров'я і оцінюють інформацію про здоров'я (шкали 5, 7). Люди в цьому кластері мають достатньо інформації, щоб піклуватися про своє здоров'я і роблять це (шкали 2, 3).

КЛАСТЕР	АНАЛІЗ
Кластер №3	Люди в цьому кластері зазвичай не мають проблем в комунікації з медичними працівниками і відчувають їх підтримку (шкали 1, 6), а також увагу свого соціального оточення (шкала 4). Вони добре орієнтуються в системі охорони здоров'я і розуміють інформацію про здоров'я (шкали 7, 9). Інколи у них можуть виникати складнощі в пошуку потрібної інформації про здоров'я (шкала 8), відтак вони часом відчувають брак потрібної інформації і їм часто буває складно її оцінити (шкали 2, 5). У людей в цьому кластері часто виникають складнощі з піклуванням про своє здоров'я (шкала 3).
Кластер №4	Люди в цьому кластері, як правило, легко комунікують з медичними працівниками (шкала 6), але не завжди відчувають належну підтримку з їх боку (шкала 1), так само як і від свого соціального оточення (шкала 4). Зазвичай вони вміють знаходити потрібну інформацію про здоров'я (шкала 8), можуть її зрозуміти, коректно оцінити та рідко відчувають брак потрібної інформації (шкали 2, 5, 9). Загалом вони намагаються слідкувати за своїм здоров'ям (шкала 3), але мають обмежене розуміння наявних ресурсів охорони здоров'я (шкала 7).
Кластер №5	Люди в цьому кластері легко знаходять спільну мову з надавачами медичних послуг і загалом відчувають їх підтримку (шкали 1, 6). Вони легко знаходять інформацію про здоров'я, добре її розуміють і оцінюють (шкали 5, 8, 9). Водночас у них інколи виникають складнощі з пошуком потрібного лікаря чи медичного закладу (шкала 7), відтак у них іноді виникає дефіцит потрібної інформації, щоб піклуватися про своє здоров'я (шкала 2). Вони не завжди відчувають підтримку з боку соціального оточення (шкала 4) і мають труднощі з активним піклування про своє здоров'я (шкала 3).
Кластер №6	Люди в цьому кластері мають гарні, довірливі відносини з медичними працівниками (шкала 1) та відчувають підтримку свого соціального оточення (шкала 4). Вони загалом добре розуміють інформацію про здоров'я і не відчувають її дефіциту (шкали 2, 9). Однак їм не завжди буває легко знайти потрібну інформацію про здоров'я і правильно її оцінити (шкали 5, 8). З деякими медичними працівниками їм буває складно комунікувати (шкала 6). У них часто виникають складнощі щодо розуміння наявних ресурсів охорони здоров'я (шкала 7) і їм важко піклуватися про своє здоров'я (шкала 3).
Кластер №7	Люди в цьому кластері здатні знаходити, розуміти і оцінювати інформацію про здоров'я, але іноді з цим виникають складнощі (шкали 5, 8, 9). Їм не завжди легко взаємодіями і встановлювати довірливі відносини з медичними працівниками (шкали 1, 6), а також вони іноді відчувають брак підтримки від свого оточення (шкала 4). Їм часто буває важко зрозуміти, куди звернутися або що робити для отримання медичної допомоги (шкала 7), тому вони часто відчувають дефіцит інформації, необхідної для підтримки свого здоров'я (шкала 2) і вони часто не піклуються про своє здоров'я належним чином (шкала 3).
Кластер №8	Людям цього кластеру у більшості випадків важко знайти постійного надавача медичних послуг, який, на їхню думку, є достатньо ефективний, вони мають пасивну взаємодію з медичними працівниками (шкали 1, 6), водночас більше підтримки отримують від свого соціального оточення у питаннях зд ыоров'я (шкала 4). У них часто виникають складнощі з розумінням і оцінкою інформації про здоров'я (шкали 5, 9). Вони не знають де знайти якісну інформацію, відтак відчувають її дефіцит (шкали 2, 8). Вони складно орієнтуються у системі охорони здоров'я і їм дуже важко піклуватися про своє здоров'я (шкали 3, 7).
Кластер №9	Люди в цьому кластері загалом можуть знайти, зрозуміти і коректно оцінити інформацію про здоров'я, хоча з цим іноді виникають складнощі (шкали 5, 8, 9). Їм дуже важко встановлювати довірливі відносини з надавачами послуг і комунікувати питання здоров'я (шкали 1, 6), за необхідності вони отримують підтримку від свого соціального оточення, але не достатньою мірою (шкала 4). Їм дуже важко орієнтуватися у системі охорони здоров'я (шкала 7), відтак вони часто відчувають, що їм не вистачає потрібної інформації (шкала 2), щоб піклуватися про своє здоров'я (шкала 3).
Кластер №10	Люди в цьому кластері намагаються активно піклуватися про своє здоров'я і критично оцінювати інформацію про здоров'я (шкали 3, 5). Водночас їм дуже часто буває важко знаходити таку інформацію і розуміти її, вони відчувають брак потрібної інформації, щоб піклуватися про себе (шкали 2, 8, 9). Дуже часто у них виникають складнощі в пошуку потрібного лікаря, медичного закладу або потрібної медичної послуги (шкала 7). Їм також складно комунікувати питання про своє здоров'я з медичними працівниками і знайти лікаря, якому вони будуть довіряти (шкали 1, 6). Вони також не завжди отримують бажану підтримку свого соціального оточення у питаннях здоров'я (шкала 4).

КЛАСТЕР	АНАЛІЗ
Кластер №11	Люди в цьому кластері відчувають, що мають недостатньо інформації, щоб піклуватися про своє здоров'я (шкала 2), їм також важко знаходити, розуміти і оцінювати таку інформацію (шкали 5, 8, 9). Їм важко орієнтуватися в системі охорони здоров'я (шкала 7), а також знайти лікаря, якому вони будуть довіряти і відверто обговорювати питання свого здоров'я (шкали 1, 6). У них є складнощі з тим, щоб піклуватися про своє здоров'я (шкала 3) і часто вони не відчувають необхідної підтримки від близьких (шкала 4).

2.2.2.Кластерний аналіз за результатами опитування HLQ у Хмельницькій області

- **Кластери 1 і 2** мають високі бали HLQ, люди, які потрапили в цей кластер мають високий рівень медичної грамотності.
- **Кластери 3–10** мають середні або змішані бали HLQ, люди, в цих кластерах мають середній рівень медичної грамотності. По деяким шкалам вони продемонстрували низький рівень медичної грамотності, по іншим навпаки — високий.
- **Кластери 11–14** мають нижче середнього або низькі змішані бали HLQ. Люди, в цих кластерах переважно мають низький рівень медичної грамотності.

У Хмельницькій області кластери з високим рівнем медичної грамотності об'єднують лише 19 осіб (8,6%), тоді як основна частка респондентів (164 особи, 74,6%) має середній рівень, а ще 37 осіб (16,8%) — низький. Такий розподіл свідчить про домінування середньої медичної грамотності серед опитаних.

У Хмельницькій області частіше траплялись респонденти які покладаються на самостійну оцінку, але уникають активної взаємодії з системою.

У кластерах із високим рівнем середні бали за багатьма шкалами сягають майже найвищих балів, зокрема у здатності взаємодіяти та довіряти лікарям, знаходити й розуміти інформацію, а також у соціальній підтримці. Це вказує на добре сформовані комплексні навички орієнтації в системі охорони здоров'я. Для кластерів із середнім рівнем характерна різнорідність балів, які за різними шкалами коливаються від високих до низьких значень і не завжди прямо залежать від рівня. Це може свідчити про те, що частина респондентів, навіть маючи довіру до лікарів, соціальну підтримку та доступ до інформації, не вміє у повній мірі критично її оцінювати чи застосовувати, що вказує на розрив між знаннями та практичними навичками.

Кластери з низьким рівнем продемонстрували середні значення близько 3,0 або нижче, особливо у сферах наявності інформації та здатності орієнтації в системі охорони здоров'я. Це обмежує їхню здатність до самостійного прийняття рішень і робить більш вразливими у взаємодії з медичною системою. Водночас навіть у цій групі в окремих кластерах зберігається досить високий рівень довіри до лікарів та соціальної підтримки, що може частково компенсувати нестачу знань і виступати захисним фактором.

Таблиця 2.2.2.1. Структура медичної грамотності у чотирнадцяти кластерах відповідно до балів, отриманих у кожному кластері у Хмельницькій області

№ кластера	Кількість осіб в кластері	% вибірки в кластері	Загальний «середній бал» (AVESCORE)	Шкали від 1 до 5 (діапазон балів від 1 до 4)					Шкали від 6 до 9 (діапазон балів від 1 до 5)			
				1. Відчуваю, що медичні працівники розуміють та підтримують мене	2. Маю достатньо інформації, щоб піклуватися про своє здоров'я	3. Активно піклуюся про своє здоров'я	4. Соціальна підтримка в питаннях здоров'я	5. Оцінка інформації про здоров'я	6. Здатність активно взаємодіяти з медичними працівниками	7. Здатність орієнтуватися в системі охорони здоров'я	8. Здатність знаходити належну інформацію про здоров'я	9. Здатність зрозуміти інформацію про здоров'я на достатньому рівні, щоб розуміти, що потрібно робити
1	7	3,2%	4,28	3,89	3,89	3,26	3,91	3,89	4,97	4,69	4,97	4,77
2	12	5,4%	3,95	3,88	3,31	3,22	3,62	3,17	4,63	4,28	4,55	4,65
3	1	0,4%	3,68	3,00	4,00	2,20	2,20	2,20	5,00	5,00	5,00	4,20
4	12	5,4%	3,65	3,19	3,04	2,97	3,35	2,95	4,25	4,06	4,35	4,37
5	40	18,2%	3,61	3,64	3,07	2,85	3,69	3,13	4,11	3,78	4,10	4,01
6	51	23,2%	3,44	3,04	2,92	2,99	3,16	3,00	3,92	3,83	4,00	3,87
7	14	6,4%	3,44	3,25	2,20	2,86	3,53	2,96	4,09	3,80	3,87	4,03
8	18	8,2%	3,43	3,10	2,94	2,52	3,27	2,92	3,99	3,89	4,00	3,96
9	14	6,4%	3,37	3,50	2,93	2,97	3,09	2,71	4,13	3,62	3,37	3,87
10	14	6,4%	3,31	3,57	2,88	2,56	2,84	2,87	3,74	3,46	4,04	3,74
11	15	6,8%	3,24	3,20	2,23	2,39	3,08	2,81	3,89	3,70	3,80	3,77
12	7	3,2%	3,08	3,07	2,64	2,77	3,26	3,03	3,20	2,93	3,31	3,46
13	7	3,2%	3,07	2,75	2,11	2,83	2,71	2,49	3,77	3,40	3,66	3,60
14	8	3,6%	3,04	3,38	2,16	2,43	3,10	2,33	3,90	3,33	3,10	3,48

Таблиця 2.2.2.2. Аналіз структури медичної грамотності у чотирнадцяти кластерах відповідно до балів, отриманих у кожному кластері у Хмельницькій області

КЛАСТЕР	АНАЛІЗ
Кластер №1	Люди в цьому кластері відкриті до комунікації, мають добрі стосунки з надавачами медичних послуг (шкали 1 і 6) і отримують хорошу соціальну підтримку (шкала 4). Вони добре орієнтуються в системі охорони здоров'я (шкала 7), а також легко знаходять, розуміють і оцінюють інформацію, яка їм потрібна для підтримки свого здоров'я (шкали 2, 5, 8, 9). Вони зазвичай активно слідкують за своїм здоров'ям (шкала 3).

КЛАСТЕР	АНАЛІЗ
Кластер №2	Люди в цьому кластері мають добрі стосунки зі своїми надавачами медичних послуг (шкали 1 і 6) та дуже гарну соціальну підтримку (шкала 4). Вони зазвичай легко можуть знайти і зрозуміти потрібну інформацію (шкали 8, 9) і орієнтуються куди звернутися або що робити для отримання медичної допомоги (шкала 7). Також вони зазвичай володіють усією потрібною інформацією про здоров'я (шкала 2) та намагаються критично підходити до її оцінки (шкала 5). Люди в цьому кластері прагнуть активно піклуватися про своє здоров'я (шкала 3).
Кластер №3	Люди в цьому кластері дуже добре орієнтуються в інформаційному просторі про здоров'я, легко знаходять та розуміють інформацію (шкали 2, 8, 9). У них не виникає ніяких складнощів у спілкуванні з медичними працівниками (шкала 6), водночас їм досить складно знайти лікаря, якому вони можуть довіряти (шкала 1). У людей з цього кластера зазвичай є труднощі з піклуванням про своє здоров'я (шкала 3), соціальною підтримкою (шкала 4) та оцінкою інформації про здоров'я (шкала 5).
Кластер №4	Люди в цьому кластері легко знаходять і розуміють інформацію про здоров'я (шкали 8, 9). Вони також активно взаємодіють з медичною спільнотою та мають гарну соціальну підтримку (шкали 4, 6). Загалом вони добре орієнтуються в системі охорони здоров'я шкала 7), але інколи вони відчувають дефіцит необхідної інформації та складнощі в її оцінці (шкали 2, 5). Їм буває важко встановлювати довірливі відносини і знайти собі лікаря, який би добре знав їх медичну історію (шкала 1). Також їм буває важко активно піклуватися про своє здоров'я (шкала 3).
Кластер №5	Люди в цьому кластері зазвичай звертаються до постійного надавача медичних послуг, який, на їхню думку, достатньо ефективний (шкала 1), трошки важче їм буває спілкуватися з лікарями вузьких спеціалізацій (шкала 6). Вони мають гарну соціальну підтримку (шкала 4). Як правило у них не виникає складнощів з пошуком, розумінням і оцінкою інформації про здоров'я (шкали 5, 8, 9), хоча інколи у них є відчуття, що вони мають недостатньо інформації (шкала 2). Часто у них виникають складнощі з пошуком потрібного лікаря чи медичної послуги (шкала 7), і їм буває складно піклуватися про своє здоров'я (шкала 3).
Кластер №6	Люди в цьому кластері загалом мають гарну соціальну підтримку (шкала 4) і добре вміють знаходити потрібну інформацію (шкала 8). У них інколи виникають складнощі щодо розуміння наявних ресурсів охорони здоров'я (шкала 7), їм буває складно зрозуміти та оцінити інформацію про здоров'я (шкали 5, 9), через це інколи вони можуть відчувати дефіцит необхідної інформації (шкала 2). Часто їм важко знайти постійного надавача медичних послуг, який, на їхню думку, достатньо ефективний (шкала 1) і у них виникають складнощі комунікації з медичними працівниками (шакала 6). Також їм буває важко активно піклуватися про своє здоров'я (шкала 3).
Кластер №7	Люди в цьому кластері мають гарну соціальну підтримку (шкала 4) та непогано розуміють інформацію про здоров'я (шкала 9). У них рідко виникають складнощі у спілкуванні та встановленні довірливих відносин з медичними працівниками (шкали 1, 6). Водночас вони не завжди знають куди і до кого звернутися, щоб отримати медичну допомогу (шкала 7), а також не завжди можуть знайти і коректно оцінити інформацію про здоров'я (шкали 5, 8), тому дуже часто вони відчувають, що їм не вистачає інформації для належного піклування про своє здоров'я (шкала 2). Їм буває важко активно піклуватися про своє здоров'я (шкала 3).
Кластер №8	Люди в цьому кластері загалом мають гарну соціальну підтримку (шкала 4) і добре вміють знаходити потрібну інформацію (шкала 8). У них інколи виникають складнощі щодо розуміння наявних ресурсів охорони здоров'я (шкала 7), їм буває складно зрозуміти та оцінити інформацію про здоров'я (шкали 5, 9), через це інколи вони можуть відчувати дефіцит необхідної інформації (шкала 2). Часто їм важко знайти постійного надавача медичних послуг, який, на їхню думку, достатньо ефективний (шкала 1) і у них виникають складнощі в комунікації з медичними працівниками (шакала 6). Також у них виникають складнощі з піклуванням про своє здоров'я (шкала 3).
Кластер №9	Люди в цьому кластері зазвичай відкриті до комунікації. У них довірливі стосунки з медичною спільнотою, з якою їм легко встановлювати контакт (шкали 1, 6), вони також мають гарну соціальну підтримку (шкала 4). Водночас інколи вони відчувають , що їм не вистачає інформації, щоб піклуватися про здоров'я і їм буває складно підтримувати своє здоров'я (шкали 2, 3). Вони не завжди знають куди і до кого звернутися, щоб отримати медичну допомогу (шкала 7), часто у них виникають складнощі з пошуком, розумінням і оцінкою інформації (шкали 5, 8, 9).
Кластер №10	Люди в цьому кластері зазвичай мають довірливі стосунки з медичними працівниками (шкала 1), але з окремими лікарями буває складно встановити контакт (шкала 6), вони також без проблем можуть знайти потрібну їм інформацію про здоров'я (шкала 8). Водночас часто вони відчувають, що цієї інформації їм недостатньо (шкала 2), їм буває складно її оцінити і зрозуміти (шкали 5, 9). Часто у них виникають складнощі навігації в системі охорони здоров'я (шкала 7) і їм важко піклуватися про своє здоров'я (шкала 3). Вони також не завжди отримують бажану соціальну підтримку (шкала 4).

