



ЦЕНТР
ГРОМАДСЬКОГО
ЗДОРОВ'Я



Co-funded by
the European Union



JACARDI



РЕЗЮМЕ ПІЛОТНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

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

АКТУАЛЬНІСТЬ

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'я¹.

В контексті артеріальної гіпертензії (АГ) медична грамотність особливо важлива. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, 1,28 млрд дорослих людей у віці 30-79 років у всьому світі мають АГ. І менше, ніж у половини дорослих (42%) з АГ встановлений діагноз і призначене лікування. Приблизно у 21% дорослих з АГ цей стан контрольований². В Україні поширеність АГ серед дорослих 30-79 років становить 43%, або близько 13,2 млн осіб. Особливо важливим є вік 30-60 років, коли набуті раніше звички у сфері контролю за власним здоров'ям потребують більшої системності, а в окремих випадках — модифікації.

Пацієнти з низьким рівнем знань про АГ 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 інформації³.

Дослідження рівня медичної грамотності населення стосовно контролю АГ є необхідним для розробки ефективних заходів, які допоможуть покращити контроль АГ та знизити ризик розвитку ускладнень.

Дане пілотне дослідження виконане Державною установою «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України» в межах проекту JACARDI «Спільна дія щодо серцево-судинних захворювань та діабету» за фінансування програми Європейського Союзу «EU4Health».

МЕТОДОЛОГІЧНА БАЗА

МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ

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

ГЕОГРАФІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

Львівська та Хмельницька області, чотири центри первинної медико-санітарної допомоги (ЦПМСД) (по два заклади з кожної області)⁴.

ЦІЛЬОВА ГРУПА ДОСЛІДЖЕННЯ

Пацієнти віком 30-60 років з діагностованою АГ, які відвідують ЦПМСД.

МЕТОДОЛОГІЯ ТА ДИЗАЙН ДОСЛІДЖЕННЯ

Пілотне дослідження базувалося на підході **Ophelia** (Optimising Health Literacy and Access)⁵, який дозволяє вивчити рівень медичної грамотності з урахуванням соціального контексту, локальних потреб і практичного досвіду пацієнтів, а також передбачає активне залучення громади на всіх етапах.

Згідно з методологією дослідження було проведено кількісний та якісний компоненти.

¹ <http://surl.li/xmfbr1>

² <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>

³ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7797540/>

⁴ вибір регіонів базувався на показнику «Лікування гіпертонії» (сайт Національної служби охорони здоров'я) та наявності попереднього досвіду впровадження профілактичних інтервенцій

⁵ <https://healthliteracydevelopment.com/>

ОТРИМАНІ РЕЗУЛЬТАТИ

РЕЗУЛЬТАТИ КІЛЬКІСНОГО КОМПОНЕНТУ ДОСЛІДЖЕННЯ



крок 1

Збір інформації з форм первинної облікової документації ЦПМСД

В даному компоненті була зібрана та проаналізована інформація з форм первинної облікової документації, що відображає кількість і тип наданих послуг населенню з АГ у 2021-2024 роках (у розрізі кварталів), у чотирьох медичних закладах двох пілотних областей.



крок 2

Аналіз отриманих даних

Аналіз даних, отриманих із чотирьох ЦПМСД Львівської та Хмельницької областей, продемонстрував помітну варіативність за всіма основними показниками, що стосуються контролю АГ. Такі відмінності можуть бути пов'язані з рядом чинників: використання різних медичних інформаційних систем (деякі заклади використовують паперові носії для збору певних показників), кадрове забезпечення, чисельність задекларованого населення, географічне розташування (місто чи селище), а також організаційна структура роботи кожного закладу.

Було виявлено, що впродовж 2021–2024 років загальна кількість відвідувань пацієнтами старше 18 років закладів ПМСД демонструє тенденцію до зниження. Така динаміка може бути зумовлена впливом війни росії проти України — зокрема внутрішньою міграцією населення, змінами в доступності медичних послуг, а також зменшенням кількості планових звернень. Спостерігаються суттєві відмінності у кількості відвідувань і навантаженні на одного лікаря між закладами.

