

ИССЛЕДОВАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ КУЛЬТУРЫ НАСЕЛЕНИЯ БОЛГАРИИ

Т. Попов, д-р. пед. наук, профессор

С. Гаров, канд. мед. наук

Медицинский университет Софии, Болгария

Понятие медицинской грамотности означает познавательные и социальные навыки, которые определяют мотивацию и способность людей получать доступ к медицинской помощи, понимать и использовать информацию таким образом, чтобы данная информация способствовала укреплению здоровья.

Цель данного исследования состоит в изучении уровня медицинской грамотности в Болгарии для проведения сравнения со странами ЕС и попытке сформулировать стратегические действия по ее улучшению.

Согласно исследованию, проведенному с участием восьми стран Европейского Союза (ЕС), Болгария занимает последнее место по уровню медицинской грамотности, 62,1%

населения в стране имеют низкий и проблематичный уровень медицинской грамотности.

Для повышения уровня грамотности в вопросах здоровья населения Болгарии, крайне важно, чтобы секторы здравоохранения и образования работали вместе.

Ключевые слова: медицинская грамотность, образование в области здравоохранения, культура здоровья.

HEALTH CULTURE SURVEY IN BULGARIA

Prof. Dr. **Teodor Popov**,

Dr. **Svetoslav Garov**

Medical University Sofia, Bulgaria

The concept of health literacy includes cognitive and social skills that define the people's motivation and ability to gain access to health aid, understand and use any information in a way promoting and maintaining good health.

The aim of this scientific research is to study the health literacy level in Bulgaria, make comparisons with the European Union member-states and try to define any strategic activities focused on its improvement.

The study covering eight countries in the EU reveals that Bulgaria has the lowest level of health literacy, 62.1 % of the country population having low and problematic level of health literacy.

Health care and education should work together in order to increase the health literacy level of Bulgarians.

Key words: health literacy, health education, health culture.

Понятие медицинской грамотности представляет собой познавательные и социальные навыки, которые определяют мотивацию и способность людей получать доступ к медицинской помощи, понимать и использовать информацию таким образом, чтобы эта информация способствовала укреплению здоровья. [8] Медицинская грамотность означает не только получение информации из брошюр, но и успешное облегчение доступа населения к информации о здоровье и способность эффективно использовать эту информацию. Крайне важно поднимать уровень санитарной культуры населения. Определенная таким образом, медицинская грамотность выходит за рамки узкой концепции медицинского образования и индивидуального поведения, а направлена на охрану окружающей среды, на политические и социальные факторы, определяющие здоровье. [11, 12] Санитарное просвещение, в более глубоком понимании, стремится не только влиять на индивидуальные решения и образ жизни человека, но и повышать осведомленность о детерминанте здоровья и способствовать индивидуальным и коллективным действиям, которые могут привести к изменению этих факторов. Поэтому, медико–санитарное просвещение достигается с помощью таких методов, которые выходят за рамки простого распространения информации, а предполагают взаимодействие, участие и критический анализ. Такая модель медицинского образования создает грамотность в вопросах здоровья, что, в свою очередь, приводит к личной и общественной пользе, предоставляя возможность для эффективных действий в рамках всего общества, способствуя развитию социального капитала. [4]

Этот подход, также, выдвигает на первый план политические решения, которые влияют на доступ до информации и ее использование. Они, в свою очередь, имеют жизненно важное значение для достижения согласованных на международном уровне целей в области здравоохранения и развития, а также для предотвращения глобальных угроз здоровью, например, пандемии гриппа, изменения климата, передачи инфекционных заболеваний и др. [20]

Образование является ключевым социальным фактором здоровья и ряд исследований подтверждают тезис о том, что люди с низким уровнем грамотности испытывают трудности при понимании информации, связанной с вопросами здоровья и часто имеют серьез-

ные проблемы со здоровьем. [21] По результатам опроса на тему «Европейское исследование грамотности граждан в вопросах здоровья», проведенного по инициативе Европейской комиссии, болгары представляют собой группу с наиболее ограниченной медицинской грамотностью. [Рис.1.] [1]