КЛАСТЕР	АНАЛІЗ
Кластер №11	Люди в цьому кластері загалом мають непогану соціальну підтримку (шкала 4), але їм не завжди легко комунікувати і бути відвертими з медичними працівниками (шкали 1, 6). Їм буває складно орієнтуватися в системі охорони здоров'я, а також знайти, зрозуміти і правильно оцінити інформацію про здоров'я (шкали 5, 7, 8, 9). Вони часто відчувають, що володіють недостатнім обсягом інформації для належного піклування про своє здоров'я, відтак з останнім виникають складнощі (шкали 2, 3).
Кластер №12	Люди в цьому кластері мають добру соціальну підтримку (шкала 4) і часто намагаються критично оцінювати і перевіряти інформацію про здоров'я (шкала 5), водночас їм складно комунікувати і встановлювати довірливі відносини з медичною спільнотою (шкали 1, 6). Їм складно орієнтуватися в системі охорони здоров'я (шкала 7), часто вони не можуть знайти і зрозуміти інформацію про здоров'я (шкали 8, 9), відтак відчувають, що її недостатньо для того, щоб піклуватися про себе (шкали 2, 3).
Кластер №13	Люди в цьому кластері намагаються активно піклуватися про своє здоров'я, але часто з цим виникають складнощі (шкала 4). Їм часто буває важко знайти і зрозуміти інформацію про здоров'я (шкали 8, 9). Їм складно знайти потрібного лікаря, медичний заклад або медичну послугу (шкала 7), а також у них є складнощі з наявністю і оцінкою інформації про здоров'я (шкали 2, 5). Часто вони не відчувають підтримки і розуміння з боку медичних працівників, їм складно з ними комунікувати (шкали 1, 6), а також їм не вистачає підтримки з боку соціального оточення (шкала 3).
Кластер №14	Люди в цьому кластері зазвичай мають довірливі стосунки з медичними працівниками (шкала 1), а також добру підтримку соціального оточення (шкала 4), однак інколи виникають складнощі у комунікації з окремими лікарями (шкала 6). Їм часто буває складно орієнтуватися в системі охорони здоров'я, а також знайти, зрозуміти і правильно оцінити інформацію про здоров'я (шкали 5, 7, 8, 9). Вони часто відчувають, що володіють недостатнім обсягом інформації для належного піклування про своє здоров'я, відтак з останнім виникають складнощі (шкали 2, 3).

2.3. ПРОВЕДЕННЯ ГЛИБИННИХ ІНТЕРВ'Ю З РЕСПОНДЕНТАМИ, ЯКІ ПРОЙШЛИ ОПИТУВАННЯ ЗА HLQ

Після створення кластерів з кожного кластера було відібрано від 1 до 3 респондентів, з якими провели глибинні інтерв'ю щодо досвіду їх взаємодії з медичними послугами. Загалом проведено 44 глибинні інтерв'ю, по 22 в кожній області (25 жінок, 19 чоловіків). Проведені інтерв'ю дали змогу глибше зрозуміти, як люди сприймають і використовують знання про здоров'я у повсякденному житті, зокрема в контексті взаємодії з медичною системою, пошуку та оцінки інформації, а також прийняття рішень щодо власного здоров'я. Було зібрано низку показових кейсів, які ілюструють індивідуальні обставини або характеристики, що мають значення для загального розуміння медичної грамотності населення. Всі кейси були деперсоналізовані: імена, контексти або інші ідентифікаційні дані змінені чи узагальнені відповідно до етичних стандартів дослідження.

2.4.СТВОРЕННЯ КОРОТКИХ ОПИСОВИХ ІСТОРІЙ ПРО ТИПОВИХ ПРЕДСТАВНИКІВ ГРУПИ ЛЮДЕЙ У ГРОМАДІ ЗА HLQ ПРОФІЛЯМИ

Після того як були проведені всі глибинні інтерв'ю, для кожного регіону було відібрано п'ять ключових кластерів, які найповніше відображають різноманіття потреб, поведінкових особливостей та рівнів медичної грамотності серед типових представників місцевих громад — від високого до низького рівня. Обрана кількість кластерів відповідає рекомендаціям розробників інструменту Ophelia та є оптимальною для подальшого опрацювання під час воркшопів і спільної розробки ідей щодо підвищення рівня медичної грамотності. Відповідно, інші кластери, які не були включені до фінального переліку, не використовувалися у подальшій роботі та аналізі. На основі кількісних результатів опитування за шкалами HLQ, а також додаткових якісних даних, зібраних під час глибинних інтерв'ю,

були сформовані описові історії для кожного з обраних кластерів. Персонажі цих історій є умовними, однак вони побудовані на основі узагальнених характеристик реальних респондентів, які потрапили до відповідних кластерів. Представлення науково обґрунтованих, але гіпотетичних випадків поряд із таблицею, яка описує кластери допомогла учасникам воркшопів наочно уявити профілі цільових груп.

2.4.1. Короткі описові історії для кластерів Львівської області

ІСТОРІЯ №1, КЛАСТЕР 1, СЕРГІЙ, 47 років

1. Відчуваю, що медичні працівники розуміють та підтримують мене	2. Маю достатньо інформації, щоб піклуватися про своє здоров'я	3. Активно піклуюся про своє здоров'я	4. Соціальна підтримка в питаннях здоров'я	5. Оцінка інформації про здоров'я	6. Здатність активно взаємодіяти з медичними працівниками	7. Здатність орієнтуватися в системі охорони здоров'я	8. Здатність знаходити належну інформацію про здоров'я	9. Здатність зрозуміти інформацію про здоров'я на достатньому рівні, щоб розуміти, що потрібно робити
3,54	3,54	3,10	3,53	3,43	4,13	3,69	3,87	3,80

Сергій — 47-річний чоловік. Працює репетитором з англійської мови у Чернівцях, де проживає разом з дружиною, сином та матір'ю. Добрий та чуйний чоловік, він завжди готовий допомогти сусідам і намагається піклуватися про себе. 5 років тому Сергію діагностували артеріальну гіпертензію, після чого він став уважніше ставитись до здоров'я: пройшов навчання щодо самоконтролю АТ, регулярно приймає гіпотензивні препарати, більше приділяє уваги здоровому харчуванню та більше ходить пішки. Бувають ситуації, коли Сергій перестає регулярно приймати ліки та забуває вести щоденник артеріального тиску. Частенько може випити каву та закурити цигарку (HLQ 3). Останнім часом дружина Сергія, з метою профілактики артеріальної гіпертензії, почала вживати настоянку на основі меду, лимону та часнику. Тепер зранку вони разом її вживають.

Нещодавно у Сергія погіршилось самопочуття на роботі, піднявся високий артеріальний тиск. Сергій пропустив декілька прийомів ліків. Колеги викликали швидку допомогу, медики допомогли знизити артеріальний тиск. Ввечері йому зателефонувала донька Ірина, яка живе за кордоном останні 5 років, вона турбується про батька і наполегливо просила його бути уважнішим, не пропускати прийому ліків та уважно ставитись до свого самопочуття (HLQ 4). Після випадку на роботі Сергій знову багато читав в інтернеті про своє захворювання (HLQ 2,5,8,9), записався до свого сімейного лікаря Ігоря Олексійовича, з яким має добрі стосунки вже більше 20 років і якому часто телефонує порадитися не лише про власне здоров'я, а й про стан здоров'я своєї матері Вікторії (HLQ 1,6). На прийомі лікар призначив Сергію додаткові обстеження, щоб переконатися, що все гаразд. Сергій не зволікав з обстеженнями, але був не впевнений де саме краще здати аналізи за доступною вартістю, тому зателефонував за порадою до своєї сестри Анни, яка працює фармацевтом (HLQ 7). Сергій завжди відчуває підтримку і турботу рідних у складні моменти життя.

ІСТОРІЯ №2, КЛАСТЕР 3, ТАМАРА, 51 рік

1. Відчуваю, що медичні працівники розуміють та підтримують мене	2. Маю достатньо інформації, щоб піклуватися про своє здоров'я	3. Активно піклуюся про своє здоров'я	4. Соціальна підтримка в питаннях здоров'я	5. Оцінка інформації про здоров'я	6. Здатність активно взаємодіяти з медичними працівниками	7. Здатність орієнтуватися в системі охорони здоров'я	8. Здатність знаходити належну інформацію про здоров'я	9. Здатність зрозуміти інформацію про здоров'я на достатньому рівні, щоб розуміти, що потрібно робити
3,08	2,89	2,81	2,98	2,67	3,99	3,81	3,65	3,96

Тамара — 51-річна жінка, мешкає з чоловіком та донькою у передмісті Чернігова. У молодості Тамара брала участь в місцевій самодіяльності, а зараз працює в банку.

Тамара не любить розповідати про стан свого здоров'я друзям чи стороннім, але чоловік, донька і особливо брат Андрій тримають руку на пульсі стосовно її здоров'я. Брат нещодавно насварив її, оскільки вона досі не записалася до ендокринолога для контролю цукрового діабету, яким хворіє (HLQ 4).

Три роки тому Тамарі діагностували артеріальну гіпертензію, яка також внесла корективи в її життя. Зазвичай вона регулярно приймає необхідні ліки для контролю захворювань, однак трапляються випадки, коли вона відчуває підвищення рівня цукру або артеріального тиску. У таких ситуація вона самостійно підвищує дозування препаратів (HLQ 2).

Нещодавно болі в шлунку змусили Тамару почати шукати інформацію в інтернеті, вона знайшла багато інформації про можливі причини болю (HLQ 8), але жінка не може зрозуміти що саме більше підходить під її ситуацію, тому припустила, що у неї декілька захворювань (HLQ 5). Тамару непокоїть погіршення самопочуття та тривожить прочитана інформація і вона усвідомлює необхідність консультації з лікарем (HLQ 9). Замість звертатися до сімейного лікаря (HLQ 1), Тамара вирішила одразу зателефонувати знайомому гастроентерологу та домовилася про візит (HLQ 6). Лікар призначив обстеження і виписав направлення на ЗОНД (фіброгастродуоденоскопію).

Тамара знає, де можна пройти всі необхідні аналізи (HLQ 7), але через щільний графік роботи постійно відкладає їх (HLQ 3). Зрештою, донька, стурбована станом мами, самостійно організувала її запис на обстеження.

ІСТОРІЯ №3, КЛАСТЕР 5, АННА, 47 років

1. Відчуваю, що медичні працівники розуміють та підтримують мене	2. Маю достатньо інформації, щоб піклуватися про своє здоров'я	3. Активно піклуюся про своє здоров'я	4. Соціальна підтримка в питаннях здоров'я	5. Оцінка інформації про здоров'я	6. Здатність активно взаємодіяти з медичними працівниками	7. Здатність орієнтуватися в системі охорони здоров'я	8. Здатність знаходити належну інформацію про здоров'я	9. Здатність зрозуміти інформацію про здоров'я на достатньому рівні, щоб розуміти, що потрібно робити
3,05	2,91	2,35	2,78	2,96	4,02	3,52	3,97	3,87

Анна, 47-річна жінка, через повномасштабне вторгнення змушена була переїхати зі сходу України до м. Боярка, що під Києвом, разом із чоловіком та старенькою бабусею.

Влаштувавшись помічницею кухаря в місцевому кафе, Анна багато працює, аби разом з чоловіком забезпечувати потреби родини і догляд за бабусею. Останнім часом з фінансами стало складніше, коли донька, яка раніше підтримувала родину, втратила роботу, а оренда житла та інші витрати тільки ростуть. Після переїзду вони стали частіше сваритися з чоловіком і Анна почуває себе одинокою та розгубленою (HLQ 4).

