

Volume 5, Issue 2-3, June-September 2019

JOURNAL OF THE WHO REGIONAL OFFICE FOR EUROPE

PUBLIC HEALTH

PANORAMA

Том 5, выпуск 2-3, июнь-сентябрь 2019 г.

ЖУРНАЛ ЕВРОПЕЙСКОГО РЕГИОНАЛЬНОГО БЮРО ВОЗ

ПАНОРАМА

ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Improving health through health literacy

Schools – supportive settings for health literacy *WHO National Health Literacy Demonstration Projects* Recommendations to facilitate the development of health literacy policies and strategies at any level *HPV vaccine: health literacy and vaccination behavior*

Улучшение здоровья благодаря развитию грамотности в вопросах здоровья

Школы – благоприятная площадка для развития грамотности в вопросах здоровья *Национальные демонстрационные проекты ВОЗ по развитию грамотности в вопросах здоровья* Оказание содействия при выработке мер политики и стратегий в сфере грамотности в вопросах здоровья *Вакцинация против ВПЧ: грамотность в вопросах здоровья и отношение к вакцинам*



ABOUT US

Public Health Panorama is a peer-reviewed, bilingual (English–Russian), open-access journal published by the WHO Regional Office for Europe. It aims to disseminate good practices and new insights in public health from the 53 Member States in the Region. The mission of Public Health Panorama is to contribute to improving health in the Region by publishing timely and reliable research, and providing evidence, information and data for public health decision-making. One of the key innovations is its publication in both the English and Russian languages, allowing different parts of the Region to come together and share their knowledge.

JOURNAL SECRETARIAT

World Health Organization Regional Office for Europe
UN City, Marmørvej 51, DK-2100 Copenhagen O, Denmark
Tel.: +45 45 33 70 00; Fax: +45 45 33 70 01
Email: eupanorama@who.int
Website: www.euro.who.int/en/panorama

DISCLAIMER

The designations employed and the presentation of the material in this publication do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement. The mention of specific companies or of certain manufacturers' products does not imply that they are endorsed or recommended by the World Health Organization in preference to others of a similar nature that are not mentioned. All reasonable precautions have been taken by the World Health Organization to verify the information contained in this publication. However, the published material is being distributed without warranty of any kind, either expressed or implied. The responsibility for the interpretation and use of the material lies with the reader. In no event shall the World Health Organization be liable for the damages arising from its use. The named authors alone are responsible for the views expressed in this publication.

ISSN 2412-544X

© World Health Organization 2019

Some rights reserved. All articles published in this issue are licensed under a [Creative Commons Attribution 3.0 IGO License](#).

EDITORIAL TEAM

Editorial advisers: Roza Ádány (Hungary); Manfred Green (Israel); Anna Korotkova (Russian Federation); Maksut Kulzhanov (Kazakhstan); Catherine Law (UK); Ruta Nadisauskiene (Lithuania); Tomris Türmen (Turkey).

Editorial board: Colleen Acosta; Nils Fietje; Bahtygul Karriyeva; Anna Korotkova; Monika Danuta Kosinska; Gunta Lazdāne; Ledia Lazeri; Marco Martuzzi; Anna Cichowska Myrup; Dorit Nitzan; Ihor Perehinets; Jihane F. Tawilah; Pavel Ursu; Elena Varavikova.

Editorial team: Katie Chapman; Niels Eriksen; Maria Greenblat; Zsuzsanna Jakab (Editor-in-chief); Nataliya Jørgensen; Elena Labtsova; Kristina Mauer-Stender; Aleksander Reshetov; Andrei Reshetov; Katya Smirnova; Dmytro Vozniuk.

О НАС

«Панорама общественного здравоохранения» – это рецензируемый научный, двуязычный (выходит на английском и русском языках) и общедоступный журнал, выпускаемый Европейским региональным бюро ВОЗ. Его целью является распространение информации о примерах лучшей практики и новых идеях в сфере общественного здравоохранения из 53 государств-членов Региона. Миссия журнала – способствовать укреплению здоровья в Регионе, публикуя своевременные и надежные результаты исследований, представляя факты, информацию и данные для принятия решений в сфере общественного здравоохранения. Одной из ключевых инноваций стала публикация статей одновременно на английском и русском языках, что объединяет разные части Региона и дает им возможность обмениваться знаниями.

СЕКРЕТАРИАТ ЖУРНАЛА

Европейское региональное бюро ВОЗ
UN City, Marmørvej 51, DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark
Тел.: +45 45 33 70 00; факс: +45 45 33 70 01
Эл. почта: eupanorama@who.int
Веб-сайт: www.euro.who.int/ru/panorama

ОГРАНИЧЕНИЕ ОТВЕТСТВЕННОСТИ

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы не отражают какого-либо мнения Всемирной организации здравоохранения относительно юридического статуса какой-либо страны, территории, города или района или их органов власти либо относительно делимитации их границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, в отношении которых пока еще может быть не достигнуто полное согласие. Упоминание конкретных компаний или продукции некоторых изготовителей не означает, что Всемирная организация здравоохранения поддерживает или рекомендует их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими компаниями или продуктами аналогичного характера, не упомянутыми в тексте. Всемирная организация здравоохранения приняла все разумные меры предосторожности для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Тем не менее опубликованные материалы распространяются без какой-либо четко выраженной или подразумеваемой гарантии. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей. Всемирная организация здравоохранения ни в коем случае не несет ответственности за ущерб, возникший в результате использования этих материалов. Упомянутые авторы несут личную ответственность за мнения, выраженные в данной публикации.

ISSN 2412-544X

© Всемирная организация здравоохранения, 2019

Отдельные авторские права защищены. Все статьи данного выпуска опубликованы на условиях лицензии [Creative Commons Attribution 3.0 IGO License](#).

РЕДАКЦИОННАЯ ГРУППА

Советники редактора: Roza Adany (Венгрия); Manfred Green (Израиль); Анна Короткова (Российская Федерация); Максуд Кульжанов (Казахстан); Catherine Law (Соединенное Королевство); Ruta Nadisauskiene (Литва); Tomris Turmen (Турция).

Редакционный совет: Colleen Acosta; Nils Fietje; Bahtygul Karriyeva; Анна Короткова; Monika Danuta Kosinska; Gunta Lazdāne; Ledia Lazeri; Marco Martuzzi; Anna Cichowska Myrup; Dorit Nitzan; Ihor Perehinets; Jihane F. Tawilah; Pavel Ursu; Елена Вараваикова.

Секретариат редакции: Katie Chapman; Niels Eriksen; Maria Greenblat; Zsuzsanna Jakab (главный редактор); Nataliya Jørgensen; Елена Лабцова; Kristina Mauer-Stender; Александр Решетов; Andrei Reshetov; Екатерина Смирнова; Dmytro Vozniuk.

IN THIS ISSUE

В ЭТОМ ВЫПУСКЕ

PORTUGAL
ПОРТУГАЛИЯ

Partnering with the media to reverse unhealthy lifestyle 314

Партнерские отношения со СМИ, которые могут помочь изменить нездоровый образ жизни 324

RUSSIAN FEDERATION
РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ

National campaign to promote a healthy lifestyle 215

Национальная кампания по формированию здорового образа жизни населения 224

GREECE
ГРЕЦИЯ

Levels of health and nutrition literacy in adults with chronic diseases 271

Уровни грамотности в вопросах здоровья и питания у взрослого населения с хроническими заболеваниями 280



CONTENTS

EDITORIALS

- A road to equity: health literacy from a public health perspective..... 127

Zsuzsanna Jakab

- Health literacy: working together to improve health..... 133

Bente Mikkelsen, Kristina Mauer-Stender

PANORAMA PEOPLE

- Interview with Ilona Kickbusch, Director of the Global Health Programme at the Graduate Institute of International and Development Studies, Geneva, Switzerland 140

- Interview with Brigitte Zarfl, Minister of Labour, Social Affairs, Health and Consumer Protection, Austria 146

- Interview with Marta Temido, Minister of Health, Portugal 153

- Interview with the Minister of Health of the Russian Federation Veronika Skvortsova on the Introduction, Measurement and Improvement of Health Literacy in the Russian Federation 158

- Interview with Jens Spahn, Federal Minister of Health, Germany 163

SHORT COMMUNICATIONS

- The importance of early childhood in addressing equity and health literacy development in the life-course 170

Orkan Okan

- Addressing health literacy in schools in the WHO European Region..... 186

Leena Paakkari, Jo Inchley, Anette Schulz, Martin W Weber, Orkan Okan

- The WHO European Action Network on Health Literacy for Prevention and Control of Noncommunicable Diseases..... 197

Oxana Drapkina, Maria da Graça Freitas, Bente Mikkelsen, João Breda, Eduard Salakhov, Maria Lopatina, Andrea Silva da Costa, Anastasia Koylyu, Julianne Williams, Kremlin Wickramasinghe, Miguel Telo de Arriaga

СОДЕРЖАНИЕ

ОТ РЕДАКЦИИ

- Путь к справедливости: грамотность в вопросах здоровья с позиций общественного здравоохранения 130

Zsuzsanna Jakab

- Грамотность в вопросах здоровья: вместе работать над улучшением показателей здоровья..... 136

Bente Mikkelsen, Kristina Mauer-Stender

ЛЮДИ «ПАНОРАМЫ»

- Интервью с Ilona Kickbusch, директором Программы по глобальному здравоохранению Женевского института международных исследований и развития (Швейцария) 143

- Интервью с Brigitte Zarfl, министром труда, социальных дел, здравоохранения и защиты прав потребителей Австрии..... 149

- Интервью с Marta Temido, министром здравоохранения Португалии 155

- Интервью Министра здравоохранения Российской Федерации В. И. Скворцовой о внедрении, измерении и повышении грамотности в вопросах здоровья в Российской Федерации 160

- Интервью с Jens Spahn, федеральным министром здравоохранения Германии..... 166

КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

- Важность раннего детского возраста для обеспечения социальной справедливости и развития грамотности в вопросах здоровья на всех этапах жизни 177

Orkan Okan

- Развитие грамотности в вопросах здоровья в школах Европейского региона ВОЗ 191

Leena Paakkari, Jo Inchley, Anette Schulz, Martin W Weber, Orkan Okan

Brief report on the International Union for Health Promotion and Education (IUHPE) position statement on health literacy: a practical vision for a health literate world 206

Diane Levin-Zamir, Don Nutbeam, Kristine Sorensen, Gillian Rowlands, Stephan Van den Broucke, Jürgen Pelikan

REPORTS

National information and communication campaign to promote a healthy lifestyle: the Russian experience 215

Oxana Drapkina, Anna Kontsevaya, Maria Lopatina, Marina Popovich, Oleg Salagay

Acting together – WHO National Health Literacy Demonstration Projects (NHLDPs) address health literacy needs in the European Region..... 233

Mark Matthijs Bakker, Polina Putrik, Anna Aaby, Xavier Debussche, Janis Morrissey, Christine Råheim Borge, Dulce Nascimento do Ó, Peter Kolarčík, Roy Batterham, Richard H. Osborne, Helle Terkildsen Maindal

POLICY AND PRACTICE

Transforming health systems and societies by investing in health literacy policy and strategy 259

Kristine Sørensen, Anita Trezona, Diane Levin-Zamir, Urska Kosir, Don Nutbeam

ORIGINAL RESEARCHES

Health and nutrition literacy levels in Greek adults with chronic disease 271

Maria Michou, Demosthenes B. Panagiotakos, Christos Lionis, Elena Petelos, Vassiliki Costarelli

New vaccine introduction: strengthening health literacy to increase health equity 291

Siff Malue Nielsen, Barbara A. K. Franklin, Cath Jackson, Alexei Ceban, Maia Shishniashvili, Gayane Sahakyan, Liudmila Mosina, Katrine B. Habersaat

CASE STUDY

Disrupting the landscape: how the Portuguese National Health Service built an omnichannel communication platform 314

Francisco Goiana-da-Silva, David Cruz-e-Silva, Alexandre Morais Nunes, Marlene Carriço, Flávia Costa, Marisa Miraldo, Ara Darzi, Fernando Araújo

Европейская сеть действий ВОЗ по развитию грамотности в вопросах здоровья в поддержку профилактики неинфекционных заболеваний и борьбы с ними 201

Оксана Драпкина, Maria da Graça Freitas, Bente Mikkelsen, João Breda, Эдуард Салахов, Мария Лопатина, Andrea Silva da Costa, Anastasia Koylyu, Julianne Williams, Kremlin Wickramasinghe, Miguel Telo de Arriaga

Краткий отчет по заявлению с изложением позиции Международного союза медико-санитарного просвещения и укрепления здоровья (IUHPE) в области грамотности в вопросах здоровья: практическое видение мира, грамотного в вопросах здоровья 210

Diane Levin-Zamir, Don Nutbeam, Kristine Sorensen, Gillian Rowlands, Stephan Van den Broucke, Jürgen Pelikan

ОТЧЕТЫ

Национальная информационно-коммуникационная кампания по формированию здорового образа жизни населения: российский опыт 224

Драпкина О. М., Концевая А. В., Лопатина М. В., Попович М. В., Салагай О. О.