Исследование охватывает восемь стран: Нидерланды, Германию, Грецию, Испанию, Австрию, Ирландию, Польшу и Болгарию. Болгария занимает последнее место по исследуемому показателю – уровню грамотности в вопросах здоровья. Согласно данным опроса, 62,1% населения в стране имеют низкий и проблематичный уровень медицинской грамотности. [14] Нидерланды занимает первое место, затем идут Германия и Австрия. Это означает, что большинству людей в Болгарии не хватает личных характеристик и социальных ресурсов, необходимых индивиду и обществу в целом для доступа, понимания, оценки и использования информации и услуг, для принятия решений, касающихся их здоровья. Другими словами, у них нет того уровня грамотности в вопросах здоровья, который необходим для принятия обоснованных решений в отношении своего здоровья и благополучия. Очень часто эти люди живут в неблагополучных районах страны, что, в свою очередь, означает, что им приходится иметь дело с большим числом неравенств. [19]



Источник: Eurostat

Кроме того, некоторые исследования показывают, что уровень грамотности в вопросах здоровья находится в прямой корреляции с финансовыми возможностями населения. Из результатов видно, что люди в бедных странах имеют более низкую медицинскую грамотность, а в более богатых странах, имеют более высокий уровень медицинской грамотности.

С точки зрения неравенства, люди с низким уровнем грамотности здоровья:

- имеют более низкую продолжительность жизни;
- испытывают трудности при выполнении медицинских предписаний;
- более вероятно, что будут иметь один или больше хронических проблем со здоровьем;

• менее вероятно, что примут профилактические меры, такие как исследования на онкологию, иммунизации и многое другое.

У них также:

- Более нездоровое поведение;
- Менее позитивные привычки;
- Низкий уровень информированности о своем здоровье;

- Более низкий уровень реагирования на кампанию в области общественного здравоохранения.

Хотя это и крайние примеры, которые показывают значительное влияние низкого уровня медицинской грамотности, ясно, что люди с низкой медицинской грамотностью не всегда понимают, чего от них ожидают. Это, в свою очередь, может увеличить неравенство в отношении здоровья среди населения.

Хорошо видны и финансовые затраты на систему здравоохранения, потому что те люди, которые не ходят регулярно к врачу, не понимают сущности здорового питания, а в некоторых случаях даже не используют предписанных лекарств. Исследование, проведенное в США, о финансовой стоимости ограниченной медицинской грамотности, показало, что она составляет от 3% до 5% от общего объема финансирования здравоохранения.

Таким образом, крайне важно, чтобы секторы здравоохранения и образования работали вместе в целях повышения медицинской грамотности населения. Начальные, средние школы и высшие учебные заведения предоставляют возможность пропаганды грамотности в вопросах здоровья, с целью уменьшения поведения с риском для здоровья и подготовки ребенка и подростка к ориентированию в системе здравоохранения. Программы медицинского образования должны начинаться в раннем детстве и, для реализации максимальной эффективности, постоянно обновляться на основе предыдущих знаний. Достижение медицинской грамотности среди учащихся может быть затруднено из-за отсутствия преемственности и согласованности образовательных программ здравоохранения для разных возрастных групп. [2, 10, 16]

Задачи образовательных программ национального здравоохранения:

1. Учащиеся должны понимать концепции, связанные с укреплением здоровья и профилактикой заболеваний;

2. Учащиеся должны иметь возможность продемонстрировать доступ к медицинской информации и доступ к продуктам и услугам здравоохранения;

3. Учащиеся должны демонстрировать на практике способность методы и модели поведения, направленных на укрепление здоровья и снижение рисков для здоровья;

4. Учащиеся должны учиться анализировать влияние культуры, средств массовой информации, технологии и других факторов на здоровье;

5. Учащиеся должны демонстрировать способность использовать навыки межличностного общения в целях улучшения здоровья;

6. Учащиеся должны демонстрировать способность перекрывать личные, семейные и социальные вопросы и вопросы, связанные со здоровьем;

7. Учащиеся должны демонстрировать свою способность принимать целенаправленные решения и навыки, направленные на улучшение здоровья. [3]

Препятствия, мешающие эффективному осуществлению программ медико-санитарного просвещения:

- Низкий уровень приверженности членов школьного совета и администраторов;
- Недостаточное число подготовленных учителей;
- Отсутствие признательности за выполнение работ;
- Недостаточные финансовые стимулы для персонала и недостаточные материальные ресурсы для осуществления медико-санитарного просвещения;

- Учебные программы с минимальным временем, предвиденным для медицинского образования;

- Отсутствие признания вклада медицинского образования в достижение образовательных целей соответствующего учреждения;

- Отсутствие адекватной документации успеваемости учащихся при повышении их грамотности в вопросах здоровья. [5, 6, 13]