10 років тому Анні був встановлений діагноз артеріальна гіпертензія. Жінка зазвичай комунікабельна з усіма лікарями і не боїться відвідувати різних спеціалістів, щоб знайти саме того, з ким буде себе почувати комфортно і відкрито (HLQ 6), тому в Боярці жінка довго шукала сімейного лікаря, якому могла б довірити подальше лікування артеріальної гіпертензії (HLQ 1). На одному з прийомів Анна, окрім скарг на підвищений АТ, поскаржилась на безсоння. Після чого лікар виписав їй ліки та направив до невропатолога.

Анна довго шукала хорошого невропатолога в інтернеті, адже в новому місті ще не обросла корисними знайомствами. Колись, у рідному Лисичанську, вона завжди знала куди і до кого звернутись або могла запитати поради у будь-кого, а зараз доводиться покладатися на відгуки незнайомців (HLQ 7). Їй вдалося записатися на прийом через два тижні. Вечорами, готуючи вечерю для сім'ї, Анна не раз висловлювала своє невдоволення новою медичною реформою, нарікаючи на довге очікування запису до лікарів.

На прийомі невропатолог виписав Анні ліки від безсоння, але призначив ще додаткові обстеження. Жінка хвилювалася, що часті візити до лікарів і пов'язані з цим відгули можуть викликати невдоволення з боку керівництва на роботі, тому відклала подальші обстеження (HLQ 3). Зараз Анна сама шукає інформацію в інтернеті про безсоння та артеріальну гіпертензію (HLQ 8, 9) і намагається підібрати ліки від безсоння самостійно (HLQ 2, 5).

ІСТОРІЯ №4, КЛАСТЕР 8, АННА, 52 роки

1. Відчуваю, що медичні працівники розуміють та підтримують мене	2. Маю достатньо інформації, щоб піклуватися про своє здоров'я	3. Активно піклуюся про своє здоров'я	4. Соціальна підтримка в питаннях здоров'я	5. Оцінка інформації про здоров'я	6. Здатність активно взаємодіяти з медичними працівниками	7. Здатність орієнтуватися в системі охорони здоров'я	8. Здатність знаходити належну інформацію про здоров'я	9. Здатність зрозуміти інформацію про здоров'я на достатньому рівні, щоб розуміти, що потрібно робити
2,96	2,37	2,41	2,96	2,66	3,65	2,89	2,98	3,21

Людмила — 52-річна жінка, полтавчанка, працює продавцем-консультантом у місцевому квітковому магазині. Артеріальну гіпертензію їй діагностували у віці 35 років. Спочатку лікування АГ не було пріоритетом для Людмили, але коли зайва вага та тиск дали про себе знати, Людмила зрозуміла: здоровий спосіб життя — не примха, а необхідність.

Деякий час вона намагалась дотримуватись порад лікарів: здорова їжа, піші прогулянки, ранкова гімнастика. Чоловік намагався підтримувати жінку, хоча й не завжди розумів, навіщо так строго обмежувати себе в улюблених стравах чи вставати на гімнастику щоранку, коли можна довше поспати (HLQ 4). Подружжя навіть придбало дачу у передмісті біля соснового лісу, де Людмила вирощувала овочі.

Два роки тому, після збирання грибів у лісі з чоловіком, Людмила помітила кліща на молочній залозі. Після звернення до лікаря у жінки виявили низький гемоглобін та підвищений рівень лейкоцитів, через що лікар призначив додаткові обстеження. Людмилі довелося проходити велику кількість діагностичних процедур. Постійні пошуки лікарень, лабораторій та кваліфікованих фахівців виснажували жінку, яка зіштовхнулася з цим вперше (HLQ 7). Згодом діагноз пролунав, як грім серед ясного неба — рак молочної залози. Почалося тривале та виснажливе лікування. На одному з прийомів сімейний лікар сказав Людмилі, що її випадок не є єдиним і схожі діагнози зустрічаються досить часто. Людмила, однак, відчула розгубленість, адже їй не вистачило індивідуального підходу та конкретних роз'яснень, а констатація «схожості» її стану з іншими не додала впевненості (HLQ 1, 6).

Чоловік Василь, як завжди, був поруч. Він підтримував дружину з першого дня і допомагав у всьому. Хоча хіміотерапія й дала позитивний результат, Людмила відчуває себе виснаженою. Сил майже не залишилось, зокрема й на контроль артеріальної гіпертензії, з якою вона живе (HLQ 3). Зараз Людмилі не вистачає інформації про те як далі підтримувати своє здоров'я, щоб уникнути ускладнень артеріальної гіпертензії та уникнути рецидиву раку. Звертатись до медичних закладів після інтенсивного лікування вона поки що не хоче, тому шукає інформацію в інтернеті самостійно, але всі її пошуки не дають потрібного результату (HLQ 2, 5, 8, 9).

ІСТОРІЯ №4, КЛАСТЕР 8, АННА, 52 роки

1. Відчуваю, що медичні працівники розуміють та підтримують мене	2. Маю достатньо інформації, щоб піклуватися про своє здоров'я	3. Активно піклуюся про своє здоров'я	4. Соціальна підтримка в питаннях здоров'я	5. Оцінка інформації про здоров'я	6. Здатність активно взаємодіяти з медичними працівниками	7. Здатність орієнтуватися в системі охорони здоров'я	8. Здатність знаходити належну інформацію про здоров'я	9. Здатність зрозуміти інформацію про здоров'я на достатньому рівні, щоб розуміти, що потрібно робити
2,50	2,07	2,35	2,47	2,42	2,89	2,42	2,96	3,18

Дмитро, 53-річний чоловік із Жашкова, що на Черкащині, за кермом маршрутки проводить левову частку свого життя.

До цього року про здоров'я він майже не думав, вважаючи звернення до лікарів крайньою мірою, до якої вдавався лише за потреби оперативного втручання (HLQ 3). Цьогоріч, на дні народження

товариша, йому раптово стало зле: він відчув запаморочення, прискорене серцебиття, вимірювання артеріального тиску показало 150 на 100 мм рт.ст. Пов'язавши ці симптоми із кількістю вжитого алкоголю, Дмитро спочатку не звернув на це уваги, але зрозумівши, що його стан лише погіршується, друзі викликали «швидку». Повернувшись додому, Дмитро попросив дружину записати його на прийом до сімейного лікаря, бо він погано орієнтувався в електронних записах та нових правилах (HLQ 7).

Час, проведений у лікарняних коридорах, додавав йому лише роздратування. Згодом лікарі озвучили діагноз — артеріальна гіпертензія. Дмитро почав шукати інформацію в інтернеті, але натрапив лише на статті про інсульти та інфаркти, які його налякали. Він тут же приписав собі всі симптоми (HLQ 5, 8, 9) і почав надсилати доньці посилання, мовляв, що це чекає і на нього. Донька лише відмахнулася і порадила батькові не читати маячню, а піти до лікаря, який краще прокоментує усю знайдену інформацію (HLQ 4).

На прийомі у сімейного лікаря, Дмитро почувався невпевнено. Купа незрозумілих термінів, якими лікарка описувала його діагноз і подальше лікування. Перепитати Дмитро не наважився, бо як він сам любить казати «все одно нічого не розумію в цій медицині» (HLQ 1, 6) та і не хотів витрачати час лікаря на уточнюючі питання. Тож мовчки купив усі прописані ліки, але приймає їх нерегулярно. Змінювати спосіб життя — для чоловіка це завдання з зірочкою. Фізична активність з його сидячою роботою не надто поєднується, а відмовитися від таких страв, як смажена картопля з салом, дуже важко (HLQ 2).

2.4.2. Короткі описові історії для кластерів Хмельницької області

ІСТОРІЯ №1, КЛАСТЕР 1, ВІКТОР, 51 рік

1. Відчуваю, що медичні працівники розуміють та підтримують мене	2. Маю достатньо інформації, щоб піклуватися про своє здоров'я	3. Активно піклуюся про своє здоров'я	4. Соціальна підтримка в питаннях здоров'я	5. Оцінка інформації про здоров'я	6. Здатність активно взаємодіяти з медичними працівниками	7. Здатність орієнтуватися в системі охорони здоров'я	8. Здатність знаходити належну інформацію про здоров'я	9. Здатність зрозуміти інформацію про здоров'я на достатньому рівні, щоб розуміти, що потрібно робити
3,89	3,89	3,26	3,91	3,89	4,97	4,69	4,97	4,77

Віктор, 51-річний хімік, проживає з дружиною у Бобровиці, що на Чернігівщині. У чоловіка вже давно встановлений діагноз артеріальна гіпертензія, що змусило його переглянути свої щоденні звички, зокрема виключити з раціону міцну каву та дещо змінити своє харчування, регулярно ходити пішки, щоденно вимірювати артеріальний тиск. Віктор навіть пройшов навчання щодо самоконтролю артеріальної гіпертензії та веде щоденник контролю артеріального тиску. Він завжди був чоловіком серйозним, але з тих, хто попри все вміє знаходити позитив у кожному дні.

Змінити спосіб життя після встановленого діагнозу було нелегко, але можливо разом з підтримкою Ірини, сімейної лікарки та давньої подруги, що знала про Віктора все, починаючи з дитинства. Ірина, з її щирим серцем та доступними поясненнями, завжди знаходить час вислухати Віктора та проконсультувати. Вона з тих лікарів, які завжди дадуть пораду, як приймати ті чи інші ліки, вимірювати тиск тощо. Також важливою частиною соціального кола Віктора є Олег — лікар-кардіолог (HLQ 1, 4). Вони познайомились на щорічному ярмарку місцевих виробників, де Віктор купував мед у знайомого пасічника, він розговорився з молодим чоловіком, який також вибирав собі мед. Ним виявився Олег, який нещодавно переїхав до Бобровиці. Подальші зустрічі в місті переросли у дружбу, а Олег став для Віктора не лише цінним джерелом медичних знань (HLQ 5), а й цікавим співрозмовником.

Віктор не боїться ставити питання, перепитували, якщо щось незрозуміло та шукати додаткову інформацію. Він активно використовує інтернет, але ретельно перевіряє дані, консультуючись з Олегом та Іриною (HLQ 2, 6, 7, 8, 9). Келих холодного пива наприкінці робочого дня — давнє вподобання Віктора, від якого важко стримуватися. І хоча він намагається тримати себе в руках, його пошукові запити в Google іноді видають питання щодо впливу алкоголю на гіпертензію (HLQ 3).

ІСТОРІЯ №2, КЛАСТЕР 4, ДАРИНА, 50 років

1. Відчуваю, що медичні працівники розуміють та підтримують мене	2. Маю достатньо інформації, щоб піклуватися про своє здоров'я	3. Активно піклуюся про своє здоров'я	4. Соціальна підтримка в питаннях здоров'я	5. Оцінка інформації про здоров'я	6. Здатність активно взаємодіяти з медичними працівниками	7. Здатність орієнтуватися в системі охорони здоров'я	8. Здатність знаходити належну інформацію про здоров'я	9. Здатність зрозуміти інформацію про здоров'я на достатньому рівні, щоб розуміти, що потрібно робити
3,19	3,04	2,97	3,35	2,95	4,25	4,06	4,35	4,37

Дарина 50-річна жінка, проживає у приватному будинку у Вінниці разом з чоловіком, донькою, зятем та онуком. Діагноз артеріальної гіпертензії жінці встановили ще 5 років тому, з того часу вона ретельно вивчила все про цю недугу. Вона знає, як слідкувати за своїм здоров'ям (HLQ 8, 9), щодня вимірює артеріальний тиск, приймає гіпотензивні препарати, але системно дотримуватись здорового способу життя їй, на жаль, важко — запал швидко згасає, лінощі перемагають, тому зусилля лишаються без видимого результату. Щоденник артеріального тиску жінка ніколи не вела (HLQ 3). Чоловік Дарини, натхненний оптимізмом дружини, завжди підтримує її починання, але, на жаль, не завжди це вдається (HLQ 4).

Дарина працює у відділі кадрів, де у неї дружній колектив, з яким вона регулярно подорожує. Останнім часом вона почала помічати втому та брак сил, а під час традиційної поїздки до Ужгорода на цвітіння сакур, Дарина відчула себе дуже зле — слабкість в тілі, виснаження, тахікардія під час прогулянок. Більшу частину подорожі вона провела в готельному номері.

Повернувшись додому, Дарина записалася на прийом до кардіолога. Їй дуже не вистачало колишнього лікаря, з яким їй було легко порозумітися, але він переїхав в інше місто. На жаль, нові візити до лікаря розчарували Дарину: лікар приділив їй не достатньо уваги, часто розмовляв по телефону та заповнював папери. Дарина відчула, що лікар відреагував не на всі скарги жінки, вона почувала себе ніяково від медичних термінів, які озвучував медик (HLQ 1).

Дарина консультувалася також із сімейним лікарем та навіть з донькою колеги, яка працювала у медичній сфері (HLQ 6), але їй не вдавалось розібратися з чим пов'язані симптоми, які виникли під час поїздки. Загалом Дарина завжди знає як діяти, куди і до кого звернутися з питаннями щодо свого здоров'я, але цього разу вона трохи розгубилася (HLQ 7). Нещодавно Дарина розмовляла з подругою, яка також хворіє на артеріальну гіпертензію. Подруга розповіла, що теж мала погане самопочуття деякий час, потім вона зменшила дозу гіпотензивних ліків, після чого її стан покращився. Дарина, вирішила спробувати зробити так само, не радячись з лікарем. Їй здається, що досвід подруги може їй допомогти (HLQ 2, 5).

ІСТОРІЯ №3, КЛАСТЕР 7, ОЛЬГА, 40 років

1. Відчуваю, що медичні працівники розуміють та підтримують мене	2. Маю достатньо інформації, щоб піклуватися про своє здоров'я	3. Активно піклуюся про своє здоров'я	4. Соціальна підтримка в питаннях здоров'я	5. Оцінка інформації про здоров'я	6. Здатність активно взаємодіяти з медичними працівниками	7. Здатність орієнтуватися в системі охорони здоров'я	8. Здатність знаходити належну інформацію про здоров'я	9. Здатність зрозуміти інформацію про здоров'я на достатньому рівні, щоб розуміти, що потрібно робити
3,25	2,20	2,86	3,53	2,96	4,09	3,80	3,87	4,03

Ольга — 40-річні жінка, мешкає з родиною в приватному будинку біля моря в Одесі. Вона — приватний підприємець, і її стихія — легендарний одеський Привоз. Свіжа риба, жвава торгівля, постійний рух — це її життя, в якому важко викроїти час на себе (HLQ 3). Вчора, сидячи на кухні, вона вимірювала артеріальний тиск — цифри на тонометрі були високими. Ольга при цьому виглядала занепокоєною. Чоловік та син, побачивши її стурбований вигляд, вкотре почали наполегливо переконувати звернутися до лікаря (HLQ 4).