Общее дело: Национальные демонстрационные проекты ВОЗ по развитию грамотности в вопросах здоровья (НДПГВЗ) служат удовлетворению потребностей в этой сфере в Европейском регионе 244

Mark Matthijs Bakker, Polina Putrik, Anna Aaby, Xavier Debussche, Janis Morrissey, Christine Råheim Borge, Dulce Nascimento do Ó, Peter Kolarčík, Roy Batterham, Richard H. Osborne, Helle Terkildsen Maindal

Автор, отвечающий за переписку: Mark Matthijs Bakker (адрес электронной почты: mark.bakker@mumc.nl)

ПОЛИТИКА И ПРАКТИКА

Преобразование систем здравоохранения и общества за счет инвестирования в политику и стратегию в сфере грамотности в вопросах здоровья..... 264

Kristine Sørensen, Anita Trezona, Diane Levin-Zamir, Urska Kosir, Don Nutbeam

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

**Уровни грамотности в вопросах здоровья
и питания у взрослого населения Греции
с хроническими заболеваниями 280**

Maria Michou, Demosthenes B. Panagiotakos, Christos Lionis,
Elena Petelos, Vassiliki Costarelli

**Внедрение новой вакцины: повышение
уровня грамотности в вопросах здоровья
для укрепления справедливости
в отношении здоровья..... 301**

Siff Malue Nielsen, Barbara A. K. Franklin, Cath Jackson,
Алексей Чебан, Maia Shishniashvili, Гаяне Саакян, Liudmila Mosina,
Katrine B. Habersaat

ПРИМЕР ИЗ ПРАКТИКИ

**Преобразуя медиапространство: создание
многоканальной платформы коммуникации
в рамках национальной системы
здравоохранения Португалии 324**

Francisco Goiana-da-Silva, David Cruz-e-Silva,
Alexandre Morais Nunes, Marlene Carriço, Flávia Costa,
Marisa Miraldo, Ara Darzi, Fernando Araújo

EDITORIAL

A road to equity: health literacy from a public health perspective

Zsuzsanna Jakab
WHO Regional Director for Europe



Health literacy is a promising way to promote healthy behaviour, ensure health equity and drive progress towards the Sustainable Development Goals.

Health literacy is defined as the ability of individuals to “gain access to, understand and use information in ways which promote and maintain good health” for themselves, their families and their communities (1). Health literacy affects people’s abilities to interact with health-care providers, make informed health decisions, engage in self-management, navigate health systems, access health information and understand health messages in the public domain (2, 3). Through the life course, health literacy is a dynamic quality that applies not only to individual skills, but also to societies and organizations (4). Health literacy responsiveness, also referred to as organizational health literacy, refers to the ways in which services, organizations and systems make health information and resources available and accessible to people, according to their health literacy strengths and limitations (5).

The WHO Commission on Social Determinants of Health has identified poor health literacy as a likely contributor to health inequities between social groups (6) and health literacy has repeatedly been shown to be associated with social determinants of health (7–9). At the same time, low health literacy can be considered a health risk factor independent of other social determinants of health, and many adverse health behaviours and health outcomes as well as inappropriate use of the health system have been associated with low health literacy (7, 10–13).

However, from a public health perspective, enhancing health literacy can also be seen as a means to facilitate the empowerment of citizens through the development of personal and collective knowledge and skills (14). Health literacy then becomes the enabler of promoting equitably distributed health and well-being for all, at all ages and in different contexts.

In 2013 health literacy was introduced in *Health 2020: a European policy framework and strategy for the 21st century*, in relation to efforts on health through the life course and people’s empowerment (15). Later, the document *Priorities for health systems strengthening in the WHO European Region 2015–2020: walking the talk on people centredness* also recommended investment in health literacy and empowerment (16). Furthermore, a European health literacy survey (HLS-EU) with more than 8000 respondents across eight Member States (7) identified inadequate or problematic health literacy in almost half of respondents, which was discussed in the report *Health Literacy: The solid facts* published in 2013 (4). In this publication, health literacy was identified as both a means and an outcome of health promotion, community empowerment and participation, and requiring a whole-of-society approach.

More recently, the *Shanghai Declaration on promoting health in the 2030 Agenda for Sustainable Development* (17) highlighted health literacy as a global pillar of health promotion and health equity. In the declaration, Member States committed themselves to prioritize the empowerment of their citizens by promoting health literacy and to:

- recognize health literacy as a critical determinant of health and invest in its development;
- develop, implement and monitor intersectoral national and local strategies for strengthening health literacy in all populations and in all educational settings;
- increase citizens' control of their own health and its determinants, through harnessing the potential of digital technology;
- ensure that consumer environments support healthy choices through pricing policies, transparent information and clear labeling (17).

This special issue of *Public Health Panorama* explores and acknowledges the current progress that has been made in advancing health literacy across the WHO European Region. This attention to health literacy also reflects and upholds the Regional Office's efforts, with dedicated support from the Member States, to develop a framework for a coherent health literacy approach in the European Region. Building on ongoing health-literacy-oriented regional activities and emerging interest among WHO Member States for expanding and/or strengthening health literacy nationally and in the Region, this European health literacy initiative promotes a common vision and lays the groundwork for synergetic implementation. By providing guidance on the practical means of promoting health literacy, this initiative aims to strengthen leverage for Member States and the WHO Region as it aims to promote healthy behaviours and ensure health equity.

To this end, in this issue, researchers, practitioners and decision-makers report on their advancements and reflections on health literacy and health literacy responsiveness at different levels of society. It is crucial, that we keep up the pace and continue to explore public health action from a health literacy perspective. Acknowledging people for what they are able to do contrary to what they carry with them in terms of personal, social and cultural challenges not only appears to be a potential key strategy in improving equitable distribution of health and well-being, but may also reduce the stigmatization related to the experience of social exclusion. We cannot afford to leave anyone behind.

REFERENCES¹

1. Nutbeam, D. Health promotion glossary. *Health Promot Int* 1998;13(4):349–364. doi: 10.1093/heapro/13.4.349.
2. Sørensen K, Van Den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*. 2012;12:80 (<https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-12-80>).
3. Rademakers J, Heijmans M. Beyond reading and understanding: health literacy as the capacity to act. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(8):1676. doi:10.3390/ijerph15081676.
4. Kickbusch I, Pelikan J, Apfel F, Tsouros A. Health literacy: the solid facts. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013 (<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/health-literacy-the-solid-facts>).
5. Dodson S, Good S, Osborne RH, Batterham R, Beauchamp A, Belak A, et al. Health literacy toolkit for low- and middle-income countries: a series of information sheets to empower communities and health systems. National Network of Libraries of Medicine South-eastern/Atlantic Region; 2015 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/205244>).
6. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization; 2008 (https://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/).
7. Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). 2012. doi:10.1093/eurpub/ckv043.
8. Bo A, Friis K, Osborne RH, Maindal HT. National indicators of health literacy: ability to understand health information and to engage actively with healthcare providers: a population-based survey among Danish adults. *BMC Public Health*. 2014;14:1095. doi:10.1186/1471-2458-14-1095.
9. Heide I Van Der, Uiters E, Sørensen K, Röthlin F. Health literacy in Europe: the development and validation of health literacy prediction models. 2018;26(6):906–11. doi:10.1093/eurpub/ckw078.
10. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Viera A, Crotty K, et al. Health literacy interventions and outcomes: an updated systematic review. *Evid Rep Technol Assess*. 2011 Mar; (199):1–941 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23126607>).
11. Eichler K, Wieser S, Brügger U. The costs of limited health literacy: a systematic review. *Int J Public Health*. 2009;54:313–24. doi:10.1007/s00038-009-0058-2.

¹ All references were accessed 7 August 2019.

12. Geboers B, de Winter AF, Luten KA, Jansen CJM, Reijneveld S. The association of health literacy with physical activity and nutritional behavior in older adults, and its social cognitive mediators. *J Health Commun* 2014;19(s2):61–76. doi:10.1080/10810730.2014.934933.
13. Friis K, Lasgaard M, Osborne RH, et al. Gaps in understanding health and engagement with healthcare providers across common long-term conditions: a population survey of health literacy in 29 473 Danish citizens. *BMJ Open* 2016;6:e009627. doi:10.1136/bmjopen-2015-009627
14. Wilkinson RG, Marmot M, World Health Organization Regional Office for Europe, WHO Centre for Urban Health (Europe) and International Centre for Health and Society. *Social determinants of health: the solid facts*, 2nd edition. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2003 <https://apps.who.int/iris/handle/10665/108082>.
15. *Health 2020: a European policy framework and strategy for the 21st century*. Copenhagen: WHO Regional office for Europe; 2013 (<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/health-2020.-a-european-policy-framework-and-strategy-for-the-21st-century-2013>).
16. *Priorities for health systems strengthening in the WHO European Region 2015–2020: walking the talk on people centredness*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 (EUR/RC65/13; <http://www.euro.who.int/en/about-us/governance/regional-committee-for-europe/past-sessions/65th-session/documentation/working-documents/eurrc6513-priorities-for-health-systems-strengthening-in-the-who-european-region-20152020-walking-the-talk-on-people-centredness>).
17. *Shanghai Declaration on promoting health in the 2030 Agenda for Sustainable Development*. Geneva: WHO; 2016 (<http://www.who.int/entity/healthpromotion/conferences/9gchp/shanghai-declaration.pdf>). ■

ОТ РЕДАКЦИИ

Путь к справедливости: грамотность в вопросах здоровья с позиций общественного здравоохранения

Zsuzsanna Jakab

Директор Европейского регионального бюро ВОЗ



Грамотность в вопросах здоровья – это перспективный путь популяризации здорового образа жизни, обеспечения справедливости в отношении здоровья и продвижения на пути к достижению Целей в области устойчивого развития.

Грамотность в вопросах здоровья определяется как способность человека «находить, понимать и использовать информацию в целях укрепления и сохранения здоровья» – собственного, членов семьи и всего местного сообщества (1). Грамотность в вопросах здоровья влияет на способность людей взаимодействовать с поставщиками услуг здравоохранения, принимать информированные решения о здоровье, самостоятельно вести свои заболевания, ориентироваться в системе здравоохранения, анализировать информацию здравоохранения и понимать предоставляемые общественности сведения по вопросам здоровья (2, 3). На всех этапах жизни грамотность в вопросах здоровья является динамичным качеством, которое относится не только к индивидуальным навыкам, но и к обществу и организациям (4). Способность реагировать на потребность в повышении грамотности в вопросах здоровья определяет то, каким образом службы, организации и системы обеспечивают людям доступ к информации здравоохранения и соответствующим ресурсам с учетом их потенциала и ограничений в отношении грамотности в вопросах здоровья (иногда также используется термин «организационная грамотность в вопросах здоровья») (5).