Степень квалификации и уровень подготовки преподавателей являются ключом к эффективной реализации образовательных программ, связанных с повышением уровня медицинской грамотности детей и подростков. [15] Национальные и международные стратегии, разработанные для оказания помощи школам в осуществлении политики и программ в области здравоохранения, осложняются тем, что лишь небольшая часть учителей

аттестованы в области физического воспитания и имеют специальность или последипломную квалификацию в области медицинского образования. [9, 18] По этой причине, многие учителя считают, что они не готовы преподавать специфичные медицинские проблемы учащимся, соответственно, студентам, что может привести к трудностям и воспрепятствовать практической реализации программ в области здравоохранения. [7, 17]

Заключение: В Болгарии 62,1% населения в стране имеют низкий и проблематичный уровень медицинской грамотности.

Образование является ключевым социальным детерминантом здоровья и реальной возможностью для улучшения состояния здоровья населения.

Необходимы совместные усилия в области здравоохранения и образования для повышения медицинской грамотности населения. Это может быть достигнуто через реализацию образовательных программ здоровья для детей и подростков при согласованности и преемственности накопленных знаний для различных возрастных групп.

Важно также, создать условия для дополнительного стимулирования и дополнительной квалификации учителей, преподающих в этих программах.

Список литературы:

1. Европейская комиссия. Последствия низкой медицинской грамотности, 2016 <https://ec.europa.eu/epale/nb/node/22236>
2. Иванов, Е. Здравна култура на учениците – фактор за ефективна промоция на здраве-то.София, Горекспрес, 2015,ISBN 978–954–616–262–5
3. Попов Т., Петрова Г. Цели и целеполагане. Таксономия на целите. МИНК; уч. *Медицинска педагогика*, изд. ЕКС–ПРЕС – Габрово, 2011, стр. 28–35 ISBN 978–954–490–277–3
4. Allensworth, D. (1993) Health education: state of the art. *Journal of School Health*, 63, 14–20.
5. Cameron, I. and McBride, N. (1995) Creating health promoting schools: lessons from the west Australian school health project. *Health Promotion Journal of Australia* , 5, 4–10.
6. Green, L. W., Kreuter, M. W., Deeds, S. G. and Partridge, S. G. (1980) *Health Education Planning: A Diagnostic Approach*. Mayfield Publishing Company, Palo Alto, CA.
7. Kalnins, I. H., Ballantyne, P., Quataro, G., Love, R., Sturis, G. and Pollack, P. (1994) School based community development as a health promotion strategy for children. *Health Promotion International* , 9, 269–279.
8. Kickbusch, I. (2000) Health literacy: addressing the health and education divide, *Health Promotion International*
9. Kolbe, L. (1986) Increasing the impact of school health promotion programs: emerging research perspectives. *Health Education* , 17,47–52.
10. Lister–Sharp, D., Chapman, S., Stewart–Brown, S. and Sowden, A. (1999) Health promoting schools and health promotion in schools: two systematic reviews. *Health Technology Assessment*, 3, 1–207.
11. Nutbeam, D. (2000) Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International* , 15, 259–268.
12. Nutbeam D., The evolving concept of health literacy, *Social Science & Medicine*,2008, 67(12), p. 2072–2078
13. Parsons, C., Stears, D. and Thomas, C. (1996) The health promoting school in Europe: conceptualising and evaluating the change. *Health Education Journal* , 55, 311–321.
14. Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K, Slonska Z at al. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS–EU); Eur J Public Health. 2015 Dec;25(6):1053–8.
15. St Leger, L. (2000) Reducing the barriers to the expansion of health promoting schools by focusing on teachers. *Health Education* , 100, 81–87.
16. St Leger, L. and Nutbeam, D. (2000). A model for mapping linkages between health and education agencies to improve school health. *Journal of School Health* ,70, 45–50.
17. Symons, C., Cincelli, B., James, T. C. and Groff, P. (1997) Bridging student health risks and academic achievement through comprehensive school health programs. *Journal of School Health* ,67, 220–227.
18. Tones, K. (1993) Changing theory and practice: trends in methods, strategies and settings in health education. *Health Education Journal* , 52, 125–139.
19. World Health Organization. Background Note: Regional Preparatory Meeting on Promoting Health Literacy [Internet]. UN ECOSOC, 2009

20. World Health Organization (1996) *Research to Improve Implementation and Effectiveness of School Health Programmes*. WHO, Geneva.

21. World Health Organization. (1996) *School Health Promotion—Series 5: Regional Guidelines: Development of Health Promoting Schools: A Framework for Action*. WHO, Manila.