Останнім часом Ольга часто вимірювала тиск і розуміла, що він високий, але до лікаря з цього приводу не зверталася, лише вивчала інформацію про підвищений артеріальний тиск: дієти, фізичні вправи, ліки, проте інформації було стільки, що голова йшла обертом, а вільного часу для цих змін бракує. Ольга відчувала, що не може повністю розібратися, чи правильно вона розуміє прочитане, чи дійсно ці знання допоможуть їй. Жінці не вистачало впевненості, аби чітко визначити план дій (HLQ 5, 8, 9). В результаті, чим більше Ольга читала, тим більше розуміла, що зовсім не знає що потрібно робити, щоб подбати про своє здоров'я (HLQ 2).

Але Ольга знала, що в першу чергу потрібно звернутися до сімейного лікаря. У жінки непогані стосунки з лікарями, проте вона постійно відкладає візити, коли її щось турбує, сподіваючись на покращення. Зрештою, коли стан здоров'я загострюється, їй доводиться звертатися за допомогою, тому лікарі часто роблять їй зауваження, що прийти потрібно було раніше (HLQ 1, 6). Цього разу чоловік поїхав до лікарки разом з Ольгою, щоб трохи розрадити її. Лікарка, вислухавши скарги, висловила своє занепокоєння: високий тиск — це не жарти, є підозра на артеріальну гіпертензію. Почалася низка аналізів і обстежень для того, щоб встановити діагноз, і для Ольги це стало справжнім випробуванням: їй не завжди було зрозуміло, яку послугу обрати, де краще здавати аналізи, як краще дістатися до медичного закладу та записатись на прийом, адже вона не звикла до таких регулярних відвідувань лікарів і медичних закладів (HLQ 7).

ІСТОРІЯ №4, КЛАСТЕР 10, ЄВГЕНІЯ, 49 років

1. Відчуваю, що медичні працівники розуміють та підтримують мене	2. Маю достатньо інформації, щоб піклуватися про своє здоров'я	3. Активно піклуюся про своє здоров'я	4. Соціальна підтримка в питаннях здоров'я	5. Оцінка інформації про здоров'я	6. Здатність активно взаємодіяти з медичними працівниками	7. Здатність орієнтуватися в системі охорони здоров'я	8. Здатність знаходити належну інформацію про здоров'я	9. Здатність зрозуміти інформацію про здоров'я на достатньому рівні, щоб розуміти, що потрібно робити
3,57	2,88	2,56	2,84	2,87	3,74	3,46	4,04	3,74

Євгенія — 49-річна жінка, проживає в Тернополі зі своїм сином. Останнім часом її турбують коливання тиску і сильні ниючі болі у суглобах. Під час обідньої перерви вона вкотре намагалась додзвонитися в реєстратуру поліклініки. Їй було важко розібратися з електронними чергами, тому завжди віддавала перевагу звичному дзвінку, хоч додзвонитися в реєстратуру було завжди складно (HLQ 7). Коли нарешті почула знайомий голос реєстратора, попросила записати її до сімейної лікарки, пані Марії — вона їй довіряла, як собі і час від часу зверталася до неї для корегування лікування артеріальної гіпертензії, якою хворіє більше 10 років (HLQ 1).

На прийомі пані Марія, уважно вислухала скарги жінки на чергові коливання тиску, до яких цього разу додалися болі у суглобах, і виписала направлення до ревматолога. Здавалося б, нічого складного, але в кабінеті ревматолога Євгенія відчувала себе ніяково (HLQ 6). Вона знала, що має надмірну вагу і їй було за це незручно, але вона ніяк не могла відмовитися від надлишкового солодкого, смаженого та щедро приправлених сіллю страв. Загалом, їй бракує сили волі для зміни способу життя. Все це, як вона підозрювала, могло впливати на її самопочуття. Але відмовлятися від звичок Євгенія була не готова (HLQ 3). Лікар поспіхом вислухав жінку, виписав і дуже коротко проговорив схему лікування для полегшення симптомів, порекомендувавши записатися повторно на прийом через місяць, якщо больові відчуття не зникнуть. Вийшовши з кабінету, Євгенія зітхнула — знову ці незрозумілі назви і скорочення, написані абсолютно нерозбірливим почерком, але повертатися і розпитувати у лікаря нічого не стала (HLQ 5).

Повернувшись додому, Євгенія планувала попросити сина Андрія допомогти розібратися зі схемою лікування, але він, як завжди, затримувався на роботі (HLQ 4). Тоді вона згадала про пані Марію та наважилась надіслати фото схеми лікування у вайбер. Сімейна лікарка зателефонувала вже за кілька хвилин і роз'яснивши все доступною мовою, допомогла Євгенії розібратися в написаному, після чого Євгенія, зітхнула з полегшенням, адже тепер все стало зрозуміло (HLQ 9). Ввечері Євгенія в інтернеті переглянула безліч дієт, рекомендованих при хворобах суглобів (HLQ 8). Інформації в інтернеті дуже багато. Проте, жодна з дієт не здавалася достатньо повною, щоб задовільнити бажання смачно харчуватися, не завдаючи шкоди суглобам та не впливаючи на артеріальний тиск (HLQ 2).

ІСТОРІЯ №5, КЛАСТЕР 13, ТАРАС, 55 років

1. Відчуваю, що медичні працівники розуміють та підтримують мене	2. Маю достатньо інформації, щоб піклуватися про своє здоров'я	3. Активно піклуюся про своє здоров'я	4. Соціальна підтримка в питаннях здоров'я	5. Оцінка інформації про здоров'я	6. Здатність активно взаємодіяти з медичними працівниками	7. Здатність орієнтуватися в системі охорони здоров'я	8. Здатність знаходити належну інформацію про здоров'я	9. Здатність зрозуміти інформацію про здоров'я на достатньому рівні, щоб розуміти, що потрібно робити
2,75	2,11	2,83	2,71	2,49	3,77	3,40	3,66	3,60

Тарас — 55-річний чоловік, живе з хворою матір'ю у Хмельницькому. Колишній військовий, доброволець пішов на фронт з перших днів війни, де й отримав важке поранення. Дружина, після початку повномасштабного вторгнення, виїхала за кордон, і їхні стосунки погіршилися (HLQ 4).

Зараз Тарас змушений частіше відвідувати лікарів. Окрім наслідків поранення та проблем з нервовою системою, діагностували гіпертензію. Він не звик часто звертатися до лікарів. Сьогодні зранку знову мусив об'їздити декілька соціальних та медичних установ, щоб оформити документи і здати ряд аналізів. Самі тільки пошуки інформації про те, куди саме їхати, які документи потрібно зібрати, перетворюються на виснажливий квест, не кажучи вже про фізичне виснаження від поїздок (HLQ 7, 8).

Останнім часом доводиться аналізувати велику кількість нової інформації — про ліки, пільги, реабілітацію. Все це дається йому важко, і в душі вирує цілий спектр емоцій: від роздратування до розгубленості (HLQ 5, 9). Тарас старається бути ввічливим, але останнім часом лікарі трапляються якісь непривітні. «Може, у лікаря просто важкий день, купа пацієнтів, хвороб і діагнозів за день», — думає він, хоч у глибині душі відчуває розчарування (HLQ 1, 6). Тарас розуміє, що зіштовхнувся з новою, незрозумілою реальністю, в якій йому бракує знань про те, як далі жити і піклуватися про своє здоров'я (HLQ 2).

Тарас отримав стандартний набір рекомендацій щодо контролю гіпертензії, включаючи поради про вимірювання тиску, ліки та ведення щоденника. Проте, через обмежений час, який відводиться на пацієнта, лікарі не мали можливості приділити увагу адаптації цих рекомендації до його індивідуальних обставин, потреб і відповісти на всі питання, що в нього виникли. Врешті Тарас зрозумів, що не готовий виконувати всі настанови лікарів, бо це потребує багато зусиль та особистого часу, тому просто відпустив ситуацію, намагаючись не думати про майбутнє і живучи одним днем: «А там видно буде» (HLQ 3).

2.5. ПРОВЕДЕННЯ ВОРКШОПІВ З ГЕНЕРУВАННЯ ІДЕЙ ЩОДО ПІДВИЩЕННЯ МЕДИЧНОЇ ГРАМОТНОСТІ НАСЕЛЕННЯ

На основі підготовлених коротких описових історій, що відображали різні профілі медичної грамотності, було організовано серію воркшопів (16 заходів) за участі управлінців у сфері охорони здоров'я, практикуючих медичних працівників, загального населення з АГ та загального населення без діагнозу АГ. Воркшопи було проведено у форматі обговорення кожної описової історії за структурованим алгоритмом, рекомендованим у методології Ophelia. Модератор по черзі представляв описові історії, після кожної відбувалася групова дискусія, де учасники визначали ключові проблеми, з якими стикається персонаж історії у доступі до медичної інформації та послуг та генерували ідеї щодо конкретних дій, заходів або рішень, які могли б допомогти поліпшити ситуацію і підвищити рівень медичної грамотності типової категорії населення.

Такий формат дозволив охопити різноманітні точки зору — як людей, які безпосередньо користуються медичними послугами, так і тих, хто їх надає, включно з управлінською ланкою. Завдяки цьому стало можливим глибше зрозуміти не лише індивідуальні потреби пацієнтів, а й організаційні виклики,

з якими стикаються медичні працівники та управлінці. Це відповідає одному з ключових принципів Ophelia — створення комплексних та реалістичних рішень, що ґрунтуються на локальному досвіді.

Робота у форматі генерації ідей сприяла підвищенню залученості та розширенню можливостей учасників: вони не лише визначали проблеми, а й ставали співтворцями потенційних інтервенцій. Часто учасники відзначали, що впізнавали у представлених описових історіях себе, своїх родичів або знайомих. Це сприяло більш глибокій залученості у дискусію та робило обговорення практичним і наближеним до реального життя. Такий підхід підсилює мотивацію до подальшої участі у розробці та впровадженні заходів з підвищення медичної грамотності.

Загалом у воркшопах взяли участь 122 особи. Кожна сесія проводилася у невеликих групах (від 5 до 10 учасників), що створювало умови для глибшої дискусії та рівного внеску всіх учасників.

2.6. ПІДГОТОВКА РЕЗЮМЕ ІДЕЙ, ОТРИМАНИХ ПІД ЧАС ВОРШКОПІВ

Під час кожного воркшопу учасники формулювали низку практичних ідей, спрямованих на покращення рівня медичної грамотності в громадах. Обговорення відбувалося у форматі «від проблеми до рішення»: після ідентифікації проблем, учасники пропонували можливі дії, що могли б зробити медичні послуги більш зрозумілими, доступними та корисними для різних груп населення.

У результаті було зібрано значний масив пропозицій — 517 ідей, що відображають широкий спектр точок зору: від досвіду пацієнтів та їхніх родин до практичних міркувань лікарів та управлінців. Щоб забезпечити можливість подальшого використання цього матеріалу, всі пропозиції були ретельно проаналізовані та узагальнені. **У підсумку виділено 40 унікальних ключових ідей.**

Відповідно до рекомендацій підходу Ophelia, систематизація ідей здійснювалася за чотирма основними рівнями дій, на яких можуть реалізовуватися інтервенції з підвищення медичної грамотності:

1. Ідеї щодо дій на рівні окремих осіб — ідеї, спрямовані на розвиток знань, навичок і мотивації пацієнтів у щоденному житті.

2. Ідеї щодо дій на рівні родин чи громад — пропозиції щодо взаємопідтримки, поширення інформації та створення локальних ресурсів у середовищі проживання людей.

3. Ідеї, пов'язані з повсякденною практикою медичних працівників — ідеї, що стосуються змін у щоденній роботі медиків, покращення комунікації, навчання пацієнтів та взаємодії з родинами.

4. Ідеї щодо впровадження політик і організаційних процедур — пропозиції, що потребують системних рішень на рівні закладів охорони здоров'я, місцевих органів влади чи загальнодержавних політик.

Важливо, що деякі ідеї мали міжрівневий характер — вони водночас стосувалися, наприклад, і дій медичних працівників, і організаційних змін. Це підкреслює інтегрований характер проблем та потреб, а також важливість комплексного підходу до їх вирішення.

Таким чином, підготовка резюме ідей стала ключовою фазою переходу від етапу обговорення до етапу планування конкретних інтервенцій, заснованих на локальному досвіді та спільному баченні усіх учасників процесу.

РОЗДІЛ 3.
РЕЗЮМЕ ІДЕЙ ЩОДО ПІДВИЩЕННЯ МЕДИЧНОЇ ГРАМОТНОСТІ НАСЕЛЕННЯ ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ ВОРКШОПІВ

У цьому розділі представлено детальні результати роботи воркшопів, підсумовані у вигляді конкретних ідей щодо підвищення рівня медичної грамотності населення. Після процесу узагальнення та структурування (описаного в розділі 2.6) усі 517 пропозицій були оформлені у 40 ключових унікальних ідей. Вони наведені відповідно до географічного розподілу, мають більш широке тлумачення та ілюструють бачення учасників щодо можливих змін.

Окрім змістовного опису, результати відображають їхню релевантність для різних рівнів і категорій учасників, а також частоту згадувань. Такий підхід дає змогу оцінити пріоритетність ідей і визначити рівні їх потенційної реалізації.

Таблиця 3.1. Резюме ідей, отриманих під час обговорення на воркшопах у Львівській та Хмельницькій областях

№	ІДЕЯ	ЗМІСТ ТА ТЛУМАЧЕННЯ (на основі отриманих відповідей учасників воркшопів)
1	Особливий медичний супровід пацієнтів груп ризику	Пацієнти з гіпертензією, ускладненнями або вразливими життєвими обставинами потребують постійного контролю, додаткової уваги та проактивної комунікації з боку медичних працівників і сімейних лікарів. Це сприяє їхній мотивації до лікування й підвищує ефективність самоконтролю.
2	Вплив через родину та спільні зміни у звичках	Залучення родини до процесу лікування та змін у способі життя (харчування, фізична активність, прийом ліків) створює сприятливе середовище для дотримання рекомендацій лікаря. Підтримка рідних у формі спілкування, нагадувань, супроводу до лікаря або навіть спільної участі у здорових практиках підвищує ефективність контролю за станом здоров'я та сприяє сталій зміні поведінки.
3	Залучення психологів та психологічна підтримка	Психоемоційний стан пацієнта впливає на ефективність лікування, тому лікар повинен оцінювати потребу в психологічній допомозі й створювати умови для безпечного спілкування (конфіденційність, уважність, довіра). Це включає як індивідуальний підхід, так і спрямування до психолога чи психотерапевта за потреби.
4	Формування культури здоров'я з дитинства	Формування культури здоров'я має починатися з дитинства через освіту, гру та сімейну культуру. Діти здатні не лише навчатися здоровому способу життя, а й мотивувати дорослих членів родини (наприклад, за моделлю «Супергерої ФАСТ»[5]). Початок формування відповідального ставлення до здоров'я з дитсадка і школи забезпечує високий рівень медичної грамотності протягом усього життя.
5	Навчання медиків комунікації з пацієнтами та персоніфікованого підходу	Сімейні лікарі та медичний персонал потребують системного навчання комунікаційним навичкам і адаптації до потреб різних пацієнтів (зокрема ветеранів). Персоніфікований підхід, психологічна підтримка та доступне донесення інформації сприяють кращому контакту з пацієнтами та ефективнішому лікуванню.
6	Інформування пацієнтів про ризики та наслідки	Пацієнтам важливо доносити реальні наслідки ігнорування медичних рекомендацій — інсульт, інвалідність, смерть. Візуалізація ризиків, приклади з життя, попередження про народні методи та персоналізовані шкали ризику можуть стати дієвим способом вплинути на поведінку та підвищити прихильність до профілактики та лікування.