Комиссия ВОЗ по социальным детерминантам здоровья определила низкую грамотность в вопросах здоровья как фактор, с большой долей вероятности порождающий несправедливость в отношении здоровья между социальными группами (6). Существуют также многочисленные подтверждения того, что грамотность в вопросах здоровья связана с социальными детерминантами здоровья (7–9). В то же время низкую грамотность в вопросах здоровья можно считать фактором риска для здоровья, не зависящим от других социальных детерминант здоровья, а многие виды негативного поведения в отношении здоровья, неблагоприятные последствия для здоровья и ненадлежащее использование системы здравоохранения связаны с низкой грамотностью в вопросах здоровья (7, 10–13).

Тем не менее, с точки зрения общественного здравоохранения, повышение грамотности в вопросах здоровья способствует расширению прав и возможностей граждан путем развития личных и коллективных знаний и навыков (14). Таким образом, грамотность в вопросах здоровья становится фактором, способствующим справедливому распределению здоровья и благополучия для всех людей в любом возрасте и в различных контекстах.

Понятие грамотности в вопросах здоровья было представлено в 2013 г. в политике «Здоровье-2020 – основы европейской политики и стратегия для XXI века» в отношении усилий по охране здоровья на протяжении всей жизни человека и расширения прав и возможностей людей (15).

Позднее в документе «Приоритетные задачи в области укрепления систем здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ на 2015–2020 гг. Ориентация на нужды людей: от слов к делу» также было рекомендовано инвестировать в повышение уровня грамотности в вопросах здоровья и расширение прав и возможностей людей (16). Кроме того, европейское сравнительное исследование по теме грамотности населения в вопросах здоровья (HLS-EU), в котором приняли участие более 8 тыс. респондентов в восьми государствах-членах в Европейском регионе (7), выявило недостаточную или проблематичную грамотность в вопросах здоровья почти у половины респондентов, что обсуждалось в докладе «Санитарная грамотность. Убедительные факты», опубликованном в 2013 (4). В этой публикации грамотность в вопросах здоровья была определена как средство и результат укрепления здоровья, расширения прав и возможностей общин и их участия, требующие вовлеченности всего общества.

Принятая в 2016 г. Шанхайская декларация по укреплению здоровья в рамках Повестки дня в области устойчивого развития на период до 2030 г. (17) подчеркивает важность грамотности в вопросах здоровья как глобальной основы для укрепления здоровья и соблюдения справедливости в отношении здоровья. В декларации государства-члены взяли на себя обязательство уделять приоритетное внимание расширению прав и возможностей своих граждан путем повышения уровня санитарной грамотности и:

- признать санитарную грамотность одной из важнейших детерминант здоровья и осуществлять инвестиции в ее развитие;
- развивать, осуществлять и отслеживать межсекторальные национальные и местные стратегии повышения санитарной грамотности среди всех групп населения и во всех образовательных учреждениях;
- повысить уровни контроля граждан за своим собственным здоровьем и его детерминантами путем использования потенциала цифровых технологий;
- обеспечить, чтобы окружающая потребителей среда способствовала здоровому выбору с помощью политики ценообразования, прозрачной информации и четкой маркировки (17).

В этом специальном выпуске «Панорамы общественного здравоохранения» анализируются и отмечаются успехи, достигнутые в повышении грамотности в вопросах

здоровья в Европейском регионе ВОЗ. Такое внимание к грамотности в вопросах здоровья отражает и обеспечивает поддержку усилий Регионального бюро (при неустанном содействии государств-членов) по разработке в Европейском регионе рамочной основы для согласованного подхода к грамотности в вопросах здоровья. Эта европейская инициатива в сфере грамотности в вопросах здоровья, опираясь на текущие региональные мероприятия, нацеленные на повышение грамотности в вопросах здоровья, и растущий интерес государств-членов ВОЗ к поддержке грамотности в вопросах здоровья и повышению ее уровня в странах и в целом в Регионе, способствует выработке общего видения и закладывает основу для его синергетического осуществления. Обеспечивая указания по практическим средствам повышения уровня грамотности в вопросах здоровья, эта инициатива направлена на укрепление рычагов воздействия, имеющих у государств-членов и у Европейского региона ВОЗ, поскольку ее целью является популяризация здорового поведения и обеспечение справедливости в отношении здоровья.

В этом выпуске «Панорамы общественного здравоохранения» исследователи, специалисты-практики и лица, ответственные за принятие решений, сообщают о своих достижениях и размышлениях по поводу грамотности в вопросах здоровья и способности реагировать на потребность в повышении грамотности в вопросах здоровья на разных уровнях общества. Крайне важно, чтобы мы шли в ногу со временем и продолжали изучать деятельность общественного здравоохранения с точки зрения грамотности в вопросах здоровья. Признание того, что делается людьми вопреки стоящим перед ними личным, социальным и культурным вызовам, представляется не только одной из основных стратегий по обеспечению более справедливого распределения показателей здоровья и благополучия, но и средством уменьшения стигматизации, связанной с социальной изоляцией. Мы не можем позволить себе оставить кого-либо без внимания.

БИБЛИОГРАФИЯ¹

1. Nutbeam, D. Health promotion glossary. *Health Promot Int* 1998;13(4):349–364. doi: 10.1093/heapro/13.4.349.
2. Sørensen K, Van Den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*.

¹ Все ссылки приводятся по состоянию на 8 августа 2019 г.

- 2012;12:80 (<https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-12-80>).
3. Rademakers J, Heijmans M. Beyond reading and understanding: health literacy as the capacity to act. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(8):1676. doi:10.3390/ijerph15081676.
 4. Kickbusch I, Pelikan J, Apfel F, Tsouros A. Санитарная грамотность. Убедительные факты. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2014 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/277124>).
 5. Dodson S, Good S, Osborne RH, Batterham R, Beauchamp A, Belak A, et al. Health literacy toolkit for low- and middle-income countries: a series of information sheets to empower communities and health systems. National Network of Libraries of Medicine South-eastern/Atlantic Region; 2015 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/205244>).
 6. Ликвидировать разрыв в течение жизни одного поколения: соблюдение принципа справедливости в здравоохранении путем воздействия на социальные детерминанты здоровья. Заключительный доклад Комиссии по социальным детерминантам здоровья. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2008 (https://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/ru/).
 7. Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). 2012. doi:10.1093/eurpub/ckv043.
 8. Bo A, Friis K, Osborne RH, Maindal HT. National indicators of health literacy: ability to understand health information and to engage actively with healthcare providers: a population-based survey among Danish adults. *BMC Public Health*. 2014;14:1095. doi:10.1186/1471-2458-14-1095.
 9. Heide I Van Der, Uiters E, Sørensen K, Röthlin F. Health literacy in Europe: the development and validation of health literacy prediction models. 2018;26(6):906–11. doi:10.1093/eurpub/ckw078.
 10. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Viera A, Crotty K, et al. Health literacy interventions and outcomes: an updated systematic review. *Evid Rep Technol Assess*. 2011 Mar; (199):1–941 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23126607>).
 11. Eichler K, Wieser S, Brügger U. The costs of limited health literacy: a systematic review. *Int J Public Health*. 2009;54:313–24. doi:10.1007/s00038-009-0058-2.
 12. Geboers B, de Winter AF, Luten KA, Jansen CJM, Reijneveld S. The association of health literacy with physical activity and nutritional behavior in older adults, and its social cognitive mediators. *J Health Commun* 2014;19(s2):61–76. doi:10.1080/10810730.2014.934933.
 13. Friis K, Lasgaard M, Osborne RH, et al. Gaps in understanding health and engagement with healthcare providers across common long-term conditions: a population survey of health literacy in 29 473 Danish citizens. *BMJ Open* 2016;6:e009627. doi:10.1136/bmjopen-2015-009627.
 14. Социальные условия и здоровье. Убедительные факты. Второе издание, под редакцией Richard Wilkinson и Michael Marmot. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2004 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/98442/e81384r.pdf).
 15. Здоровье-2020: Основы европейской политики и стратегия для XXI века. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2013 (<http://www.euro.who.int/ru/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being/publications/2013/health-2020.-a-european-policy-framework-and-strategy-for-the-21st-century-2013>).
 16. Приоритетные задачи в области укрепления систем здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ на 2015–2020 гг. Ориентация на нужды людей: от слов к делу. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2015 (EUR/RC65/13; <http://www.euro.who.int/ru/about-us/governance/regional-committee-for-europe/past-sessions/65th-session/documentation/working-documents/eurrc6513-priorities-for-health-systems-strengthening-in-the-who-european-region-20152020-walking-the-talk-on-people-centredness>).
 17. Шанхайская декларация по укреплению здоровья в рамках Повестки дня в области устойчивого развития на период до 2030 г. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2016 (https://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/Shanghai_declaration_final_draft_Ru.pdf?ua=1). ■

TECHNICAL EDITORIAL

Health literacy: working together to improve health



Bente Mikkelsen

Director of the Division of Noncommunicable Diseases and Promoting Health through the Life-course, WHO Regional Office for Europe



Kristina Mauer-Stender

Acting Director of the Division of Information, Evidence, Research and Innovation, WHO Regional Office for Europe

The WHO European Region has recently launched several initiatives in order to support the growing national interest in health literacy, with many Member States having already developed or integrated health literacy policies into existing public health strategies or plans, as, for example, evident from the newly launched WHO Health Evidence Network Synthesis Report (1). This special issue of *Public Health Panorama* seeks to highlight a wide range of health literacy approaches, initiatives and investigations at many societal levels and sectors. It follows the recent edition that, inter alia, presented the work of the WHO Action Network on Measuring Population and Organizational Health Literacy (M-POHL), which aims to institutionalize a regular, internationally comparative, high-quality European health literacy survey and support the collection of data on organizational health literacy, as prerequisites for evidence-based policy and practice on health literacy (2). This editorial briefly reviews some of the specific topics that are addressed in this current issue, and contextualizes them within the broader landscape of health literacy promotion within the WHO European Region.

The WHO Regional Office for Europe is proud to lead a health literacy initiative that builds on the Region's strong engagement in health literacy as part of a health promotion agenda that has spanned over decades. To make progress in the implementation of documents such as *Health 2020: a European policy framework and strategy for the 21st century* (3), and the more recent *Shanghai Declaration on promoting health in the 2030 Agenda for Sustainable Development* (4), it has been, and remains important to improve health literacy to ensure that individuals, communities, organizations and governments make healthy choices. This is also vital in achieving the Sustainable Development Goals.

In order to create a world where everyone can live healthy, productive lives, it is important to enable individuals, communities and Member States to learn from each other. Working together, investing in health literacy policy, implementing effective action and monitoring progress is key for transforming societies and ensuring progress towards these Sustainable Development Goals and WHO's Thirteenth General Programme of Work to promote health,

keep the world safe and serve the vulnerable. The process of this transformation, and the role of governments and policy stakeholders, is discussed within this issue of *Panorama*. Additionally, this special issue describes the work of the WHO European Action Network on Health Literacy for Prevention and Control of NCDs. This Network builds an expert community of practice to accelerate implementation of health literacy initiatives combating noncommunicable diseases. The inspiration behind the Network was derived from a progress report on the National Health Literacy Demonstration Projects (5), which are also described here. This special issue of *Panorama* also seeks to highlight the successes, challenges and lessons learned from several specific Member States, with the hope that these experiences will inform future endeavors to promote health literacy across the WHO European Region.

When considering health literacy in a life-course perspective, a whole range of settings and arenas for public health action must be taken into account, including multisectoral engagement. Communities can play a critical role by supporting individuals in accessing trustworthy information and making healthy choices, while institutions and organizations can work to make health information easy to access, understand, evaluate and use, and to ensure that navigation of information systems is through the introduction of carefully designed health information technologies. In their position statement on health literacy, which is described in this issue of *Panorama*, the International Union for Health Promotion and Education (a global professional nongovernmental organization dedicated to health promotion) promotes a systems approach across organizations, communities and societies (6).