Аналіз показав, що всі пілотні заклади ЦПМСД проводять первинну діагностику АГ серед дорослого населення (вимірювання рівня АТ, вимірювання маси тіла, лабораторні та інструментальні методи дослідження). Водночас частка нововиявлених випадків АГ коливається між закладами. У деяких випадках частка нових діагнозів у загальній кількості пацієнтів з АГ за окремий період не перевищує 3%, в інших — досягає понад 50%. Така різниця може бути зумовлена різною активністю скринінгових заходів, доступом до первинної допомоги, підходами до ведення документації та ін.

Було виявлено, що частка випадків ускладнень (інфаркт міокарда, інсульт, серцева недостатність, ниркова недостатність) серед пацієнтів з АГ варіюється між закладами — від поодиноких випадків до понад 11%. Вищі показники фіксуються переважно у менших містах, де обмежений доступ до вторинної медичної допомоги або є складнощі зі спеціалізованою підтримкою. Водночас в окремих випадках прослідковується зв'язок між віком і частотою ускладнень — в старших вікових групах (60 років і старше) фіксується зростання частки випадків ускладнень.



крок 3

Формування аналітичного звіту

У межах цього кроку за результатами аналізу статистичних форм було сформовано аналітичні матеріали, які разом із результатами якісного компонента дослідження ляжуть в основу розробки інтервенцій, спрямованих на підвищення рівня медичної грамотності населення щодо профілактики та активного самоконтролю АГ.

РЕЗУЛЬТАТИ ЯКІСНОГО КОМПОНЕНТУ ДОСЛІДЖЕННЯ



крок 1

Проведення збору даних про рівень медичної грамотності у пацієнтів з АГ за допомогою опитувальника з медичної грамотності (HLQ)

Було опитано 440 респондентів (220 з кожної області, 110 з кожного закладу) за допомогою опитувальника HLQ. Опитувальник HLQ складається з дев'яти 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.

Дослідження показало певну 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 — 37 (16,8%).

До основних шкал HLQ в опитувальник були включені додаткові запитання, які стосувалися знань респондентів щодо АГ та способів її контролю, а також охоплювали соціально-демографічні показники. Отримані дані дозволили виявити 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 років і старше, 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.



крок 2

Здійснення кластерного аналізу отриманих даних за результатами опитування за HLQ

На основі даних, отриманих за допомогою опитувальника HLQ, було проведено кластерний аналіз з використанням статистичного програмного забезпечення SPSS (комп'ютерна програма для статистичної обробки даних). Метою такого аналізу було виявлення груп респондентів (кластерів) зі схожими патернами поведінки в контексті медичної грамотності згідно з подібними відповідями за дев'ятьма шкалами опитувальника HLQ. У результаті було створено 25 кластерів: 11 — для Львівської області та 14 — для Хмельницької області. Кластери були згруповані в три категорії: високий, середній та низький рівень медичної грамотності.

У Львівській області респонденти з високою медичною грамотністю показали впевнені результати у взаємодії з лікарями та роботі з інформацією, що свідчить про поєднання довіри й самостійності. Для середнього рівня характерні хороші інформаційні навички, але слабші показники в орієнтації в системі та активному піклуванні про здоров'я, що може бути пов'язано з бар'єрами доступності чи впевненості. Низький рівень відзначається низькими балами, особливо у довірі, доступі до інформації та навігації системою, хоча зберігаються певні компенсаторні ресурси — турбота про здоров'я, соціальна підтримка й пошук інформації.

Респонденти Хмельницької області з високим рівнем медичної грамотності продемонстрували майже максимальні бали за більшістю шкал, що відображає добре сформовані комплексні навички орієнтації в системі охорони здоров'я. Для середнього рівня характерна різноманітність результатів: навіть за наявності довіри до лікарів і доступу до інформації бракує критичного оцінювання та практичного застосування

знань. Низький рівень супроводжується обмеженими навичками пошуку й використання інформації, що знижує здатність до самостійних рішень, хоча довіра до медиків і соціальна підтримка залишаються певними компенсаторними чинниками.