[5] https://ua-uk.fastheroes.com/

№	ІДЕЯ	ЗМІСТ ТА ТЛУМАЧЕННЯ (на основі отриманих відповідей учасників воркшопів)
7	Профогляди і здоровий спосіб життя як частина корпоративної культури	Створення на робочих місцях умов для регулярних медичних оглядів, інформаційної підтримки та здорових звичок може допомогти своєчасно виявити гіпертензію і мотивує працівників дбати про здоров'я.
8	Орієнтація системи охорони здоров'я на профілактику хвороб.	Акцент має бути на ранньому виявленні ризиків і формуванні здорових звичок через поради лікарів, державні програми і просвітництво, щоб запобігти розвитку захворювань і уникнути кризових станів.
9	Залучення релігійних лідерів до підтримки здоров'я	Вплив авторитетних представників духовенства підвищує довіру до медиків, мотивує людей дотримуватися лікування і сприяє моральній підтримці, особливо серед вразливих груп населення.
10	Комунікація «лікар–пацієнт» через уточнення та перепитування	Лікарі мають перевіряти розуміння пацієнтом рекомендацій, а пацієнти — активно ставити питання, щоб забезпечити довіру у стосунках і ефективне лікування.
11	Розвиток телемедицини	Створювати канали дистанційної підтримки (дзвінки, чати, відеоконсультації), щоб навчати пацієнтів керувати хворобами, інтерпретувати симптоми та дотримуватись лікування.
12	Використовувати персоніфіковані та надихаючі приклади для мотивації пацієнтів	Реальні історії успішного контролю захворювання і досвід інших людей підвищують довіру та стимулюють змінювати поведінку на користь здоров'я.
13	Формувати усвідомлене відповідальне ставлення та самодисципліну у пацієнтів	Пацієнти мають розвивати внутрішню мотивацію, слухати своє тіло, дотримуватися лікування та вести здоровий спосіб життя, використовуючи прості техніки самоконтролю. Система охорони здоров'я має активно пропагувати самоосвіту про здоров'я.
14	Забезпечити мульти-дисциплінарний підхід і своєчасне скерування до вузьких спеціалістів	Сімейні лікарі мають враховувати супутні фактори ризику та за потреби залучати кардіологів, дієтологів, психологів й інших фахівців, щоб забезпечити комплексне лікування та підтримку пацієнта.
15	Посилення кадрового потенціалу ЗОЗ	Медичні заклади потребують нових ролей — таких як координатор ветеранів, медичний гід чи консультант після прийому лікаря — щоб покращити доступність, зрозумілість і персоналізацію медичної допомоги, особливо для вразливих груп.
16	Активно використовувати інформаційні матеріали та відео в медичних закладах	Сімейні лікарі та медичні заклади мають поширювати прості і зрозумілі буклети, плакати й відеоролики в коридорах і кабінетах, щоб пацієнти могли отримувати корисну інформацію під час очікування на прийом.
17	Проводити інформаційні зустрічі з лікарями у офлайн та онлайн форматі	Освітні заходи для пацієнтів, зокрема групові зустрічі в медичних закладах, бібліотеках чи онлайн, допомагають розвінчувати міфи, покращують розуміння про захворювання, сприяють самодисципліні та формують спільноту підтримки.
18	Організовувати марафони, челенджі та творчі гуртки для підтримки здорового способу життя	Такі активності, як мотиваційні челенджі, спортивні події чи творчі гуртки, сприяють формуванню корисних звичок, підвищують фізичну активність і забезпечують соціальну взаємодію, що позитивно впливає на стан здоров'я пацієнтів.
19	Створювати групи взаємопідтримки та формати «рівний–рівному»	Такі групи сприяють обміну досвідом пацієнтів, емоційній підтримці та підвищенню мотивації до лікування, особливо коли учасники мають схожі виклики (наприклад, ВПО, ветерани, люди з хронічними хворобами). Вони можуть діяти при лікарнях, соціальних службах, бібліотеках, громадських організаціях або онлайн.
20	Створювати та популяризувати мобільні додатки для контролю хвороб	Цифрові інструменти з нагадуваннями, щоденниками самоспостереження, порадами щодо способу життя та функцією зворотного зв'язку можуть значно підвищити прихильність до лікування й допомогти пацієнтам краще контролювати гіпертензію в повсякденному житті.

№	ІДЕЯ	ЗМІСТ ТА ТЛУМАЧЕННЯ (на основі отриманих відповідей учасників воркшопів)
21	Створити офіційний перелік надійних медичних ресурсів	Медичні працівники мають надавати пацієнтам перевірені джерела, рекомендовані МОЗ або ЦГЗ, та пояснювати, як відрізнити якісну інформацію від недостовірної, зокрема онлайн. Створити довірчі ресурси з інформацією про надійні джерела даних.
22	Організація «Днів здоров'я» з безкоштовними обстеженнями у громадах	Потрібно залучати мобільні медичні бригади, аптеки та місцеві заклади до проведення скринінгу тиску, цукру, холестерину, а також інформувати населення про ці події через доступні канали.
23	Розвиток ветеранських просторів із залученням медичних фахівців	Необхідно створювати або підтримувати ветеранські простори, де фахівці надаватимуть медичні консультації, допомагатимуть з навігацією по медичних послугах та координуватимуть подальшу реабілітацію.
24	Використовувати сучасні канали комунікації для поширення коротких і зрозумілих медичних повідомлень	Потрібно системно створювати й розповсюджувати адаптовану медичну інформацію через соцмережі, месенджери, телебачення, друковані матеріали та громадські простори, щоб охопити різні цільові аудиторії.
25	Створювати прості друковані матеріали для підтримки самоконтролю і медичної обізнаності	Створювати зрозумілі брошури, календарі, щоденники й листівки, щоб допомогти пацієнтам краще орієнтуватися в лікуванні.
26	Оптимізувати графіки прийому та електронний запис до лікарів	Необхідно впроваджувати гнучкі графіки роботи (включаючи вечірні години та вихідні), полегшити електронний запис, скоротити бюрократію, а також дати лікарям більше часу для якісної консультації та просвітницької роботи з пацієнтами.
27	Систематичні нагадування та моніторинг стану здоров'я пацієнтів	Регулярні телефонні дзвінки від медичних працівників або соціальних служб (у т.ч. через Viber чи особисті візити) дозволяють своєчасно нагадувати про візити, виявляти проблеми та підтримувати пацієнтів у дотриманні плану лікування.
28	Формування здорових харчових звичок	Замість суворих обмежень важливо навчати пацієнтів готувати корисні страви, шукати здорові альтернативи звичним продуктам і залучати всю сім'ю до зміни харчової поведінки для довготривалого результату.
29	Пацієнти мають отримувати повну, зрозумілу і персоналізовану інформацію від лікаря	Сімейний лікар повинен бути основним джерелом медичної інформації: пояснювати діагноз, лікування, побічні ефекти, важливість дотримання дозування та скеровувати до інших фахівців, використовуючи просту мову і доступні матеріали.
30	Профілактичні медичні огляди мають бути обов'язковими	Систематичні щорічні або сезонні огляди з чітко визначеними датами й збереженням медичної історії допомагають у ранньому виявленні гіпертензії. Їх варто зробити обов'язковими на державному рівні, з можливістю нагадувань, залученням родичів та навіть санкціями при ігноруванні.
31	Пацієнт має право змінити сімейного лікаря, якщо не відчуває довіри чи належної уваги	Своєчасна заміна лікаря в разі труднощів у комунікації або невдоволення якістю обслуговування забезпечить ефективніше лікування та психологічний комфорт пацієнта.
32	Впровадження системи стимулів і санкцій для пацієнтів	Необхідно впровадити чіткі часові рамки для обстежень, розширити програми доступних ліків та запровадити фінансові заохочення або штрафи, щоб мотивувати пацієнтів відповідально ставитися до свого здоров'я та оптимізувати навантаження на медичну систему.
33	Розвивати бізнес-модель надання медичних послуг у комунальних закладах	Слід впроваджувати доступні платні сервіси за помірними цінами, створювати приємне середовище для пацієнтів із покращеним сервісом і комфортом, а також мотивувати медпрацівників через фінансові стимули.

№	ІДЕЯ	ЗМІСТ ТА ТЛУМАЧЕННЯ (на основі отриманих відповідей учасників воркшопів)
34	Підвищувати роль медичних сестер у комунікації з пацієнтами	Медсестри мають активно взаємодіяти з пацієнтами, враховувати їхні індивідуальні потреби, пояснювати лікування і важливість контролю здоров'я, а також підтримувати командну роботу з лікарями. Це підвищить прихильність пацієнтів до лікування та покращить профілактичну роботу.
35	Розробити чітку дорожню карту перенаправлень пацієнтів	Пацієнтам слід забезпечити зрозумілі алгоритми дій і доступ до інформації про всі доступні послуги — медичні, соціальні, психологічні — а також залучати соціальних працівників і консультантів для підтримки, організації візитів і координації допомоги.
36	Посилити державний контроль за рекламою та продажем лікарських засобів, алкоголю і тютюну	Впровадити жорсткі обмеження на рекламу і відпуск ліків лише за рецептом, посилити контроль над дотриманням заборони на рекламу алкоголю і тютюну.
37	Впровадити систему оцінки лікарів за відгуками пацієнтів	Запровадити зручні інструменти для збору та аналізу відгуків пацієнтів, регулярно переглядати рейтинги лікарів та використовувати їх для покращення якості медичного обслуговування й підвищення професійного рівня працівників.
38	Забезпечити індивідуалізоване та зручне лікування для підвищення прихильності пацієнтів	Впровадити призначення комбінованих препаратів та адаптувати дозування під конкретного пацієнта, забезпечуючи можливість додаткових обстежень.
39	Використовувати зоотерапію для покращення емоційного стану пацієнтів.	Рекомендувати зоотерапію та активність з тваринами для заохочення пацієнтів до фізичної активності з тваринами, наприклад, вигулювання собак, щоб покращити їхній настрій і загальне самопочуття.
40	Здійснювати моніторинг роботи громадських організацій	Місцева влада повинна здійснювати контроль за ефективністю роботи громадських організацій, включаючи моніторинг через опитувальники та оцінку змін у житті і здоров'ї пацієнтів.

Майже всі озвучені ідеї виявилися релевантними для обох областей, оскільки ті чи інші аспекти порушувалися під час обговорень у кожному з регіонів. Водночас окремі пропозиції частіше лунали переважно від представників окремих категорій учасників (наприклад, медиків, освітян, представників місцевої влади або громадських організацій), що дозволяє простежити специфіку сприйняття проблематики з різних професійних перспектив. У таблиці 3.2 наведено приклади таких ідей, розподілених відповідно до категорій учасників, які їх озвучували.

Таблиця 3.2. Релевантність ідей для обох областей та окремих категорій учасників

№	ІДЕЯ	РЕЛЕВАНТНО				
		Для двох областей	Тих, хто приймає рішення	Медичних працівників	Населення з АГ	Населення без АГ
1	Особливий медичний супровід пацієнтів груп ризику	+	+	+	+	–
2	Вплив через родину та спільні зміни у звичках	+	+	+	+	+
3	Залучення психологів та психологічна підтримка	+	+	+	+	+
4	Формування культури здоров'я з дитинства	+	+	+	+	+

№	ІДЕЯ	РЕЛЕВАНТНО				
		Для двох областей	Тих, хто приймає рішення	Медичних працівників	Населення з АГ	Населення без АГ
5	Навчання медиків комунікації з пацієнтами та персоніфікованого підходу	+	+	+	+	+
6	Інформування пацієнтів про ризики та наслідки	+	+	+	–	+
7	Профогляди і здоровий спосіб життя як частина корпоративної культуру	+	+	+	+	+
8	Орієнтація системи охорони здоров'я на профілактику хвороб	+	+	+	+	–
9	Залучення релігійних лідерів до підтримки здоров'я	+	+	+	+	–
10	Комунікація «лікар–пацієнт» через уточнення та перепитування	+	–	+	+	+
11	Розвиток телемедицини	+	+	–	–	+
12	Використовувати персоніфіковані та надихаючі приклади для мотивації пацієнтів	+	+	+	+	+
13	Формувати усвідомлене відповідальне ставлення та самодисципліну у пацієнтів	+	+	+	+	+
14	Забезпечити мультидисциплінарний підхід і своєчасне скерування до вузьких спеціалістів	+	+	+	+	+
15	Посилення кадрового потенціалу ЗОЗ	+	+	+	+	–
16	Активно використовувати інформаційні матеріали та відео в медичних закладах	+	+	+	+	+
17	Проводити інформаційні зустрічі з лікарями у офлайн та онлайн форматі	+	+	+	+	+
18	Організовувати марафони, челенджі та творчі гуртки для підтримки здорового способу життя	+	+	+	–	+
19	Створювати групи взаємопідтримки та формати «рівний–рівному»	+	+	+	+	+
20	Створювати та популяризувати мобільні додатки для контролю хвороб	+	+	+	–	+
21	Створити офіційний перелік надійних медичних ресурсів	+	+	–	+	–
22	Організація «Днів здоров'я» з безкоштовними обстеженнями у громадах	+	+	+	–	+

№	ІДЕЯ	РЕЛЕВАНТНО				
		Для двох областей	Тих, хто приймає рішення	Медичних працівників	Населення з АГ	Населення без АГ
23	Розвиток ветеранських просторів із залученням медичних фахівців	+	+	–	+	+
24	Використовувати сучасні канали комунікації для поширення коротких і зрозумілих медичних повідомлень	+	+	+	+	+
25	Створювати прості друковані матеріали для підтримки самоконтролю і медичної обізнаності	+	+	+	+	+
26	Оптимізувати графіки прийому та електронний запис до лікарів	+	+	+	+	+
27	Систематичні нагадування та моніторинг стану здоров'я пацієнтів	+	+	+	–	+
28	Формування здорових харчових звичок	+	+	+	+	+
29	Пацієнти мають отримувати повну, зрозумілу і персоналізовану інформацію від лікаря	+	+	+	+	+
30	Профілактичні медичні огляди мають бути обов'язковими	+	–	+	+	+
31	Пацієнт має право змінити сімейного лікаря, якщо не відчуває довіри чи належної уваги	+	+	+	+	+
32	Впровадження системи стимулів і санкцій для пацієнтів	+	+	+	–	+
33	Розвивати бізнес-модель надання медичних послуг у комунальних закладах	+	+	+	+	–
34	Підвищувати роль медичних сестер у комунікації з пацієнтами	+	+	+	–	–
35	Розробити чітку дорожню карту перенаправлень пацієнтів	+	+	+	+	+
36	Посилити державний контроль за рекламою та продажем лікарських засобів, алкоголю і тютюну	+	–	+	–	–
37	Впровадити систему оцінки лікарів за відгуками пацієнтів	+	+	–	+	+
38	Забезпечити індивідуалізоване та зручне лікування для підвищення прихильності пацієнтів.	+	–	+	+	–
39	Використовувати зоотерапію для покращення емоційного стану пацієнтів	+	+	–	–	+
40	Здійснювати моніторинг роботи громадських організацій	лише Хмельницька	–	+	–	–
Всього ідей згенеровано окремою категорією учасників:			**35**	**35**	**29**	**30**

Усі ідеї далі систематизовано за частотою згадувань під час окремих воркшопів — від 1 до 8, що відповідає загальній кількості проведених заходів у кожному регіоні. Крім того, вони класифіковані за рівнями реалізації: індивідуальний рівень, рівень сім'ї/громади, рівень медичного персоналу та рівень політик та організаційних процедур. Окремі ідеї можуть стосуватися кількох рівнів одночасно (див. табл. 3.3, 3.4).