Settings-based approaches to health promotion, including a focus on healthy and age-friendly cities and health promoting schools, may benefit from further integrating health literacy initiatives into their work. In this issue, there is a discussion about the role of schools as an important setting for the development of health literacy among children and adolescents, and the importance of early childhood as a time to promote equity and health literacy. Such work connects to the larger mission of Schools for Health in Europe; a network of countries who have established national health promoting schools initiatives, which, along with the Health Behaviour in School-aged Children survey, promote and monitor health literacy through a whole-school approach, in which the school environment contributes to the promotion of health literacy. The physical environment—cities and schools—may benefit from health literacy promotion, but it is also important to consider its potential relevance to the digital environment. In

the coming years, as people spend more time online and using mobile devices, it will be important to identify how to ensure that these ‘digital environments’ may also be used to improve health literacy, as well as to address digital health literacy itself (7).

This special edition also draws attention to several cross-cutting issues that constitute highly pressing or crucial action areas within the framework of health literacy. For example, it is important to build capacity among decision-makers so that they can understand and promote health literacy. The understanding of health literacy and health literacy responsiveness is crucial in addressing equity gaps both at a political and societal level (6). Another priority is the promotion of health literacy throughout the life course, and in doing so activating many sectors, partners and organizations (5, 6, 8). This issue includes several pieces that highlight challenges and opportunities for strengthening health literacy among specific populations, including adults living with chronic diseases and those that might be vulnerable or marginalized.

The importance of collecting population-level measures of health literacy in order to inform public health implementation strategies, evaluate the effectiveness of interventions and track progress over time is also addressed in this issue. Toward this end future interventions may benefit from employing existing instruments to measure health literacy (9, 10).

There are also instances when health literacy initiatives must focus on specific challenges. For example, the WHO Regional Office for Europe has coordinated a number of awareness campaigns for the public, health-care professionals, policy-makers, decision-makers and the media. These campaigns, such as European Immunization Week, World Antibiotic Awareness Week, World TB Day, World Hepatitis Day and World AIDS Day, have a special focus on particular issues. Similarly, sometimes it is important to focus on health literacy during a particular situation, such as emergencies, as seen in the recently released WHO Emergency risk communication five-step capacity-building package for European countries. This need for health literacy initiatives to focus on specific issues is illustrated in an article about introducing vaccinations for human papillomavirus, and the need for a clear communication strategy.

Overall, by showcasing a wide range of health literacy initiatives from across the region, we hope that this special issue will initiate reflections on a number of considerations behind the implementation of health literacy initiatives. It highlights the need to be context-specific, and to take measures to ensure that

the initiatives do not increase health inequalities (5). Successful intervention strategies could stem from local contexts and develop into areas of patient-centred care, organizational or community health literacy responsiveness (6, 11–13). Furthermore, health literacy should be seen as a tool to enable existing or new public health strategies in all settings.

Health literacy is a crucial determinant of health. This special issue of *Panorama* therefore highlights a number of initiatives in the Region related to the promotion of health literacy, and ultimately, the empowerment of individuals and communities to engage in collective health promotion action.

REFERENCES¹

- Rowlands G, Russell S, Donnell AO, Kaner E, Trezona A, Rademakers J, et al. What is the evidence on existing policies and linked activities and their effectiveness for improving health literacy at national, regional and organizational levels in the WHO European Region? Health Evidence Network Synthesis Report, No 57. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2018 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/326251>)
- Dietscher C, Pelikan J, Bobek J, Nowak P. The Action Network on Measuring Population and Organizational Health Literacy (M-POHL) A network under the umbrella of the WHO European Health Information Initiative (EHII). *Public Heal Panor.* 2019;5(1):65–71 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/325113>).
- Health 2020: A European policy framework and strategy for the 21st century. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013 (EUR/RC62/9; <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being/publications/2013/health-2020-a-european-policy-framework-and-strategy-for-the-21st-century-2013>).
- Shanghai Declaration on promoting health in the 2030 Agenda for Sustainable Development. Geneva: WHO; 2016 (<http://www.who.int/entity/healthpromotion/conferences/9gchp/shanghai-declaration.pdf>).
- WHO GCM/NCD Working Group on Health Education and Health Literacy for NCD's. Interim Report (WG 3.3, 2016–2017) [website]. Geneva: World Health Organization; 2017 (<https://www.who.int/global-coordination-mechanism/working-groups/working-group-3-3/en/>).
- IUHPE Position Statement on Health Literacy: A Practical Vision for a Health Literate World. *Global Health Promotion* 25, no. 4 (December 2018): 79–88. doi:10.1177/1757975918814421.
- Griebel L, Enwald H, Gilstad H, Pohl AL, Moreland J, Sedlmayr M. eHealth literacy research—Quo vadis? *Inform Health Soc Care.* 2018 Dec;43(4):427–442. doi: 10.1080/17538157.2017.1364247
- Moreira L, "Health literacy for people-centred care: Where do OECD countries stand?", OECD Health Working Papers, No. 107, Paris: OECD Publishing, <https://doi.org/10.1787/d8494d3a-en>.
- Haun JN, Valerio MA, McCormack LA, Sørensen K, Paasche-Orlow MK. Health Literacy Measurement: An Inventory and Descriptive Summary of 51 Instruments. *J Health Commun.* 2014;19 Suppl 2:302–33. doi: 10.1080/10810730.2014.936571.
- Farmanova E, Bonneville L, Bouchard L. Organizational Health Literacy: Review of Theories, Frameworks, Guides, and Implementation Issues. *Inquiry.* 2018 Jan-Dec;55:46958018757848. doi:10.1177/0046958018757848.
- Batterham RW, Hawkins M, Collins PA, Buchbinder R, Osborne RH. Health literacy: applying current concepts to improve health services and reduce health inequalities. *Public Health.* 2016;132:3–12. doi: 10.1016/j.puhe.2016.01.001
- Geboers B, Reijneveld SA, Koot JAR, de Winter AF. Moving towards a comprehensive approach for health literacy interventions: The development of a health literacy intervention model. *Int J Environ Res Public Health.* 2018;15(6). doi: 10.3390/ijerph15061268.
- Visscher BB, Steunenberg B, Heijmans M, Hofstede JM, Devillé W, van der Heide I, et al. Evidence on the effectiveness of health literacy interventions in the EU: A systematic review. *BMC Public Health.* 2018;18(1):1–12. doi: 10.1186/s12889-018-6331-7. ■

¹ All references were accessed on 7 August 2019.

ОТ РЕДАКЦИИ

Грамотность в вопросах здоровья: вместе работать над улучшением показателей здоровья



Bente Mikkelsen,
директор Отдела неинфекционных
заболеваний и укрепления здоровья
на всех этапах жизни, Европейское
региональное бюро ВОЗ



Kristina Mauer-Stender,
и. о. директора Отдела информации,
фактических данных, научных
исследований и инноваций, Европейское
региональное бюро ВОЗ

Европейский регион ВОЗ выступил с рядом инициатив, направленных на поддержку растущего в странах интереса к теме грамотности в вопросах здоровья, тем более что многие государства-члены уже разработали и включили политику в области повышения грамотности в вопросах здоровья в существующие стратегии или планы общественного здравоохранения, о чем, в частности, рассказывается в новом сводном докладе Сети фактических данных по вопросам здоровья (1). В настоящем специальном выпуске «Панорамы общественного здравоохранения» освещается широкий спектр подходов, инициатив и исследований в сфере грамотности в вопросах здоровья на многих уровнях и в различных секторах общества. Данная тема уже затрагивалась в одном из прошлых выпусков журнала, где рассказывалось о работе Сети действий ВОЗ по оценке грамотности в вопросах здоровья среди населения и на уровне организаций (М-РОНЛ), призванной формально закрепить регулярное проведение на уровне Региона высококачественного международного сравнительного исследования уровня грамотности населения в вопросах здоровья и поддерживать сбор данных

об уровне грамотности в вопросах здоровья на уровне организаций в качестве необходимых элементов формирования обоснованной фактическими данными политики и практики в области развития грамотности в вопросах здоровья (2). В данной статье дается краткий обзор некоторых вопросов, которые рассматриваются в настоящем выпуске журнала, с оценкой их места в широком спектре инициатив по развитию грамотности в вопросах здоровья в Европейском регионе ВОЗ.

Европейское региональное бюро с готовностью возглавило инициативу по развитию грамотности в вопросах здоровья, в основе которой лежит традиционно важная роль грамотности в вопросах здоровья в актуальной уже многие десятилетия повестке укрепления здоровья в странах Региона. Успех выполнения положений таких программных документов, как политика «Здоровье-2020 – основы европейской политики и стратегия для XXI века» (3) и Шанхайская декларация по укреплению здоровья в рамках Повестки дня в области устойчивого развития на период до 2030 г. (4), во многом зависит от повышения

грамотности в вопросах здоровья, чтобы граждане, сообщества, организации и органы государственного управления могли делать выбор в пользу здоровья. Грамотность в вопросах здоровья имеет огромное значение и для достижения Целей в области устойчивого развития.

Для того чтобы каждый человек имел возможность прожить здоровую, полноценную жизнь, необходимо, чтобы граждане, сообщества и страны могли учиться друг у друга. Взаимодействие и сотрудничество, инвестиции в политику в поддержку грамотности в вопросах здоровья, эффективные инициативы и оценка и контроль результатов работы помогут добиться преобразований в обществе и успехов в достижении Целей в области устойчивого развития, равно как и задач Тринадцатой общей программы работы ВОЗ – укреплять здоровье людей, поддерживать безопасность в мире и охватить услугами здравоохранения уязвимые группы населения. Подобный процесс преобразований и роль, которую в нем играют государственные органы и партнеры по выработке и реализации политики, детально рассматриваются в настоящем специальном выпуске «Панорамы». Помимо этого, в нем рассказывается о деятельности Европейской сети действий ВОЗ по развитию грамотности в вопросах здоровья в поддержку профилактики и борьбы с НИЗ. Цель этой сети экспертов-практиков состоит в скорейшей реализации инициатив по развитию грамотности в вопросах здоровья для борьбы с неинфекционными заболеваниями. Импульс к созданию Сети дал отчет о реализации Национальных демонстрационных проектов в сфере грамотности в вопросах здоровья (5), о которых также будет рассказываться в настоящем выпуске. Также в нем будут представлены истории успеха, актуальные вызовы и опыт нескольких государств-членов, которые, как мы надеемся, помогут новым инициативам по развитию грамотности в вопросах здоровья в Европейском регионе ВОЗ.

Рассматривая грамотность в вопросах здоровья в контексте всех этапов жизни, необходимо учитывать целый ряд условий и направлений деятельности по охране здоровья населения, включая и межсекторальное взаимодействие. Так, огромную роль в этой сфере могут играть местные сообщества, помогая гражданам получать проверенную информацию и делать выбор в пользу здоровья, а учреждения и организации могут делать информацию здравоохранения более доступной, понятной и удобной для осмысления и применения, а также облегчать процесс ориентирования в информационных системах с помощью качественных и продуманных информационных

технологий. В своем программном заявлении о грамотности в вопросах здоровья, которое также представлено в настоящем выпуске «Панорамы», Международный союз укрепления здоровья и медико-санитарного просвещения (всемирная неправительственная организация, занимающаяся вопросами укрепления здоровья) выступает в поддержку системного подхода с участием различных организаций, местных сообществ и общества в целом (6).

Подходы к укреплению здоровья с учетом конкретных условий, в том числе с учетом необходимости развития здоровых и благоприятствующих пожилым людям городов или школ, способствующих укреплению здоровья учащихся, существенно выиграют от включения инициатив по повышению грамотности в вопросах здоровья в их работу. В этом выпуске обсуждается роль школ как важной площадки для развития грамотности в вопросах здоровья у детей и подростков, а также значение раннего детства как важного периода для продвижения идей справедливости и грамотности в вопросах здоровья. Эта работа связана с более масштабной деятельностью сети «Школы за здоровье в Европе», представляющей собой сеть национальных ассоциаций школ, способствующих укреплению здоровья учащихся, которая, наряду с исследованием «Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья», помогает развивать и отслеживает грамотность в вопросах здоровья в рамках общешкольного подхода, предполагающего, что школьная среда в незначительной степени способствует повышению грамотности в вопросах здоровья. Повышение уровня грамотности в вопросах здоровья может положительно сказываться на физической среде, такой как города и школы, но необходимо учитывать и потенциальную связь таких инициатив с развитием цифровой среды. В ближайшие годы люди будут проводить еще больше времени в интернете или за использованием мобильных устройств, и потому весьма актуальным станет нахождение подходов, которые позволят использовать эту цифровую среду на благо повышения уровня грамотности в вопросах здоровья и развития цифровой грамотности в вопросах здоровья (7).