крок 3

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

Після проведення кластерного аналізу з кожного кластера було відібрано від 1 до 3 респондентів, які взяли участь у глибинних інтерв'ю щодо досвіду їх взаємодії з медичними послугами. Загалом було проведено 44 інтерв'ю (по 22 в кожній області). 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.



крок 4

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

Після проведення глибинних інтерв'ю, для кожної пілотної області були відібрані 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 Orphelia та є оптимальною для подальшої роботи над створенням основних категорій ідей.

На основі кількісних результатів опитування за шкалами HLQ, а також додаткових якісних даних, зібраних під час глибинних інтерв'ю, було сформовано короткі описові історії для кожного з обраних кластерів (відповідно 5 описових історій для кожної області). Представники цих історій є умовними, однак вони являють собою збірний образ із узагальненими характеристиками реальних респондентів, які потрапили до відповідних кластерів.



крок 5

Проведення воркшопів з генерування ідей щодо підвищення медичної грамотності населення

Після створення коротких описових історій, було проведено 16 воркшопів (8 — офлайн формату і 8 онлайн формату) з метою визначення ефективних місцевих ініціатив та практик, а також генерування ідей щодо підвищення рівня медичної грамотності населення у громадах. У воркшопах взяли участь управлінці у сфері охорони здоров'я, практикуючі медичні працівники, загальне населення із встановленим діагнозом АГ та загальне населення без АГ. Саме такий формат проведених заходів дозволив глибше зрозуміти проблеми у доступі до медичних послуг, потреби пацієнтів і виклики, з якими стикаються надавачі медичних послуг, що є запорукою комплексного та реалістичного підходу до планування інтервенцій.



крок 6

Підготовка резюме ідей, отриманих під час воркшопів

Після завершення серії воркшопів із генерування ідей команда дослідників отримала 517 практичних ідей щодо покращення медичної грамотності в громадах. Після аналізу та узагальнення виділено 40 унікальних ключових ідей, що охоплюють дії на рівні окремих людей, родин чи громад, повсякденної практики медичних працівників і організаційних політик. Деякі ідеї мали міжрівневий характер, що підкреслює інтегрований характер проблем та потреб, а також важливість комплексного підходу до їх вирішення.

Ці ідеї можна розділити на такі ключові категорії:



покращення комунікації з пацієнтами:

розробка зрозумілих та змістовних інформаційних матеріалів (друкованих, мультимедійних) для пацієнтів з АГ щодо прийому ліків, вимірювання АТ, модифікації способу життя;
проведення регулярних навчальних сесій у медичних закладах чи інших доступних просторах в громаді.



розширення доступу до самоконтролю пацієнтів з АГ:

облаштування спеціальних місць для вимірювання АТ в громадських місцях;
запровадження мобільних пунктів перевірки рівня АТ у громадах;
використання нагадувань у вигляді повідомлень або дзвінків для пацієнтів, які потребують регулярного контролю тиску.



підтримка пацієнтів у прийнятті рішень та самоконтролі:

створення груп самопомоги «рівний—рівному»;
організація навчання пацієнтів шляхом створення відеоінструкцій, проведення вебінарів чи коротких індивідуальних консультацій.



організаційні зміни:

узгодження дій між медичними працівниками щодо ведення пацієнтів із АГ;
впровадження простих механізмів для зворотного зв'язку від пацієнтів щодо зрозумілості отриманої інформації;
можливість звернення до медичних сестер за роз'ясненнями без попереднього запису до лікаря.

Усі запропоновані рішення сформульовані з урахуванням наявних ресурсів, обмежень і можливостей на рівні конкретних громад. Більшість ідей орієнтовані на забезпечення стабільної підтримки для тих пацієнтів, які мають нижчий рівень медичної грамотності та на розвиток практичних навичок, необхідних для самоконтролю АГ.