3.1. ІДЕЇ ЩОДО ПІДВИЩЕННЯ МЕДИЧНОЇ ГРАМОТНОСТІ НАСЕЛЕННЯ У ЛЬВІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Найчастіше згадувані ідеї у Львівській області вказують на суспільний запит до комплексного середовища підтримки, де людина має змогу не лише отримувати інформацію, а й спільно з іншими проходити шлях усвідомленого ставлення до здоров'я. Ідеї щодо груп взаємопідтримки, зустрічей із лікарями, форматів «рівний–рівному» та поширення коротких, доступних повідомлень через сучасні канали демонструють прагнення до нормалізації теми здоров'я в повсякденному житті. Ідеї створення обов'язкових профілактичних оглядів, чіткої навігації у системі охорони здоров'я, а також доступної персоналізованої інформації вказують на потребу у зрозумілих, простих механізмах взаємодії. Учасники також наголошували на ролі емоційної підтримки, зокрема через залучення психологів, та на мотиваційній силі прикладу — що свідчить про бажання бачити в медицині не лише джерело знань, а й простір довіри, натхнення і сталих здорових практик.

Кольоровий код таблиць 3.3, 3.4			
	Ідея згадувалася на 1–2 воркшопах		Ідея згадувалася на 5–8 воркшопах
	Ідея згадувалася на 3–4 воркшопах	✓	Релевантний рівень реалізації ідеї

Таблиця 3.3. Пріоритетність ідей по кількості згадувань на воркшопах та за рівнями реалізації у Львівській області

Кількість згадувань	ІДЕЯ	Рівень реалізації			
		Рівень 1. Окремі особи	Рівень 2. Родина/ громада	Рівень 3. Медичні працівники	Рівень 4. Організація
1–2	Особливий медичний супровід пацієнтів груп ризику			✓	✓
	Комунікація «лікар–пацієнт» через уточнення та перепитування	✓		✓	✓
	Посилення кадрового потенціалу ЗОЗ				✓
	Організовувати марафони, челенджі та творчі гуртки для підтримки здорового способу життя	✓		✓	✓
	Розвиток ветеранських просторів із залученням медичних фахівців				✓
	Створювати прості друковані матеріали для підтримки самоконтролю і медичної обізнаності			✓	✓
	Формування здорових харчових звичок	✓	✓	✓	✓
	Пацієнт має право змінити сімейного лікаря, якщо не відчуває довіри чи належної уваги	✓			
	Розвивати бізнес-модель надання медичних послуг у комунальних закладах				✓

Кількість згадувань	ІДЕЯ	Рівень реалізації			
		Рівень 1. Окремі особи	**Рівень 2.** Родина/ громада	**Рівень 3.** Медичні працівники	**Рівень 4.** Організація
1–2	Підвищувати роль медичних сестер у комунікації з пацієнтами			✓	
	Посилити державний контроль за рекламою та продажем лікарських засобів, алкоголю і тютюну				✓
	Забезпечити індивідуалізоване та зручне лікування для підвищення прихильності пацієнтів			✓	
	Використовувати зоотерапію для покращення емоційного стану пацієнтів	✓		✓	
	Всього ідей за згадуваннями 1–2 рази для кожного рівня реалізації:	**5**	**1**	**8**	**9**
3–4	Формування культури здоров'я з дитинства		✓		✓
	Навчання медиків комунікації з пацієнтами та персоніфікованого підходу			✓	✓
	Орієнтація системи охорони здоров'я на профілактику хвороб.		✓	✓	
	Залучення релігійних лідерів до підтримки здоров'я	✓	✓	✓	✓
	Розвиток телемедицини			✓	✓
	Використовувати персоніфіковані та надихаючі приклади для мотивації пацієнтів	✓		✓	✓
	Забезпечити мультидисциплінарний підхід і своєчасне скерування до вузьких спеціалістів			✓	
	Активно використовувати інформаційні матеріали та відео в медичних закладах			✓	✓
	Створювати та популяризувати мобільні додатки для контролю хвороб	✓		✓	✓
	Створити офіційний перелік надійних медичних ресурсів			✓	✓
	Організація «Днів здоров'я» з безкоштовними обстеженнями у громадах		✓	✓	✓
	Систематичні нагадування та моніторинг стану здоров'я пацієнтів			✓	✓
	Впровадження системи стимулів і санкцій для пацієнтів			✓	✓
	Впровадити систему оцінки лікарів за відгуками пацієнтів	✓			✓
	Всього ідей за згадуваннями 3–4 рази для кожного рівня реалізації:	**4**	**4**	**12**	**12**

Кількість згадувань	ІДЕЯ	Рівень реалізації			
		Рівень 1. Окремі особи	**Рівень 2.** Родина/ громада	**Рівень 3.** Медичні працівники	**Рівень 4.** Організація
5–8	Вплив через родину та спільні зміни у звичках		✓	✓	
	Залучення психологів та психологічна підтримка	✓		✓	✓
	Інформування пацієнтів про ризики та наслідки			✓	✓
	Профогляди і здоровий спосіб життя як частина корпоративної культуру				✓
	Формувати усвідомлене відповідальне ставлення та самодисципліну у пацієнтів	✓		✓	
	Проводити інформаційні зустрічі з лікарями у офлайн та онлайн форматі			✓	✓
	Створювати групи взаємопідтримки та формати «рівний–рівному»		✓		✓
	Використовувати сучасні канали комунікації для поширення коротких і зрозумілих медичних повідомлень			✓	✓
	Оптимізувати графіки прийому та електронний запис до лікарів			✓	✓
	Пацієнти мають отримувати повну, зрозумілу і персоналізовану інформацію від лікаря			✓	
	Профілактичні медичні огляди мають бути обов'язковими	✓		✓	✓
	Розробити чітку дорожню карту перенаправлень пацієнтів			✓	✓
	Всього ідей за згадуваннями 5–8 рази для кожного рівня реалізації	**3**	**2**	**10**	**10**
Всього ідей для кожного рівня реалізації		**12**	**7**	**30**	**31**

3.2. ІДЕЇ ЩОДО ПІДВИЩЕННЯ МЕДИЧНОЇ ГРАМОТНОСТІ НАСЕЛЕННЯ У ХМЕЛЬНИЦЬКІЙ ОБЛАСТІ

Для Хмельниччини характерна чітка орієнтація на практичні, системно вбудовані інструменти. Учасники часто згадували потребу в обов'язковій профілактиці, регулярному моніторингу стану здоров'я, простій маршрутизації та доступності цифрових форматів взаємодії — тобто у рішенні, яке не залежить від ініціативи пацієнта, а вмонтоване в логіку роботи системи.

Водночас ідеї, що стосуються персоналізованої інформації, прикладів, які надихають, зустрічей із лікарями, психологічної підтримки та формування культури здоров'я з дитинства свідчать про визнання важливості м'яких чинників: мотивації, поведінкових змін, взаємної поваги у комунікації.

На перетині цих напрямів формується запит на медичну систему, яка діє структуровано, але при цьому залишається гнучкою до індивідуальних потреб — систему, яка не лише інформує, а й супроводжує людину на її шляху до більшої обізнаності й дії.

Таблиця 3.4. Пріоритетність ідей по кількості згадувань на воркшопах та за рівнями реалізації у Хмельницькій області

Кількість згадувань	ІДЕЯ	Рівень реалізації			
		Рівень 1. Окремі особи	**Рівень 2. Родина/ громада**	**Рівень 3. Медичні працівники**	**Рівень 4. Організа-ція**
1–2	Використовувати персоніфіковані та надихаючі приклади для мотивації пацієнтів	✓			✓
	Забезпечити мультидисциплінарний підхід і своєчасне скерування до вузьких спеціалістів	✓		✓	✓
	Створювати та популяризувати мобільні додатки для контролю хвороб	✓			
	Створити офіційний перелік надійних медичних ресурсів			✓	
	Організація «Днів здоров'я» з безкоштовними обстеженнями у громадах			✓	✓
	Впровадження системи стимулів і санкцій для пацієнтів			✓	✓
	Підвищувати роль медичних сестер у комунікації з пацієнтами			✓	
	Посилити державний контроль за рекламою та продажем лікарських засобів, алкоголю і тютюну				✓
	Впровадити систему оцінки лікарів за відгуками пацієнтів	✓		✓	✓
	Забезпечити індивідуалізоване та зручне лікування для підвищення прихильності пацієнтів			✓	
	Використовувати зоотерапію для покращення емоційного стану пацієнтів	✓		✓	
	Здійснювати моніторинг роботи громадських організацій				✓
	Всього ідей за згадуваннями 1–2 рази для кожного рівня реалізації	**5**	**0**	**8**	**7**
3–4	Особливий медичний супровід пацієнтів груп ризику			✓	✓
	Інформування пацієнтів про ризики та наслідки			✓	
	Орієнтація системи охорони здоров'я на профілактику хвороб.			✓	✓
	Залучення релігійних лідерів до підтримки здоров'я				✓
	Комунікація «лікар–пацієнт» через уточнення та перепитування	✓		✓	✓
	Розвиток телемедицини	✓		✓	✓
	Посилення кадрового потенціалу ЗОЗ				✓

Кількість згадувань	ІДЕЯ	Рівень реалізації			
		Рівень 1. Окремі особи	**Рівень 2.** Родина/ громада	**Рівень 3.** Медичні працівники	**Рівень 4.** Організація
3–4	Активно використовувати інформаційні матеріали та відео в медичних закладах			✓	✓
	Оптимізувати графіки прийому та електронний запис до лікарів			✓	✓
	Профілактичні медичні огляди мають бути обов'язковими			✓	✓
	Розвивати бізнес-модель надання медичних послуг у комунальних закладах				✓
	Всього ідей за згадуваннями 3–4 рази для кожного рівня реалізації	**2**	**0**	**8**	**10**
5–8	Вплив через родину та спільні зміни у звичках		✓	✓	
	Залучення психологів та психологічна підтримка			✓	✓
	Формування культури здоров'я з дитинства		✓	✓	✓
	Навчання медиків комунікації з пацієнтами та персоніфікованого підходу			✓	✓
	Профогляди і здоровий спосіб життя як частина корпоративної культуру			✓	✓
	Формувати усвідомлене відповідальне ставлення та самодисципліну у пацієнтів	✓	✓	✓	✓
	Проводити інформаційні зустрічі з лікарями у офлайн та онлайн форматі			✓	✓
	Організовувати марафони, челенджі та творчі гуртки для підтримки здорового способу життя	✓		✓	✓
	Створювати групи взаємопідтримки та формати «рівний–рівному»			✓	✓
	Розвиток ветеранських просторів із залученням медичних фахівців				✓
	Використовувати сучасні канали комунікації для поширення коротких і зрозумілих медичних повідомлень			✓	✓
	Створювати прості друковані матеріали для підтримки самоконтролю і медичної обізнаності			✓	✓
	Систематичні нагадування та моніторинг стану здоров'я пацієнтів			✓	✓
	Формування здорових харчових звичок	✓	✓	✓	✓
	Пацієнти мають отримувати повну, зрозумілу і персоналізовану інформацію від лікаря	✓		✓	✓

Кількість згадувань	ІДЕЯ	Рівень реалізації			
		Рівень 1. Окремі особи	**Рівень 2.** Родина/ громада	**Рівень 3.** Медичні працівники	**Рівень 4.** Організація
	Пацієнт має право змінити сімейного лікаря, якщо не відчуває довіри чи належної уваги	✓			
	Розробити чітку дорожню карту перенаправлень пацієнтів			✓	✓
	Всього ідей за згадуваннями 5–8 рази для кожного рівня реалізації	**5**	**4**	**15**	**15**
Всього ідей для кожного рівня реалізації		**12**	**7**	**30**	**31**

ВИСНОВКИ

Підхід Ophelia виявився особливо корисним у нашому дослідженні, оскільки дав змогу поєднати багатовимірну оцінку медичної грамотності, глибинні інтерв'ю та залучення представників громади до генерування ідей щодо майбутніх інтервенцій. Це забезпечило не лише збір даних, а й створення середовища для конструктивної взаємодії між членами громади, медичними працівниками та особами, які ухвалюють рішення. Такий підхід дозволив виявити локальні сильні сторони й проблеми, що впливають на доступ до медичних знань і послуг, та сприяв формуванню змістовних і практичних напрямів подальших дій у сфері медичної грамотності щодо самоконтролю АГ.

У результаті комплексної оцінки було визначено рівень медичної грамотності пацієнтів віком 30–60 років із діагнозом АГ. Використання інструментів Ophelia дало змогу сформувати 25 кластерів (11 — у Львівській та 14 — у Хмельницькій областях), які відобразили широкий спектр моделей поведінки та рівня медичної грамотності різних кластерів населення певної громади.