В настоящем специальном выпуске также обсуждается ряд междисциплинарных вопросов, относящихся к чрезвычайно актуальным и важным направлениям деятельности в сфере грамотности в вопросах здоровья. Например, необходимо наращивать потенциал лиц, принимающих решения, с тем чтобы они лучше понимали суть грамотности в вопросах здоровья и способствовали ее развитию. Понимание концепций грамотности в вопросах здоровья

и способности реагировать на потребность в повышении грамотности в вопросах здоровья совершенно необходимо для ликвидации пробелов в отношении справедливости как на политическом, так и на общественном уровне (3). Еще одной первоочередной задачей является повышение уровня грамотности в вопросах здоровья на всех этапах жизни, с вовлечением в эту работу множества секторов, партнеров и организаций (5, 6, 8). В настоящий выпуск вошли статьи, посвященные вызовам и возможностям в сфере повышения грамотности в вопросах здоровья среди конкретных групп населения, в том числе взрослых, живущих с хроническими заболеваниями, а также потенциально уязвимых или маргинализированных групп.

В выпуске обсуждается и важность систематического обзора осуществляющихся на популяционном уровне мер по развитию грамотности в вопросах здоровья для дальнейшего планирования стратегий в сфере общественного здравоохранения, оценки эффективности вмешательств и мониторинга прогресса. Таким образом, использование уже имеющихся инструментов оценки грамотности в вопросах здоровья в определенной степени облегчит осуществление дальнейших вмешательств (9–10).

В ряде случаев инициативы в области повышения грамотности в вопросах здоровья должны быть направлены на решение конкретных проблем. Так, например, Европейское региональное бюро ВОЗ координирует ряд информационных кампаний для населения, работников здравоохранения, лиц, формирующих политику, лиц, принимающих решения, и СМИ. Эти кампании, такие как Европейская неделя иммунизации, Всемирная неделя правильного использования антибиотиков, Всемирный день борьбы с туберкулезом, Всемирный день борьбы с гепатитом и Всемирный день борьбы со СПИДом, ориентированы на решение конкретных вопросов. Точно так же иногда необходимо сосредоточить внимание на повышении грамотности в вопросах здоровья в конкретном контексте, например при чрезвычайных ситуациях, примером чего служит недавно опубликованный ВОЗ для стран Европейского региона Комплект учебных материалов по информированию о рисках при чрезвычайных ситуациях в области здравоохранения. О такой потребности в инициативах по развитию грамотности в вопросах здоровья, ориентированных на конкретные ситуации, а также о необходимости выработать четкую стратегию коммуникации, рассказывается в статье, посвященной внедрению вакцинации против вируса папилломы человека.

В целом, рассказывая о широком спектре реализуемых в странах Региона инициатив в сфере повышения грамотности в вопросах здоровья, мы надеемся, что этот специальный выпуск станет поводом для дальнейших размышлений относительно различных аспектов осуществления инициатив в сфере грамотности в вопросах здоровья. Например, подобные инициативы следует осуществлять с учетом местных условий, и они ни в коем случае не должны приводить к росту неравенств в отношении здоровья (5). Успешные программы действий могут, опираясь на местный контекст, затрагивать сферы оказания пациентоориентированной помощи и способности организаций и сообществ реагировать на потребности в повышении грамотности в вопросах здоровья (6, 11–13).

Грамотность в вопросах здоровья является одной из важнейших детерминант здоровья. Нынешний специальный выпуск «Панорамы общественного здравоохранения» посвящен ряду реализуемых в Регионе инициатив, которые направлены на повышение уровня грамотности в вопросах здоровья и, в конечном итоге, на расширение прав и возможностей отдельных лиц и сообществ, позволяющее им активно участвовать в мероприятиях по повышению грамотности в вопросах здоровья.

БИБЛИОГРАФИЯ¹

1. Rowlands G, Russell S, Donnell AO, Kaner E, Trezona A, Rademakers J, et al. Обзор имеющихся фактических данных о реализуемых мерах политики и связанных с ними мероприятиях, а также об их эффективности с точки зрения повышения грамотности в вопросах здоровья на национальном, региональном и организационном уровнях в Европейском регионе ВОЗ. Сводный доклад № 57 Сети фактических данных по вопросам здоровья. Копенгаген: Европейское региональное бюро; 2018 (<http://www.euro.who.int/ru/data-and-evidence/evidence-informed-policy-making/publications/2018/what-is-the-evidence-on-existing-policies-and-linked-activities-and-their-effectiveness-for-improving-health-literacy-at-national-regional-and-organizational-levels-in-the-who-european-region-2018>).
2. Dietscher C, Pelikan J, Bobek J, Nowak P. Сеть действий по оценке грамотности в вопросах здоровья среди населения и на уровне организаций (M-POHL). Сеть, работающая под эгидой Европейской инициативы ВОЗ в области информации здравоохранения (ЕИИЗ). Панорама общественного здравоохранения. 2019;5(1):65–71 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/325139>).

¹ Все ссылки приводятся по состоянию на 8 августа 2019 г.

3. Здоровье-2020 – основы европейской политики и стратегия для XXI века. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2013 (EUR/RC62/9; <http://www.euro.who.int/ru/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being/publications/2013/health-2020.-a-european-policy-framework-and-strategy-for-the-21st-century-2013>).
4. Всемирная организация здравоохранения. Шанхайская декларация по укреплению здоровья в рамках Повестки дня в области устойчивого развития на период до 2030 г.; 2016 (<https://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/shanghai-declaration/ru/>).
5. WHO GCM/NCD Working Group on Health Education and Health Literacy for NCD's. Interim Report (WG 3.3, 2016–2017) [website]. Geneva: World Health Organization; 2017 (<https://www.who.int/global-coordination-mechanism/working-groups/working-group-3-3/en/>).
6. IUHPE Position Statement on Health Literacy: A Practical Vision for a Health Literate World. *Global Health Promotion* 25, no. 4 (December 2018): 79–88. doi:10.1177/1757975918814421.
7. Griebel L, Enwald H, Gilstad H, Pohl AL, Moreland J, Sedlmayr M. eHealth literacy research—Quo vadis? *Inform Health Soc Care*. 2018 Dec;43(4):427–442. doi: 10.1080/17538157.2017.1364247.
8. Moreira L, “Health literacy for people-centred care: Where do OECD countries stand?”, *OECD Health Working Papers*, No. 107, Paris: OECD Publishing, <https://doi.org/10.1787/d8494d3a-en>.
9. Haun JN, Valerio MA, McCormack LA, Sørensen K, Paasche-Orlow MK. Health Literacy Measurement: An Inventory and Descriptive Summary of 51 Instruments. *J Health Commun*. 2014;19 Suppl 2:302–33. doi: 10.1080/10810730.2014.936571.
10. Farmanova E, Bonneville L, Bouchard L. Organizational Health Literacy: Review of Theories, Frameworks, Guides, and Implementation Issues. *Inquiry*. 2018 Jan-Dec;55:46958018757848. doi:10.1177/0046958018757848.
11. Batterham RW, Hawkins M, Collins PA, Buchbinder R, Osborne RH. Health literacy: applying current concepts to improve health services and reduce health inequalities. *Public Health*. 2016;132:3–12. doi: 10.1016/j.puhe.2016.01.001.
12. Geboers B, Reijneveld SA, Koot JAR, de Winter AF. Moving towards a comprehensive approach for health literacy interventions: The development of a health literacy intervention model. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(6). doi: 10.3390/ijerph15061268.
13. Visscher BB, Steunenberg B, Heijmans M, Hofstede JM, Devillé W, van der Heide I, et al. Evidence on the effectiveness of health literacy interventions in the EU: A systematic review. *BMC Public Health*. 2018;18(1):1–12. doi: 10.1186/s12889-018-6331-7. ■

PANORAMA PEOPLE

Interview with Ilona Kickbusch, Director of the Global Health Programme at the Graduate Institute of International and Development Studies, Geneva, Switzerland



Before returning to Europe, Professor Kickbusch was head of the global health programme at Yale University, New Haven, Connecticut, United States of America. She has had a distinguished career with the World Health Organization, at both the regional and global levels, and was responsible for the Ottawa Charter for Health Promotion, a seminal document in public health. She developed the “settings” approach and initiated programmes such as Healthy Cities, health-promoting schools, healthy workplaces, health-promoting hospitals and health in prisons. She also initiated WHO’s Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study. She has contributed significantly to developing the concept of health literacy and most recently has spearheaded the field of global health diplomacy.

Please discuss the foundational theory behind health literacy, along with some of the more recent developments that you’ve observed.

People today live in a multifaceted consumer society and must navigate very complex health systems. It is a key feature of post-modern societies that people must constantly make decisions. This is sometimes called the multi-option society, which means that people need to make choices all the time and many of these everyday choices will impact their health. These questions can be as simple as, shall I call the doctor, or shall I take this medicine? Shall I eat the burger or the carrot? Shall I search Google or ask a health professional?

So, having a base of knowledge, a set of skills, motivation and the correct information to be able to make such decisions is critical. This is one dimension of what we call health literacy. The other dimension has to do with the environment that influences these decisions and can make it easy or difficult to make the correct healthy choice, or to use the health system wisely.

Deciding to walk instead of taking a car depends on the environment in which you live. Your decision to buy healthy food will also be influenced by your income as well as food marketing. Understanding food labels will also be influenced by your level of education. There is a very high correlation between the level of general literacy and health literacy. Health literacy therefore is a composite of individual and environmental factors.

Please discuss some of the challenges associated with developing nationwide health literacy plans.

Developing a health literacy plan is a real balancing act between various individual, social and environmental issues. Which is of course why health literacy was at first not well accepted in the health promotion community. Because, if you go back to the Ottawa Charter for Health Promotion – the seminal document adopted in 1986 – there are five action areas: healthy public policy, supportive environments, community action, reorienting health systems and personal skills. In health promotion there is always – and rightly so – a great

concern about victim blaming. Rather than address social or commercial determinants of health the preferred course for many politicians is to say it's your personal lifestyle choice and if you choose poorly, "well too bad – that's bad luck, and now you must bear the consequences". So, finding the right balance is key: a good health literacy policy moves between increasing people's individual health literacy and providing enough support for them to make the choices that are best for their long-term health and their family's health. For example, you don't expect people to be able to understand complex calculations of nutrients on a box of cereals – you introduce a traffic light system to support the healthy choice.

How can the successes or the shortcomings of various health literacy programmes be measured?

There are different approaches and measures of success and a lot depends on the scale and size of your programme. Obviously, you can have relatively small-scale programmes that are focused on increasing the health literacy of individuals or a community in relation to a specific health issue or how to communicate with health professionals, like the Ask Me 3 programme. Or you can have measures like the introduction of traffic light schemes for food that reach out to the whole of society.

Short term impact measures will relate to the uptake of a healthy behaviours, for example, of mothers in relation to breastfeeding or the reduction of sugar consumption. But the full health impact of many health literacy programmes cannot be measured quickly because it will often manifest itself only years later. Health literacy programmes are developed based on evidence; one of the reasons we want mothers to become more health literate about breastfeeding is because of the evidence that children who have been breastfed are on average less susceptible to obesity. The reason that the traffic light system was introduced was to assist and guide people's food choices.

Health literacy can also work as a kind of composite index that shows just how health conscious a society is. We made the comparative argument that gross national product, or GNP, which broadly measures the productivity of a nation, exists as a kind of composite of many complex factors. Composite health literacy can also be seen as an example of the level of health literacy of a nation. Having an overall understanding of how health literate a society is gives you an indication of the kind of health and health-related issues that you need to address in that society.