ВИСНОВКИ

Підхід Orphelia дозволив виявити локальні сильні сторони та проблеми, що впливають на доступ населення до медичних знань і послуг, а також сформувати практичні напрями подальших дій для підвищення медичної грамотності щодо самоконтролю АГ. Цей підхід забезпечив не лише збір даних, а й створення середовища для конструктивної взаємодії між пацієнтами, медичними працівниками та особами, які ухвалюють рішення.

Результати оцінки рівня медичної грамотності пацієнтів віком 30-60 років із діагнозом АГ продемонстрували певну варіативність між областями: у Львівській області високий рівень медичної грамотності спостерігався у (20,0%) із 220 опитаних, середній — у 48,2% і низький — у 31,8%. Тоді як у Хмельницькій області високий рівень медичної грамотності спостерігався у 8,6% із 220 опитаних, середній — у 74,6%, низький — у 16,8%.

Окрім відмінностей у загальному розподілі рівнів медичної грамотності, спостерігаються й різні акценти у профілях учасників. Так, 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 Хмельницькій області респонденти частіше покладаються на самостійну оцінку, та уникають активної взаємодії з системою.

Дослідження показало, що дотримання рекомендацій лікаря стосовно самоконтролю АТ безпосередньо пов'язане з рівнем медичної грамотності. 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.

У кластерах із нижчими балами виявлено 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.

Демографічні, соціальні та економічні чинники також впливають на рівень медичної грамотності. Вищі показники HLQ частіше демонстрували респонденти віком 40–59 років, з вищою освітою та ті, хто працює/займається підприємством. Водночас до кластерів з нижчим рівнем медичної грамотності частіше входили особи віком 60 років і старше, які проживають у малочисельних сім'ях, не працюють або мають інвалідність.

Результати 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.

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

Результати дослідження та зібрані ідеї дозволили окреслити практичні напрямки підвищення медичної грамотності на різних рівнях – від окремих людей до організацій та управління. На основі цього сформовано наступні рекомендації відповідно до чотирьох рівнів впровадження:

НА РІВНІ ОКРЕМИХ ОСІБ



- Формувати активну позицію щодо власного здоров'я: готуватися до візитів до лікаря, фіксувати основні рекомендації лікаря, стежити за власними показниками (рівень АТ, глюкоза крові, холестерин, маса тіла та ін.).
- Користуватися достовірними джерелами медичної інформації.
- Брати участь в навчальних заходах та обговорювати питання здоров'я з рідними та близькими.

НА РІВНІ ГРОМАДИ



- Поширювати просту, доступну інформацію у громадських місцях (ЦНАПи, школи, аптеки тощо).
- Проводити інформаційні кампанії в громадах через різні канали комунікації.
- Ініціювати навчальні активності для вразливих груп населення, в тому числі у форматі «рівний-рівному».

НА РІВНІ ПОВСЯКДЕННОЇ ПРАКТИКИ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ



- Пояснювати медичну інформацію пацієнтам зрозумілою мовою, з прикладами з повсякденного життя.
- Надавати короткі інструкції або пам'ятки після консультацій.
- Враховувати рівень медичної грамотності пацієнтів і адаптувати під неї подальшу комунікацію.

НА РІВНІ ПОЛІТИК ТА ОРГАНІЗАЦІЙНИХ ПРОЦЕДУР:



- Включати підвищення медичної грамотності населення до пріоритетних напрямів місцевих політик охорони здоров'я.
- Підтримувати навчання медичних працівників щодо ефективної комунікації з пацієнтами.
- Забезпечити міжсекторальну взаємодію для підвищення медичної грамотності: медична сфера, освіта, соціальна сфера.
- Інтегрувати підхід Orphelia на всіх етапах впровадження змін — від збору даних про рівень медичної грамотності громади до оцінки впливу запропонованих рішень на здоров'я населення.