Результати демонструють варіативність рівня медичної грамотності серед населення Львівської та Хмельницької областей. У Львівській області високий рівень медичної грамотності мали 44 особи (20,0 %) із 220 опитаних, середній рівень — 106 (48,2 %) і низький рівень — 70 (31,8 %). У Хмельницькій області високий рівень медичної грамотності мали 19 осіб (8,6 %) із 220 опитаних, середній — 164 (74,6%), низький — (16,8%).

У Львівській області частка респондентів із високим рівнем медичної грамотності є вдвічі вищою, ніж у Хмельницькій (20,0 % проти 8,6 %). Водночас у Львівській області також вищий відсоток осіб із низьким рівнем, що вказує на більшу поляризацію знань серед населення. Для Хмельницької області характерна домінуюча частка респондентів із середнім рівнем медичної грамотності (74,0 %), що свідчить про відносну однорідність у сприйнятті та засвоєнні медичної інформації. У Львівській області респонденти продемонстрували вищі середні значення за шкалами HLQ, які стосуються активного піклування про своє здоров'я та оцінці інформації про своє здоров'я. Натомість за всіма іншими шкалами респонденти Хмельницької області продемонстрували трохи вищі бали.

Отримані результати вказують на різні акценти для підвищення медичної грамотності у двох областях. У Львівській області респонденти вже продемонстрували сильніші позиції у сфері активного піклування про здоров'я та критичної оцінки інформації. Тому ключовим завданням є посилення інших компонентів — зокрема здатності орієнтуватися в системі охорони здоров'я, налагодження взаємодії з медичними працівниками та кращого використання наявної інформації. У Хмельницькій області, навпаки, учасники показали дещо вищі результати за цими аспектами, проте мають більшу потребу у розвитку навичок активного піклування про власне здоров'я та критичного аналізу медичних даних.

Окрім відмінностей у загальному розподілі рівнів медичної грамотності, спостерігаються й різні акценти у профілях учасників. Наприклад, у Львівській області чітко виокремилися респонденти з високим рівнем довіри до медичних працівників і гарною соціальною підтримкою, але зі слабким вмінням орієнтуватися в системі охорони здоров'я, тоді як у Хмельницькій області частіше траплялись респонденти з протилежним профілем — вони покладаються на самостійну оцінку, але уникають активної взаємодії з системою.

Дослідження підтвердило, що дотримання рекомендацій лікаря щодо самоконтролю АТ безпосередньо пов'язане з рівнем медичної грамотності. Згідно з відповідями на додаткові запитання анкети, учасники з кластерів із високими показниками за шкалами HLQ частіше демонструють регулярний прийом ліків, систематичне вимірювання АТ, ведення щоденника АТ, участь у навчальних заходах і регулярне звернення до лікарів.

Водночас аналіз основних шкал HLQ у кластерах із нижчими балами виявив низку бар'єрів, що можуть перешкоджати належному виконанню медичних рекомендацій: обмежену здатність до самостійної оцінки медичної інформації, труднощі з орієнтуванням у системі охорони здоров'я, а також нестачу стабільної соціальної підтримки. Таким чином, рівень медичної грамотності є одним із ключових чинників, який впливає як на сприйняття рекомендацій, так і на готовність їх виконувати.

У результаті дослідження в обох областях було виявлено низку демографічних, соціальних та економічних чинників, що впливають на рівень медичної грамотності населення. Вищі показники HLQ частіше демонстрували респонденти віком 40–59 років, з вищою освітою та ті, хто працює. Водночас до кластерів з нижчим рівнем медичної грамотності частіше входили особи віком 60+, які проживають у малочисельних сім'ях, не працюють або мають інвалідність. Жінки становили більшість у всіх кластерах, однак прямого зв'язку між статтю та рівнем медичної грамотності не виявлено. Також не встановлено зв'язку між матеріальним становищем та рівнем медичної грамотності, що може свідчити про опосередкований вплив економічних чинників через інші змінні — наприклад доступ до освіти, цифрових технологій або медичних послуг.

Результати отримані під час проведення кількісного компоненту дослідження показали значну варіативність показників між чотирма закладами ПМСД Львівської та Хмельницької областей. Рівень виявлення та обліку АГ, навантаження на лікарів, частоту вимірювань АТ тощо суттєво різняться. На це може впливати сукупність факторів, зокрема організаційні особливості роботи закладів, кадрове забезпечення, географічне розташування (місто чи селище), а також рівень цифрової спроможності та внутрішніх процесів моніторингу і ведення обліку даних. Різні заклади використовують різні медичні інформаційні системи, а в деяких випадках і паперові носії, що ускладнило уніфікацію зібраних даних від закладів та подальшу їх обробку. Важливо зауважити, що особливості визначених показників у кожному закладі формуються під впливом поєднання комплексу чинників і потребують додаткового вивчення та індивідуального аналізу.

Згенеровані ідеї щодо підвищення рівня медичної грамотності населення у Львівській області свідчать про стійкий суспільний запит на живу, підтримуючу та доступну систему взаємодії у сфері охорони здоров'я. Підвищення рівня медичної грамотності тут передусім пов'язується з розвитком зрозумілої комунікації між пацієнтом і медичним працівником, створенням безпечного середовища для обміну досвідом, а також з поширенням коротких і доступних інформаційних повідомлень через сучасні канали. Учасники дослідження бачать потребу у формуванні сталих звичок щодо профілактики та самоорганізації — через регулярні огляди, нагадування та зрозумілу маршрутизацію. Медична грамотність, на думку респондентів, має формуватися не ізольовано, а в контексті емоційної підтримки, спільної відповідальності та щоденного супроводу.

У Хмельницькій області учасники дослідження чітко окреслили бачення медичної грамотності як складової функціональної медичної системи. Ключовими інструментами підвищення обізнаності населення визначаються: систематичні профілактичні огляди, моніторинг стану здоров'я, зручна логістика послуг, персоналізоване інформування від лікаря та розвиток цифрових сервісів. Водночас важливою залишається і робота з мотивацією — формування культури здоров'я з дитинства, психологічна підтримка, створення зрозумілих прикладів і пояснень, які сприяють поведінковим змінам. Загалом, підвищення медичної грамотності у регіоні пов'язується із поєднанням чіткої організації, індивідуального підходу та постійної доступності корисної медичної інформації.

РЕКОМЕНДАЦІЇ

На основі результатів дослідження у Львівській та Хмельницькій областях, із застосуванням підходу Ophelia, сформульовано прикладні рекомендації для дій на різних рівнях. Вони мають на меті зменшити бар'єри, пов'язані з доступом до медичної інформації, покращити взаємодію пацієнтів із системою охорони здоров'я та підтримати сталу поведінкову зміну в напрямку підвищення рівня медичної грамотності.

НА РІВНІ ОКРЕМИХ ОСІБ:

- Готуватися до візиту до лікаря: записувати запитання, симптоми, перелік ліків.
- Уточнювати незрозуміле у медпрацівника, просити пояснити простими словами.
- Записувати основні рекомендації після консультації — у блокнот чи в телефон.
- Використовувати достовірні джерела інформації (сайти НСЗУ, МОЗ, поради лікаря).
- Регулярно проводити самоконтроль показників здоров'я (тиск, цукор, вага тощо).
- Обговорювати питання здоров'я з близькими — родинна підтримка підсилює дію знань.
- Відвідувати інформаційні сесії, міні-консультації, переглядати навчальні відео з інформацією про здоров'я.
- Створити простий «план дій» на випадок погіршення самопочуття.
- Зберігати важливі контакти (лікар, екстрені служби) у легкодоступному місці.
- Використовувати візуальні підказки (наклейки, картинки), якщо складно запам'ятати інформацію.

НА РІВНІ ГРОМАДИ:

- Проводити інформаційні сесії, міні-лекції у громадах (ЦНАПи, школи, будинки культури).
- Створювати прості інформаційні матеріали по здоров'я і профілактику (плакати, буклети, пам'ятки).
- Впроваджувати ініціативи «рівний–рівному» для обміну досвідом про здорові практики (наприклад, клуби здоров'я).
- Створювати і розміщувати прості й зрозумілі інформаційні стенди про здоров'я у громадських місцях.
- Поширювати короткі інформаційні відео про здоров'я через месенджери, соціальні мережі, вайбер-канали.
- Підтримувати освітні медичні ініціативи для вразливих груп: людей з інвалідністю, осіб старшого віку, внутрішньо переміщених осіб.

НА РІВНІ ПОВСЯКДЕННОЇ ПРАКТИКИ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ:

- Посилити коротке профілактично-інформаційне консультування під час візиту.
- Надавати пацієнтам друковані пояснення після візиту (схеми лікування, маршрути).
- Пояснювати пацієнтам, як користуватися електронними медичними ресурсами (eHealth, Helsi та ін.).
- Робити медичну інформацію зручною та доступною для пацієнтів: оформлювати стенди, сайти, направлення і реєстратури зрозумілою мовою, з простими інструкціями, великим шрифтом і візуальними підказками.

- Враховувати рівень медичної грамотності пацієнтів у проєктуванні сервісів і комунікації.
- Посилювати комунікацію на різних рівнях медичної допомоги (сімейний лікар — вузький спеціаліст).

НА РІВНІ ПОЛІТИК ТА ОРГАНІЗАЦІЙНИХ ПРОЦЕДУР:

- Визнати підвищення медичної грамотності населення складовою профілактичної політики.
- Інтегрувати компонент медичної грамотності у місцеві програми здоров'я.
- Забезпечити міжсекторальну взаємодію для підвищення медичної грамотності: медична сфера, освіта, соціальна сфера.
- Підтримувати навчання медиків з комунікації з пацієнтами з низькою медичною грамотністю.
- Створити базу перевірених інформаційних матеріалів для використання громадами.
- Зберігати дослідницьку складову підходу Ophelia на всіх етапах впровадження змін — від збору даних до оцінки впливу.

ДОДАТОК 1

ДОДАТКОВІ ПИТАННЯ ДО ОПИТУВАЛЬНИКА HLQ ЩОДО РІВНЯ ЗНАНЬ ПАЦІЄНТІВ ПРО АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ ТА МЕТОДИ ЇЇ КОНТРОЛЮ

1. Чи знаєте Ви, які показники артеріального тиску вважаються нормальними?

1. Так
2. Ні

1.1. Якщо Ваша відповідь «Так», наведіть, будь ласка, такий показник:

_____

2. Як часто Ви вимірюєте рівень артеріального тиску?

1. Щодня
2. 2—4 рази на тиждень
3. 1 раз на тиждень
4. Рідше ніж 1 раз на тиждень
5. Ніколи

3. Чи ведете Ви щоденник вимірювання артеріального тиску?

1. Так, регулярно
2. Інколи
3. Ні, ніколи

4. Чи регулярно Ви приймаєте антигіпертензивні препарати, призначені Вашим лікарем для підтримки тиску у нормі?

1. Так, регулярно
2. Інколи
3. Ні, ніколи

5. Чи досягаєте Ви цільового рівня артеріального тиску (систолічний («верхнє» значення) — 139 мм рт. ст., діастолічний («нижнє» значення) — 89 мм рт. ст.) під час лікування артеріальної гіпертензії?

1. Так
2. Ні

6. Чи Ви звертаєтеся до свого лікаря для корекції антигіпертензивної терапії?

1. Так, регулярно
2. Інколи
3. Ні, ніколи

7. Чи знаєте Ви про можливі ускладнення, пов'язані з артеріальною гіпертензією (наприклад, інсульт, інфаркт міокарда, ниркова недостатність)?

1. Так
2. Ні

8. Чи проходили Ви навчання або консультації щодо самоконтролю артеріальної гіпертензії?

1. Так, у медичному закладі
2. Так, онлайн / за допомогою мобільних додатків
3. Ні, не проходив(ла)

9. Чи знаєте Ви, що рівень артеріального тиску, в доповнення до медикаментозної терапії, можна контролювати за допомогою зниження споживання кухонної солі, відмови від вживання тютюну та алкоголю, здорового харчування, регулярної фізичної активності?

1. Так
2. Ні

СОЦІАЛЬНО-ДЕМОГРАФІЧНІ ЗАПИТАННЯ

1. Стать респондента (Відмітьте не запитуючи).

1. Чоловік
2. Жінка

2. Скільки Вам повних років?

_____

3. Вкажіть Ваш найвищий рівень освіти:

1. Дошкільна освіта
2. Початкова освіта (1–4 класи у закладах загальної середньої освіти)
3. Неповна середня освіта (атестат за 8–9 класів загальної середньої освіти)
4. Повна загальна середня освіта (атестат про повну загальну середню освіту за 10–11 класів)
5. Повна загальна середня освіта (отримана у закладах професійної (професійно-технічної) освіти)
6. Професійна (професійно-технічна) освіта на базі повної загальної середньої освіти
7. Фахова передвища та вища освіта («Молодший бакалавр», «Молодший спеціаліст» , «Фаховий молодший бакалавр»)
8. Базова вища освіта (бакалавр)
9. Повна вища освіта (спеціаліст)
10. Повна вища освіта (магістр)
11. Аспірантура, вчений ступінь

4. Ваш сімейний стан:

1. Одружений/заміжня
2. Неодружений/незаміжня
3. Розлучений/розлучена
4. Вдівець/вдова
5. Інше

_____

5. Ваше постійне місце проживання:

1. Місто
2. Селище міського типу
3. Село

6. Якщо матеріальне становище середньостатистичної сім'ї України прийняти за деякий середній показник, то як Ви порівняно з ним оцінюєте матеріальне становище Вашої сім'ї?

1. Дуже низьке
2. Низьке
3. Нижче за середнє
4. Середнє
5. Вище за середнє
6. Високе
7. Дуже високе

7. Вкажіть Вашу професійну зайнятість:

1. Займаюсь домогосподарством
2. Працюю на повну ставку
3. Працюю неповний робочий день
4. Тимчасово не працюю
5. Пенсіонер(ка)
6. Хворий(а) / особа з інвалідністю
7. Інше

_____

8. Чи могли б Ви перерахувати усіх членів родини, які з Вами проживають? Декілька варіантів відповіді:

1. Мати
2. Батько
3. Мачуха (або подруга батька / партнерка)
4. Вітчим (або друг матері / партнер)
5. Дідусь
6. Бабуся
7. Син
8. Донька
9. Брат
10. Сестра
11. Інше

_____
(вкажіть, будь ласка)

12. Відмова від відповіді (не зачитувати)

8.1. Вкажіть, будь ласка, склад Вашої сім'ї (скільки осіб проживає разом з вами):

_____
(вкажіть, будь ласка)

9. Чи маєте Ви хронічні хвороби, такі як?..
Декілька варіантів відповіді:

1. Серцево-судинні захворювання
2. Цукровий діабет
3. Онкозахворювання
4. Бронхіальна астма або інші захворювання легенів
5. Інше

_____
(вкажіть, будь ласка)

6. Нічого з переліченого

10. Чи були перенесені в минулому такі захворювання як інсульт, інфаркт міокарда?