In particular, it gives you an idea of where the differences in a society lie. A health literacy survey can give you information

how many and what kind of people in your society are health literate. This relates to groups such as older people, younger people, or lower income and higher income people. For example, the European Health Literacy Survey showed for the very first time just how low health literacy was in many European countries. This was really a revelation for many countries, and they decided to act. Measuring health literacy at a whole of society level – not just in individual programmes – has become a great tool for reaching policy makers. A number of European countries have now embarked on health literacy plans.

What has the public's reaction been to the various health literacy plan?

That is difficult to answer. In the context of health literacy as it relates to health services, there are many more patient groups and patient advocates throughout Europe. Many of those groups are very interested in a health system that makes it easier for patients to participate and to navigate the system. The patient groups say, "nothing about us, without us" which is key because the people who are living with a disease often have more direct experience of living with the disease than the health professionals. Another important dimension of health literacy has been the democratization of the health system: the patient's knowledge is now considered, and they the patients now work together with health professionals in partnership. Health professional need to have a good understanding of the patient's environment to be able to provide sound advice that the patient can implement within their social environment and their financial means.

But increased health literacy is not always based on a health literacy plan by the government. If you had asked people about the health impact of sugar 10 years ago, very few people, including many health professionals, would have been very conscious of the negative health impact of sugar or how present it is in so much of our food and drink. But if you ask today, you will find a much higher awareness of the problem. It all came together through many elements: reporting in print, television and radio media, new types of supermarket offer, labelling of foods, and health education. To make a society more health literate it requires the coming together of multiple messages and changes in environment.

How should WHO and WHO member states coordinate their approach to health literacy in order to achieve all mutual goals?

It's a mix of decision making within WHO and Member States. As a technical agency, one of the tasks that WHO has is to help countries understand what health literacy is and

provide evidence to help them understand how important health literacy is. WHO supporting comparative data – such as a comparative health literacy survey - can help countries position themselves. WHO can also share examples of best policies and practices from a range of countries and advise on implementation within a specific national context.

In taking action there are two complementary approaches. One is obviously to understand the importance of health literacy and to develop a national health literacy plan. But this also means that many existing plans or policies or initiatives

should integrate health literacy into what they are currently doing. One very pertinent example is countries working on a major challenge such as the digital transformation of the health system; WHO should be working with member states to see this as an opportunity to introduce and develop digital applications to improve health literacy.

Disclaimer: The interviewee alone is responsible for the views expressed in this publication and they do not necessarily represent the decisions or policies of the World Health Organization. ■

ЛЮДИ «ПАНОРАМЫ»

Интервью с Ilona Kickbusch, директором Программы по глобальному здравоохранению Женевского института международных исследований и развития (Швейцария)



Перед тем как вернуться в Европу, профессор Kickbusch возглавляла программу по глобальному здравоохранению в Йельском университете (Нью-Хейвен, Коннектикут, США). За годы своей выдающейся карьеры во Всемирной организации здравоохранения она занимала ряд должностей на региональном и глобальном уровне. В частности, она отвечала за подготовку Оттавской хартии по укреплению здоровья – одного из важнейших документов в сфере общественного здравоохранения. Профессор Kickbusch – автор концепции «условий» (или «контекстов») и соответствующего подхода. Она положила начало деятельности сети «Здоровые города» и таких инициатив, как школы, содействующие укреплению здоровья, здоровые рабочие места, больницы, содействующие укреплению здоровья, и охрана здоровья в местах лишения свободы. Также она положила начало исследованию ВОЗ «Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья» (HBSC). Профессор Kickbusch внесла значительный вклад в формирование концепции грамотности в вопросах здоровья, а в последнее время играет ключевую роль в сфере глобальной дипломатии здравоохранения.

Расскажите, пожалуйста, о теоретических основах грамотности в вопросах здоровья и о последних тенденциях, которые Вы наблюдали в этой области.

Сегодня люди живут в многогранном обществе потребления и должны уметь ориентироваться в чрезвычайно сложных системах здравоохранения. Одной из главных особенностей общества постмодерна является то, что людям постоянно приходится принимать решения. Иногда это называют поливариантным обществом: это означает, что людям нужно все время делать выбор, и многие из этих повседневных вариантов выбора оказывают влияние на их здоровье. Требуемые решения вопросы могут быть очень простыми: «Вызвать врача или принять это лекарство? Съесть гамбургер или морковку? Провести поиск в Гугле или спросить у специалиста-медика?».

Поэтому для того, чтобы быть способным принимать такие решения, очень важно иметь определенную базу знаний, некоторый набор навыков, мотивацию и правильную информацию. Это один аспект того, что мы называем грамотностью в вопросах здоровья. Другой аспект касается той окружающей среды, которая влияет на эти решения и может либо облегчить, либо затруднить правильный здоровый выбор или разумное пользование системой здравоохранения.

От той среды, в которой вы живете, зависит ваше решение ходить пешком, а не ездить на машине. На ваше решение покупать здоровые продукты питания будут влиять как ваши доходы, так и маркетинг пищевых продуктов. На понимание этикеток на пищевых продуктах будет влиять уровень вашего образования. Существует очень высокая степень

корреляции между уровнем общей грамотности и грамотностью в вопросах здоровья. Так что грамотность в вопросах здоровья – это результат комбинированного действия индивидуальных факторов и факторов окружающей среды.

Расскажите, пожалуйста, о трудностях, связанных с разработкой планов развития грамотности в вопросах здоровья для целой страны.

Разработка плана развития грамотности в вопросах здоровья – это настоящий акт осторожного балансирования между вопросами личности, общества и окружающей среды. Поэтому, конечно, вначале тема грамотности в вопросах здоровья не слишком благосклонно воспринималась в сообществе поборников укрепления здоровья. Ведь если мы вернемся к Оттавской хартии по укреплению здоровья – основополагающему документу, принятому в 1986 г., – мы найдем там пять областей действия: проведение государственной политики, учитывающей интересы здоровья; создание благоприятной среды; поддержка действий на уровне местных сообществ; переориентация систем здравоохранения и развитие личностных навыков. В области укрепления здоровья всегда – и совершенно справедливо – большое опасение вызывает стремление возложить вину на пострадавшего. Вместо того, чтобы принимать меры в отношении социальных или коммерческих детерминант здоровья, многим политикам легче сказать, что вы сами выбираете себе образ жизни, а если вы делаете неправильный выбор – «ну, что ж, жаль, не повезло, вот теперь сами все и расхлебывайте». Поэтому главное здесь – найти правильное соотношение принимаемых мер: разумная политика в отношении грамотности в вопросах здоровья балансирует между повышением уровня индивидуальной грамотности людей в вопросах здоровья и предоставлением достаточной поддержки людям с тем, чтобы они могли выбрать наилучшие варианты для собственного здоровья в долгосрочном плане и для здоровья своей семьи. Например, вы не полагаетесь на то, что люди смогут понять сложные расчеты нутриентов на коробке с сухим завтраком, – вы просто вводите систему светофора, помогающую сделать здоровый выбор.

Как можно измерить или оценить успехи или недостатки различных программ по развитию грамотности в вопросах здоровья?

Есть разные методы и критерии оценки успеха, но многое зависит от масштабов и охвата вашей программы. Разумеется, у вас могут быть относительно небольшие программы, сосредоточенные на повышении уровня грамотности в вопросах здоровья отдельных людей или какого-либо сообщества в отношении того или иного вопроса здоровья

или на том, как общаться с медицинскими работниками: например, программа «Задай мне три вопроса». Или же речь может идти о таких мерах, как введение систем светофора для маркировки пищевых продуктов, и тогда эти меры будут охватывать все общество.

Меры, рассчитанные на кратковременное влияние, касаются активного восприятия здоровых форм поведения, например поведения матерей относительно грудного вскармливания или уменьшения потребления сахара. Но влияние многих программ в области грамотности в вопросах здоровья на здоровье сразу и во всей полноте оценить невозможно, потому что часто оно проявляется лишь годы спустя. Программы в области грамотности в вопросах здоровья разрабатываются на доказательной основе; одна из причин, по которым мы хотим, чтобы у матерей был выше уровень грамотности в вопросах грудного вскармливания, состоит в том, что имеются доказательства того, что дети, находившиеся на грудном вскармливании, в среднем менее склонны к ожирению. Для того и была внедрена система светофора, чтобы помочь людям и направлять их выбор пищевых продуктов.

Грамотность в вопросах здоровья также может выступать в виде своеобразного сводного индекса, показывающего, насколько хорошо осознаются в обществе проблемы здоровья. Мы выдвинули сравнительный аргумент, согласно которому валовый национальный продукт, ВВП, которым в широком смысле измеряется продуктивность нации, существует как своего рода совокупность множества сложных факторов. Совокупную грамотность в вопросах здоровья тоже можно рассматривать как пример уровня грамотности в вопросах здоровья всей нации. Когда у вас есть общее понимание того, насколько грамотным является общество в вопросах здоровья, это дает вам представление о том, какие проблемы здоровья и связанные со здоровьем вопросы вы должны решать в этом обществе.

В частности, это позволяет вам судить о том, где кроются различия в обществе. Обследование грамотности в вопросах здоровья может дать вам информацию о том, сколько людей и какие именно люди в вашем обществе обладают грамотностью в вопросах здоровья. Это относится к таким категориям, как лица более старшего или более молодого возраста или люди с низким и с более высоким уровнем дохода. Например, Европейское обследование санитарной грамотности впервые за все время показало, насколько же низок уровень грамотности в вопросах здоровья во многих странах Европы. Это явилось подлинным открытием для многих стран, и они решили действовать. Количественная оценка грамотности в вопросах здоровья на

уровне всего общества – не просто в отдельных программах – стала действенным средством, позволившим достучаться до лиц, формирующих политику. И теперь в целом ряде европейских стран начали разрабатывать планы развития грамотности в вопросах здоровья.

Какова реакция общественности на различные планы развития грамотности в вопросах здоровья?

Трудно сказать. В контексте грамотности в вопросах здоровья применительно к службам здравоохранения во всей Европе существует множество групп пациентов и защитников интересов пациентов. Многие из этих групп весьма заинтересованы в такой системе здравоохранения, которая облегчает участие пациентов и помогает им ориентироваться в системе. Группы пациентов говорят: «Ничего для нас без нас». И это очень важно, так как у людей, живущих с какой-либо болезнью, часто бывает больше непосредственного опыта жизни с этой болезнью, чем у медицинских работников. Еще один важный аспект грамотности в вопросах здоровья состоит в демократизации системы здравоохранения: сегодня знания пациента принимаются во внимание, и они, пациенты, сегодня работают с медицинскими работниками как партнеры. Медицинским работникам нужно хорошо понимать среду, в которой живет пациент, чтобы можно было дать разумный совет, которому пациент сможет последовать в своей социальной среде и в пределах своих финансовых возможностей.

Но возросший уровень грамотности в вопросах здоровья не всегда является следствием плана государства по его повышению. Если бы вы спросили людей о влиянии сахара на здоровье десять лет назад, очень мало нашлось бы тех (в том числе и среди медицинских работников), кто полностью осознавал негативное влияние сахара на здоровье или степень его присутствия в столь многих пищевых продуктах и напитках, которые мы потребляем. А вот если вы спросите об этом сегодня, вы увидите, что осведомленность об этой проблеме намного выше. Это стало результатом действия многих факторов, таких как освещение в печати, по телевидению и радио, новые виды предлагаемых товаров в супермаркетах, маркировка пищевых продуктов и санитарное просвещение. Для того чтобы общество стало более грамотным в вопросах здоровья, требуется, чтобы сошлись в одном отрезке времени распространяемые разнообразные тезисы и перемены в окружающей среде.

Как ВОЗ и государства-члены ВОЗ должны координировать свои подходы к грамотности в вопросах здоровья, чтобы достичь всех общих целей?

Тут требуется принятие решений как на уровне ВОЗ, так и в государствах-членах. Одной из задач ВОЗ как технического учреждения является оказание странам помощи в понимании того, что такое грамотность в вопросах здоровья, и предоставление фактических данных, помогающих им понять, насколько она важна. Поддержка, которую оказывает ВОЗ в сборе и распространении сравнительных данных, например проведение сравнительного обследования состояния грамотности в вопросах здоровья, может помочь странам увидеть, в каком положении они находятся по сравнению с другими. ВОЗ также может распространять положительные примеры стратегий и практики из опыта различных стран и давать рекомендации относительно их использования в контексте национальных особенностей.

Есть два взаимодополняющих подхода к принятию конкретных мер. Один совершенно очевидно заключается в понимании важности грамотности в вопросах здоровья и выработке плана развития грамотности в вопросах здоровья в стране. Но это также означает, что многие уже имеющиеся планы, стратегии или инициативы должны включать вопросы грамотности в вопросах здоровья в то, что делается в соответствии с ними. Очень уместно здесь привести пример стран, которые работают над решением такой большой задачи, как цифровизация системы здравоохранения. ВОЗ следует сотрудничать в этом направлении с государствами-членами и видеть в этом благоприятную возможность разрабатывать и внедрять цифровые приложения для повышения уровня грамотности в вопросах здоровья.

Ограничение ответственности: гость рубрики несет самостоятельную ответственность за мнения, выраженные в данной публикации, которые необязательно представляют решения или политику Всемирной организации здравоохранения. ■

PANORAMA PEOPLE

Interview with Brigitte Zarfl, Minister of Labour, Social Affairs, Health and Consumer Protection, Austria



Please explain to us why the creation of a strategic approach to improving health literacy is so important.

Austria regards health literacy as a key determinant of health. People with better health literacy have better health behaviours, use more preventive and less treatment-oriented services, are better at self-care and have better treatment outcomes. In addition, economic analyses point out that insufficient health literacy negatively impacts on the cost for health care. Strategies to improve health literacy both contribute to health care economics and to lower noncommunicable disease (NCD) rates by improving patient outcomes and the health of the general population. Achieving these benefits requires a systematic, strategic and comprehensive approach, rather than arbitrary and isolated interventions.

Strategic approaches first need capacity building, and in Austria we first needed to define national health targets to help improve health literacy. A number of stakeholders from different sectors were involved in this process. However, it soon became clear that health literacy is a huge and complex goal, which meant that we would need a structured and coordinated approach to begin our work. Therefore, as we began to define our goals and the strategic areas for interventions, we also built up the Austrian Health Literacy Alliance, which is a steering group located at the Austrian Health Promotion Fund. It is comprised of stakeholders from health care, but also – following the concept of Health in all Policies – other relevant sectors such as education, youth work and sports. The members of this alliance have worked to develop various

approaches and interventions intended to help improve health literacy in Austria.

This process focuses on the constant evolution of our strategic approach, which allows for joint ownership, and provides guidance and orientation for various stakeholders.

Please discuss some of the challenges you have faced in developing your nationwide health literacy approach.

Before the publication of the first comparative European Health Literacy Study (HLS-EU) in 2011, health literacy was not on the agenda of Austrian decision-makers. The importance of this relatively new concept had to sink in. In the beginning, it was very important for Austrian scientists involved in the HLS-EU study to present and explain the concept of health literacy in principle. Health literacy received a lot of media coverage, and the fact that 56% of Austrians had only limited health literacy began to alarm politicians and decision-makers in public health and health care.

Once the topic had made it onto the political agenda in 2012 it was important to find ways to improve health literacy. Austria was one of the first countries in Europe to take up the topic; we had to find many of our own solutions. Addressing health literacy across different sectors and embracing all of the various health actors remains a challenge. Health Literacy was incorporated into the Austrian Health Targets, which are important for addressing the Sustainable Development Goals (SDGs), and the Austrian Health Literacy Alliance

served as the focus of our coordinated effort to face this challenge.

The alliance has developed five strategic priorities aimed at improving a specific determinant of health literacy. Our understanding of health literacy is based on the definitions of the HLS-EU-survey: how easy or difficult it is for a person to find, have access to, appraise and apply health related information. This means that health literacy depends on the provision of accurate health information as well as health services that people can easily find, understand and use to make health-related decisions. But making all of this work will continue to require political leadership.

Here's what we are doing to accomplish our task:

1. Working to improve the quality of health care communication, including the communication skills of health professionals, which is a critical part of the patient's ability to understand the information they are being provided. Our national strategy is being implemented with strong support from the health and social insurance sector, and also in close cooperation with educational institutions in the health care field.
2. Ensuring that quality written and audio-visual health information is available to help people make properly informed health decisions. We help to fund and also promote a national set of criteria for the production and dissemination of health information products. We also established a national health information internet portal and a phone service line for health-related questions.
3. While it is important to improve the health literacy responsiveness of health care professionals, it is also important for patients to know how to effectively communicate with health service providers. Austria has developed a national version of the Ask Me 3 campaign, which sensitizes and enables patients to ask health care providers the questions that are important to them. Some social insurance organizations and provinces ["länder"] and a number of health care institutions are taking up this idea.
4. Health care organizations must both train and equip health providers with high quality professional communication and information products in order for them to effectively respond to the needs of patients. Therefore, we support health care organizations with specific tools to improve leadership and organizational development.

5. To properly improve our activities we need to measure our progress. Austria therefore has taken a leading role in preparing the next European Health Literacy Survey.

How will the improvement of health literacy in Austria be measured? How will you know when your goals have been achieved?

Measuring health literacy is an important part of our work. Data gathered during the first European Health Literacy Survey helped us develop our activities around health literacy. From our experience, we know how important it is to measure and evaluate both national and international data. Therefore, Austria was one of the drivers in founding the WHO Action Network on Measuring Population and Organizational Health Literacy, known as the M-POHL network, which calls for establishing comparative surveys of population health literacy at regular intervals.

In February 2018, Austria hosted the kick-off meeting of M-POHL and helped coordinate the network, which now includes 25 Member States. Up to 17 Member States plan to participate in the next European Health Literacy Survey, which will take place between November 2019 and March 2020. As M-POHL is very relevant to us, I am very happy to see that the network has a clear place in the WHO Europe Regional Office's draft roadmap on health literacy.

In addition to measuring health literacy, we also monitor progress in relation to all of our activity areas, using quantitative indicators and qualitative approaches, including feedback from participants through various reporting mechanisms. That information is then used for future planning.

What has the public's reaction been to the health literacy activities?

It is important to note that health literacy widely depends on how successful we are in providing people with accurate health information and services that are easy to find, understand and use as a basis for their health-related decisions and actions. In our attempt to be most effective in that direction, our strategic approach targets first the providers of health-related communication, information and services. We are very happy to see that we are successful, as the interest in health literacy in the professional community is constantly increasing. For example, we observe that more and more teaching institutions include health literacy into the professional education of health care professionals. More and more organizations – in

health care, but also in other sectors such as extra-curricular youth work – invest in their organizational health literacy responsiveness. This success is a joint achievement of our efforts to advance health literacy, the activities and investments of health and social insurance, the strong role of several Austrian provinces ["länder"] in improving health literacy, and a number of actors in other sectors.

How does Austria's strategic approach to health literacy fit and work with the WHO European Regional Office's goals for health literacy?

In line with the Regional Office, we understand health literacy as crucial for Health 2020 and is a pillar for reaching the Sustainable Development Goals, especially SDG 3, but also the other health-related SDGs. Furthermore, health literacy is important for equity in health care, which is also high on the Regional Office's agenda. Since health literacy is not equally distributed within the society, a person's health literacy level

can also be understood as a social determinant of health. Improving health literacy is key for us to help reducing the social gap in relation to health and quality of life throughout the life course. Moreover, we see of course the huge potential of health literacy in the fight against the NCDs, which is also a global priority.

As Minister of Labour, Social Affairs, Health and Consumer Protection I am supportive of the suggestion of the Regional Office of Europe to launch a roadmap on health literacy that clearly outlines the way forward. Austria is very happy to contribute and share its experiences with other interested Member States.

Disclaimer: The interviewee alone is responsible for the views expressed in this publication and they do not necessarily represent the decisions or policies of the World Health Organization. ■

ЛЮДИ «ПАНОРАМЫ»

Интервью с Brigitte Zarfl, министром труда, социальных дел, здравоохранения и защиты прав потребителей Австрии



Пожалуйста, объясните нам, почему так важно выработать стратегический подход к повышению уровня грамотности в вопросах здоровья.

Австрия считает грамотность в вопросах здоровья одной из ключевых детерминант здоровья. У людей с более высоким уровнем грамотности в вопросах здоровья более правильное поведение в отношении здоровья, они больше пользуются профилактическими услугами и меньше – услугами, ориентированными на лечение, они лучше умеют заботиться о своем здоровье и исходы лечения у них лучше. Кроме того, как показывают экономические анализы, недостаточный уровень грамотности в вопросах здоровья отрицательно влияет на расходы на медико-санитарную помощь. Стратегии повышения уровня грамотности в вопросах здоровья способствуют как улучшению экономических показателей медико-санитарной помощи, так и снижению распространенности неинфекционных заболеваний (НИЗ), поскольку приводят к улучшению итоговых показателей здоровья пациентов и в целом здоровья населения. Для достижения таких положительных результатов необходим системный, стратегический и комплексный подход, а не произвольные и разрозненные вмешательства.

Для стратегических подходов сначала нужно укрепить организационно-кадровый потенциал, а нам в Австрии понадобилось в первую очередь определиться с общенациональными целями в области здравоохранения, чтобы помочь улучшить грамотность в вопросах здоровья. В этом процессе участвовали многие заинтересованные стороны из

разных секторов. Однако вскоре стало ясно, что грамотность в вопросах здоровья – это огромная и сложная цель, и для того, чтобы начать работу, нам понадобится выработать упорядоченный и согласованный подход. Поэтому, когда мы начали определять свои цели и стратегические области для осуществления вмешательств, мы одновременно создали Австрийский альянс по развитию грамотности в вопросах здоровья, который представляет собой руководящую группу, организованную на базе Австрийского фонда укрепления здоровья. Альянс состоит из заинтересованных сторон в секторе медико-санитарной помощи, но также, в соответствии с концепцией учета интересов здоровья во всех стратегиях, включает и другие заинтересованные секторы, такие как секторы образования, работы с молодежью и спорта. Члены Альянса вместе выработали различные подходы и вмешательства, направленные на то, чтобы помочь повысить уровень грамотности в вопросах здоровья в Австрии.

В этом процессе в центре внимания находится постоянная эволюция нашего стратегического подхода, что позволяет всем ощущать свою сопричастность к общему делу и служит для различных заинтересованных сторон руководством и ориентиром в их действиях.

Расскажите, пожалуйста, о трудностях, с которыми вы столкнулись при выработке вашего подхода к развитию грамотности в вопросах здоровья во всей стране.

До опубликования в 2011 г. результатов первого сравнительного Европейского обследования санитарной

грамотности (HLS-EU) вопрос грамотности в вопросах здоровья не стоял на повестке дня австрийских руководящих деятелей. Необходимо было, чтобы важность этой относительно новой концепции была осознана ими в полной мере. Вначале было очень важно, чтобы австрийские ученые, принимавшие участие в обследовании HLS-EU, представили и разъяснили концепцию грамотности в вопросах здоровья в принципе. Грамотность в вопросах здоровья получила широкое освещение в средствах массовой информации, и тот факт, что у 56% австрийцев была лишь ограниченная грамотность в вопросах здоровья, начал тревожить политиков и лиц, принимающих решения по вопросам общественного здравоохранения и медико-санитарной помощи.

После того как эта тема в 2012 г. заняла свое место в политической повестке дня, важно было найти пути повышения уровня грамотности в вопросах здоровья. Австрия была одной из первых стран в Европе, где стали заниматься этой темой, и многие оптимальные решения были найдены нами самостоятельно. Некоторые трудности до сих пор сохраняются в отношении повышения грамотности в вопросах здоровья в разных секторах и охвата всех разнообразных действующих субъектов здравоохранения. Тема грамотности в вопросах здоровья была включена в национальные цели в области здравоохранения, которые играют важную роль в достижении Целей в области устойчивого развития (ЦУР), а Австрийский альянс по развитию грамотности в вопросах здоровья стал средоточием наших согласованных усилий по решению задач в этой сфере.