1. Так
2. Ні

ДОДАТОК 2

РОЗПОДІЛ ВІДПОВІДЕЙ НА ДОДАТКОВІ ПИТАННЯ ДО ОПИТУВАЛЬНИКА HLQ ЩОДО РІВНЯ ЗНАНЬ ПАЦІЄНТІВ ПРО АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ ТА МЕТОДИ ЇЇ КОНТРОЛЮ

Таблиця 1. Рівень знань про артеріальну гіпертензію і методи її контролю серед респондентів, 11 кластерів у Львівській області (стор.69).

Таблиця 2. Соціально-демографічні характеристики респондентів, 11 кластерів у Львівській області (стор.70).

Таблиця 3. Рівень знань про артеріальну гіпертензію і методи її контролю серед респондентів, 14 кластерів у Хмельницькій області (стор.71).

Таблиця 4. Соціально-демографічні характеристики респондентів, 14 кластерів у Хмельницькій області (стор.72).

№ кластера	ID кластера	Кількість осіб в кластері	Обізнаність про нормальні показники тиску, %					Частота вимірювання АТ, %					Ведення щоденника АТ, %			Регулярність прийому антигіпертензивних препаратів, %			Досягнення цільового рівня АТ,%		Звернення до свого лікаря для корекції антигіпертензивної терапії, %			Обізнаність про можливі ускладнення, пов'язані з АГ, %		Досвід навчання або консультацій щодо самоконтролю АТ,%			Обізнаність щодо методів контролю АТ, %		Наявність хронічних хвороб, %		Досвід перенесення інсульту/інфаркту міокарда, %	
			Так	Ні	Нормальний	Нижче нормального	Вище нормального	Щодня	2-4 рази на тиждень	1 раз на тиждень	Рідше, ніж 1 раз на тиждень	Ніколи	Так, регулярно	Інколи	Ні, ніколи	Так, регулярно	Інколи	Ні, ніколи	Так	Ні	Так, регулярно	Інколи	Ні, ніколи	Так	Ні	Так, у медичному закладі	Так, онлайн/за допомогою мобільних додатків	Ні, не проходив (ла)	Так	Ні	Так	Ні	Так	Ні
1	**8**	**6**	100	0	83	0	17	33	50	0	17	0	0	33	67	83	17	0	100	0	50	33	17	100	0	83	0	17	100	0	33	67	0	100
2	**2**	**38**	97	3	58	13	26	50	34	13	3	0	24	39	37	89	8	3	79	21	76	21	3	100	0	86	3	11	100	0	37	63	3	97
3	**5**	**33**	97	3	61	6	30	58	21	18	3	0	12	45	43	88	9	3	82	18	82	15	3	94	6	79	0	21	94	6	52	48	12	88
4	**3**	**46**	100	0	78	2	20	28	37	26	9	0	22	33	45	76	22	2	70	30	58	35	7	100	0	39	9	52	93	7	46	54	2	98
5	**4**	**20**	100	0	75	10	15	30	30	15	25	0	10	30	60	65	35	0	70	30	55	35	10	100	0	60	5	35	95	5	50	50	10	90
6	**7**	**7**	100	0	71	0	29	42	29	0	29	0	14	14	72	86	0	14	100	0	29	57	14	100	0	43	0	57	86	14	14	86	0	100
7	**6**	**28**	96	4	71	0	25	40	14	21	21	4	7	25	68	61	25	14	75	25	39	47	14	93	7	36	7	57	100	0	46	54	7	93
8	**1**	**19**	100	0	84	0	16	26	26	16	32	0	5	16	79	79	21	0	79	21	58	37	5	100	0	32	0	68	100	0	63	37	5	95
9	**11**	**6**	100	0	66	17	17	17	0	83	0	0	0	33	67	50	50	0	67	33	17	83	0	100	0	0	0	100	100	0	67	33	0	100
10	**10**	**6**	100	0	33	17	50	17	83	0	0	0	33	34	33	83	17	0	100	0	50	50	0	100	0	33	0	67	100	0	67	33	0	100
11	**9**	**11**	91	9	36	0	55	27	46	0	18	9	9	27	64	45	45	10	82	18	18	46	36	100	0	9	0	91	91	9	36	64	9	91

№ кластера		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
ID кластера		8	2	5	3	4	7	6	1	11	10	9
Кількість осіб в кластері		6	38	33	46	20	7	28	19	6	6	11
Стать	Чоловік	50	26	45	30	45	71	50	32	50	33	82
	Жінка	50	74	55	70	55	29	50	68	50	67	18
Середній вік		47	50	51	52	47	49	51	52	51	53	53
Вік, %	30-39 років	50	11	3	5	20	14	4	0	17	0	0
	40-49 років	0	28	36	43	30	14	25	26	17	17	27
	50-60 років	50	61	61	52	50	72	71	74	66	83	73
Рівень освіти, %	Середня освіта	17	16	3	2	5	0	11	5	0	17	36
	Професійно-технічна освіта	17	21	27	20	20	14	14	37	33	0	9
	Початковий рівень вищої освіти	17	34	40	28	35	29	14	5	50	33	0
	Вища освіта	49	29	30	50	40	57	61	53	17	50	55
Сімейний стан, %	Одружений/заміжня	66	74	82	76	95	86	75	79	83	83	64
	Неодружений/незаміжня	17	5	0	9	0	14	7	5	0	0	18
	Розлучений/розлучена	17	3	6	13	5	0	18	11	17	17	18
	Вдівець/вдова	0	18	12	2	0	0	0	5	0	0	0
Склад сім'ї	Середня кількість осіб, які проживають одним домогосподарством	3,2	3,6	3,4	3,3	3,4	3,3	3,1	3,1	2,7	3,2	2,7
Місце проживання, %	Місто	67	63	64	83	75	71	78	74	100	83	100
	Селище міського типу	0	11	3	4	5	0	4	5	0	0	0
	Село	33	26	33	13	20	29	18	21	0	17	0
Матеріальне становище, %	Дуже низьке	0	0	0	0	0	0	0	0	17	0	0
	Низьке	17	8	9	7	5	0	22	21	0	33	18
	Нижче середнього	17	16	12	9	25	29	14	11	17	0	27
	Середнє	66	71	79	77	70	57	64	63	66	67	55
	Вище середнього	0	5	0	7	0	14	0	5	0	0	0
Професійна зайнятість, %	Займалось домогосподарством	0	5	0	7	5	0	0	0	0	17	9
	Працюю на повну ставку	33	55	64	64	80	72	60	47	66	32	46
	Працюю неповний робочий день	33	16	15	7	5	0	7	11	0	0	9
	Тимчасово не працюю	0	13	6	4	0	14	11	11	17	17	9
	Пенсіонер (ка)	0	3	9	9	10	14	11	5	0	17	9
	Хворий (а)/особа з інвалідністю	17	8	6	7	0	0	4	11	17	17	18
	ФОП, підприємець, власник фірми	17	0	0	2	0	0	7	15	0	0	0

№ кластера	ID кластера	Кількість осіб в кластері	Обізнаність про нормальні показники тиску, %					Частота вимірювання АТ, %					Ведення щоденника АТ, %			Регулярність прийому антигіпертензивних препаратів, %			Досягнення цільового рівня АТ,%		Звернення до свого лікаря для корекції антигіпертензивної терапії, %			Обізнаність про можливі ускладнення, пов'язані з АГ, %		Досвід навчання або консультацій щодо самоконтролю АТ,%			Обізнаність щодо методів контролю АТ, %		Наявність хронічних хвороб, %		Досвід перенесення інсульту/інфаркту міокарда, %	
			Так	Ні	Нормальний	Нижче нормального	Вище нормального	Щодня	2-4 рази на тиждень	1 раз на тиждень	Рідше, ніж 1 раз на тиждень	Ніколи	Так, регулярно	Інколи	Ні, ніколи	Так, регулярно	Інколи	Ні, ніколи	Так	Ні	Так, регулярно	Інколи	Ні, ніколи	Так	Ні	Так, у медичному закладі	Так, онлайн/за допомогою мобільних додатків	Ні, не проходив (ла)	Так	Ні	Так	Ні	Так	Ні
1	9	7	100	0	57	29	14	71	0	29	0	0	14	14	72	86	14	0	86	14	71	29	0	100	0	57	0	43	100	0	86	14	14	86
2	11	12	100	0	83	17	0	75	25	0	0	0	50	17	33	92	8	0	100	0	92	8	0	100	0	83	0	17	100	0	100	0	0	100
3	14	1	100	0	100	0	0	100	0	0	0	0	0	100	0	100	0	0	100	0	100	0	0	100	0	0	0	100	100	0	100	0	100	0
4	12	12	100	0	92	8	0	58	17	25	0	0	16	42	42	92	8	0	100	0	67	25	8	100	0	58	8	34	100	0	92	8	8	92
5	6	40	100	0	84	3	13	72	18	10	0	0	25	28	47	92	8	0	95	5	62	33	5	100	0	50	8	42	100	0	100	0	3	97
6	5	51	100	0	84	2	14	35	37	24	4	0	24	45	31	94	6	0	100	0	82	16	2	100	0	59	2	39	100	0	96	4	8	92
7	4	14	100	0	86	7	7	58	14	14	14	0	14	43	43	93	7	0	100	0	71	29	0	100	0	43	0	57	100	0	100	0	0	100
8	1	18	100	0	100	0	0	44	17	28	11	0	17	55	28	94	6	0	100	0	67	33	0	100	0	61	11	28	100	0	89	11	11	89
9	8	14	100	0	86	0	14	58	21	21	0	0	29	29	42	93	7	0	93	7	57	43	0	100	0	71	0	29	100	0	100	0	14	86
10	7	14	100	0	100	0	0	29	43	7	7	14	14	36	50	79	21	0	93	7	50	50	0	100	0	43	0	57	100	0	86	14	0	100
11	3	15	100	0	93	7	0	40	0	20	40	0	14	33	53	87	13	0	93	7	60	40	0	100	0	33	0	67	100	0	73	27	7	93
12	10	7	100	0	71	29	0	57	43	0	0	0	29	42	29	86	0	14	100	0	57	43	0	100	0	14	29	57	100	0	71	29	0	100
13	13	7	100	0	86	0	14	14	29	57	0	0	0	43	57	100	0	0	86	14	57	43	0	86	14	29	14	57	86	14	71	29	29	71
14	2	8	100	0	100	0	0	38	38	24	0	0	0	25	75	62	38	0	100	0	25	75	0	100	0	25	0	75	100	0	100	0	0	100

№ кластера	ID кластера	Кількість осіб в кластері	Стать		Середній вік	Вік, %			Рівень освіти, %				Сімейний стан, %				Склад сім'ї	Місце проживання, %			Матеріальне становище, %					Професійна зайнятість, %						
			Чоловік	Жінка		30-39 років	40-49 років	50-60 років	Середня освіта	Професійно-технічна освіта	Початковий рівень вищої освіти	Вища освіта	Одружений/заміжня	Неодружений/незаміжня	Розлучений/розлучена	Вдівець/вдова	Середня кількість осіб, які проживають одним домогосподарством	Місто	Селище міського типу	Село	Дуже низьке	Низьке	Нижче середнього	Середнє	Вище середнього	Займаюсь домогосподарством	Працюю на повну ставку	Працюю неповний робочий день	Тимчасово не працюю	Пенсіонер (ка)	Хворий (а)/особа з інвалідністю	ФОП, підприємець, власник фірми
1	9	7	43	57	52	0	29	71	0	0	14	86	57	0	14	29	2	100	0	0	0	0	29	71	0	0	57	0	0	43	0	0
2	11	12	17	83	47	8	50	42	0	0	42	58	84	8	8	0	3	100	0	0	0	0	8	75	17	0	92	0	8	0	0	0
3	14	1	0	100	44	0	100	0	0	0	0	100	100	0	0	0	2	100	0	0	0	0	0	100	0	0	100	0	0	0	0	0
4	12	12	8	92	51	9	33	58	8	8	42	42	58	8	17	17	3	100	0	0	0	8	17	75	0	0	76	0	8	8	8	0
5	6	40	22	78	49	23	23	54	10	8	50	32	83	3	7	7	3	85	0	15	3	8	17	69	3	3	60	0	12	25	0	0
6	5	51	25	75	53	0	24	76	8	18	39	35	74	4	10	12	2	98	0	2	4	19	14	59	4	4	68	0	8	12	6	2
7	4	14	14	86	50	7	36	57	14	7	36	43	86	0	14	0	3	100	0	0	0	7	14	79	0	0	93	0	0	7	0	0
8	1	18	28	72	51	0	44	56	6	17	44	33	83	0	11	6	3	94	0	6	6	11	11	72	0	11	66	6	0	11	6	0
9	8	14	14	86	54	7	14	79	29	14	36	21	57	7	29	7	2	79	0	21	7	36	14	43	0	7	64	0	0	29	0	0
10	7	14	36	64	49	0	50	50	28	0	36	36	72	14	14	0	3	93	0	7	7	22	14	57	0	7	86	0	0	7	0	0
11	3	15	0	100	54	0	20	80	27	40	13	20	66	0	7	27	2	100	0	0	7	7	13	66	7	0	66	7	7	7	13	0
12	10	7	57	43	51	0	43	57	0	29	29	42	57	29	0	14	3	86	0	14	0	29	14	57	0	0	86	0	14	0	0	0
13	13	7	57	43	55	0	14	86	14	43	14	29	72	0	14	14	3	71	0	29	14	0	29	14	43	0	29	0	0	14	43	14
14	2	8	75	25	52	0	50	50	37	13	50	0	100	0	0	0	3	100	0	0	0	0	0	100	0	0	87	0	0	13	0	0

Звіт за результатами пілотного дослідження «Оцінка рівня медичної грамотності населення Львівської та Хмельницької областей стосовно самоконтролю артеріальної гіпертензії з використанням багатовимірної оцінки медичної грамотності (HLQ)».

Матеріал підготовлений – ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України»

Дизайн посібника – ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України»

Замовник – ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України»

ЗВІТ РОЗПОВСЮДЖУЄТЬСЯ БЕЗКОШТОВНО

© ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України»

У разі використання інформаційних матеріалів посилання
на ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України» обов'язкове.