Альянс установил пять стратегических приоритетов, каждый из которых направлен на улучшение определенной детерминанты грамотности в вопросах здоровья. Наше понимание грамотности в вопросах здоровья строится на определениях, использованных в обследовании HLS-EU: насколько легко или трудно человеку найти информацию, касающуюся здоровья, получить доступ к ней, оценить ее полезность и применить на деле. Это означает, что грамотность в вопросах здоровья зависит от предоставления людям точной информации по вопросам здоровья, а также услуг здравоохранения, которые люди могут легко найти, понять и использовать для того, чтобы принимать решения, касающиеся здоровья. Но для того, чтобы эта схема работала, необходимо политическое руководство.

Для выполнения нашей задачи мы предприняли следующие шаги:

1. Работаем над повышением качества коммуникации в сфере медико-санитарной помощи, включая выработку коммуникативных навыков у медицинских работников, что является важнейшим условием для способности пациента понять информацию, которую ему предоставляют. Наша национальная стратегия осуществляется при полной поддержке со стороны сектора медицинского и социального страхования, а также в тесном сотрудничестве с учреждениями образования в области медико-санитарной помощи.
2. Добиваемся наличия высококачественной письменной и аудиовизуальной информации о здоровье, которая помогает людям принимать осознанные и правильные решения, касающиеся здоровья. Мы помогаем финансировать создание и распространение информационных продуктов, предназначенных для укрепления здоровья, а также продвигаем на уровне страны набор критериев для разработки таких продуктов. Мы также создали национальный интернет-портал информации здравоохранения и организовали информационную телефонную линию по теме здоровья.
3. Наряду с повышением восприимчивости медицинских работников к теме грамотности в вопросах здоровья не менее важно и то, чтобы сами пациенты владели навыками эффективной коммуникации с поставщиками медицинской помощи. В стране разработана собственная версия кампании «Задай мне три вопроса», которая пробуждает интерес у пациентов и позволяет им задавать вопросы поставщикам медицинской помощи. Эту идею начинают поддерживать и развивать некоторые организации социального страхования и власти провинций («земель»), а также целый ряд организаций медицинской помощи.
4. Организации медико-санитарной помощи должны обучать медицинских работников и вооружать их качественными профессиональными коммуникационными и информационными продуктами, чтобы они могли полноценно реагировать на потребности своих пациентов. Мы обеспечиваем эти организации специальными методическими разработками для оптимизации лидерства и содействия организационному развитию.
5. Оценка прогресса – важная часть процесса улучшения деятельности, и потому Австрия играет ведущую роль в подготовке следующего Европейского обследования грамотности в вопросах здоровья.

Как будет измеряться повышение грамотности в вопросах здоровья в Австрии? Как вы узнаете, когда будут достигнуты ваши цели?

Измерение уровня грамотности в вопросах здоровья – это важный элемент нашей работы. Данные, полученные в ходе первого Европейского обследования грамотности в вопросах здоровья, помогли нам в подготовке собственных мероприятий в этой области. Из нашего опыта мы знаем, насколько важно измерять и оценивать данные, собираемые как в стране, так и на международном уровне. Поэтому Австрия и стала одним из инициаторов создания Сети действий ВОЗ по оценке грамотности в вопросах здоровья среди населения и на уровне организаций (М-РОНЛ), которая предусматривает проведение через регулярные промежутки времени сравнительных обследований грамотности в вопросах здоровья населения.

В феврале 2018 г. Австрия провела первое совещание сети М-РОНЛ и помогала координировать работу сети, в которую сегодня входят 25 государств-членов. В следующем Европейском обследовании грамотности в вопросах здоровья, которое будет проводиться с ноября 2019 г. по март 2020 г., планируют участвовать до 17 государств-членов. Сеть М-РОНЛ имеет для нас очень большое значение, и я рада видеть, что ей отводится заметное место в проекте дорожной карты Европейского регионального бюро ВОЗ по развитию грамотности в вопросах здоровья.

Помимо оценки грамотности в вопросах здоровья мы также отслеживаем прогресс, достигаемый во всех областях нашей деятельности, для чего используем количественные показатели и качественные методы, включая отзывы, получаемые от участников с помощью различных механизмов отчетности. Затем эта информация используется для планирования будущих мероприятий.

Какова была реакция общественности на мероприятия по развитию грамотности в вопросах здоровья?

Важно отметить, что грамотность в вопросах здоровья во многом зависит от того, насколько успешно мы предоставляем людям достоверную информацию здравоохранения и соответствующие услуги, которые легко найти, понять и использовать как основу для своих решений и действий, касающихся здоровья. Пытаясь добиться в этом направлении максимальной эффективности, мы ориентируем свой стратегический подход в первую

очередь на поставщиков коммуникационных продуктов, информации и услуг, касающихся здоровья. К счастью, это у нас получается хорошо – интерес к грамотности в вопросах здоровья в профессиональном сообществе постоянно растет. Например, мы наблюдаем, что все больше и больше образовательных учреждений включают тему грамотности в вопросах здоровья в программы профессионального образования медицинских работников. Все больше и больше организаций – как в секторе здравоохранения, так и в других секторах, таких как внеклассная работа с молодежью, – вкладывают средства в обеспечение способности оперативно реагировать на потребности в повышении грамотности в вопросах здоровья. Этот успех стал результатом наших общих усилий по развитию грамотности в вопросах здоровья, мероприятий и инвестиций со стороны медицинского и социального страхования, активной роли нескольких федеральных земель Австрии в повышении уровня грамотности в вопросах здоровья и усилий целого ряда действующих субъектов в других секторах.

Как стратегический подход Австрии к грамотности в вопросах здоровья вписывается в цели Европейского регионального бюро ВОЗ в области грамотности в вопросах здоровья и согласуется с ними?

Как и Региональное бюро, мы осознаем огромное значение грамотности в вопросах здоровья для реализации положений политики Здоровье-2020 и считаем ее важной составляющей достижения Целей в области устойчивого развития, особенно ЦУР 3, но также и других ЦУР, имеющих отношение к охране здоровья. Кроме того, грамотность в вопросах здоровья важна для обеспечения справедливости в получении медицинского обслуживания, что также является актуальной для Регионального бюро целью. Поскольку грамотность в вопросах здоровья распределяется в обществе неравномерно, уровень грамотности в вопросах здоровья отдельно взятого человека тоже можно понимать как одну из социальных детерминант здоровья. Повышение уровня грамотности в вопросах здоровья для нас является важным средством, помогающим сократить социальный разрыв в отношении здоровья и качества жизни на всех ее этапах. Более того, мы, конечно, видим огромный потенциал грамотности в вопросах здоровья в борьбе против НИЗ – еще одной приоритетной глобальной задаче.

Будучи министром труда, социальных дел, здравоохранения и защиты прав потребителей, я поддерживаю предложение Европейского регионального бюро принять дорожную карту по развитию грамотности в вопросах здоровья, которая четко определяет наши дальнейшие шаги. Австрия с радостью будет вносить свой вклад в эту работу и делиться своим опытом с другими государствами-членами, которые будут в этом заинтересованы.

Ограничение ответственности: гость рубрики несет самостоятельную ответственность за мнения, выраженные в данной публикации, которые необязательно представляют решения или политику Всемирной организации здравоохранения. ■

PANORAMA PEOPLE

Interview with Marta Temido, Minister of Health, Portugal



Please explain to us why the creation of a health literacy program is so important.

The Portuguese Health Literacy Action Plan focuses on people-centred interventions to increase health literacy levels among the Portuguese population in a sustainable way, enhancing the ability of people to navigate the National Health Service within the context of their everyday life while improving self-care and disease management. This has become increasingly important for Portugal and other nations because the changing epidemiological and demographic paradigm, which is characterized by a high burden of non-communicable diseases and multimorbidity along with an ageing population, calls for a different approach to health promotion and disease prevention. Governments, health authorities and citizens now share the responsibility for promoting health and for assuring that each person can reach their full potential, which includes having the knowledge and the power to make informed decisions about health and healthy behaviour.

Our Health Literacy Program aims to provide the tools and the skills that people need to make informed health choices. It is expected that at some point in time, all of us will have to find health or health-related information, including information on health services. So besides being able to find it, it is essential that one can understand that information, critically appraise it and effectively use it to decide about a specific health problem, issue or medical course of action.

Please discuss some of the challenges you have faced in developing your nationwide health literacy plan.

Health literacy can be a challenging theoretical concept. When stepping down from the concept or theory to something operational as a health program, several issues arise, as is the case with a health literacy program.

In the case of the Portuguese experience, one of the most important challenges was to shift the orientation of the national health service to a more citizen focused approach, putting the citizen at the centre of the program.

Another challenge was to bring together and to harmonize the views and perspectives of the different stakeholders: managers, health professionals, patients and the community.

Additionally, it must be kept in mind, while designing this type of program, that there are different levels of health literacy: such as people having different levels of digital literacy, different access to digital media, different reading and interpreting skills, and different access to health care services. Everyone is different, so treating everyone the same way might increase the risk of health inequalities. While there are people that can effectively use health information, some (vulnerable populations, the elderly and others) still need support and further empowerment. Understanding this is important to avoid inequalities. Creating a health literacy

program that includes everyone and leaves no one behind and that contributes to reducing inequalities was quite challenging but, at the same, a comprehensive and enthusiastic enterprise.

How will the program's success be measured; how will you know when your goals have been achieved?

The success of the Health Literacy Program will be assessed by its technical and social impact. In the first case, we are using Health Impact Assessment methodology and working with a European Consortium to develop and apply the Health Literacy Survey 2019. The results of this survey will allow us to compare where we are now with where we were in 2014 before the plan. We hope to have a “before and after” assessment of the plan.

From a social perspective, the success of the program will eventually be reflected in an increasingly healthy population or in the growing number of people making healthier choices and using health services and other health resources more effectively. For instance, we will know that the health literacy program is a success for every parent that is able to manage their child's health problems with reduced anxiety by using all resources available in the National Health Service, according to their children's and their own needs. Additionally, each healthy year gained, free from disease, disability or ill-health, will be the result of high health literacy.

What has the public's reaction been to the health literacy plan?

In Portugal, investing in health literacy has been a popular idea. People in general recognize that they need more information and knowledge to address health issues and to effectively navigate through the National Health Service system. In addition, they are also starting to recognize that they have power over their health and over the health services and that they should be the centre of care and of the health system. As such, the health literacy program has been well received by the public in general. Patient associations also welcomed

the program and recognized its relevance towards a more informed society where patients and health professionals are able to communicate more effectively for better treatment outcomes. Nevertheless, we should remain vigilant and assure that inequalities are addressed and that no one is left behind, even if they do not have adequate digital skills.

How does Portugal's health literacy plan fit and work with the WHO European Region's goals for health literacy?

The longstanding work on health literacy in Portugal has been recognized by WHO and is the main reason why Portugal is one of the leaders of the new network of the World Health Organization, the WHO European Region Action Network on Health Literacy for Implementation of Prevention and Control of NCDs.

The Portuguese Health Literacy Action Plan places the person at the centre of care and of health services delivery. The plan also works at improving health literacy among the Portuguese population in a sustainable way. This plan adopts a life-cycle approach and frames its implementation by setting it in context the strategic objectives of the National Health Plan. The National Health Plan is in line with the WHO Europe's Health Literacy goals.

Experiences like the SNS + Proximidade, an innovative network that hosted, among others, the National Program for Health Literacy and Care Integration and the Digital Health Literacy, have made a significant contribution to the relevant role of Portugal in pursuing the WHO Europe's goals for health literacy.

Disclaimer: The interviewee alone is responsible for the views expressed in this publication and they do not necessarily represent the decisions or policies of the World Health Organization. ■

ЛЮДИ «ПАНОРАМЫ»

Интервью с Marta Temido, министром здравоохранения Португалии



Пожалуйста, расскажите, в чем важность создания программы повышения грамотности в вопросах здоровья.

Португальский план действий в области грамотности в вопросах здоровья предусматривает осуществление ориентированных на человека мероприятий, целенаправленно повышающих уровень грамотности в вопросах здоровья у населения Португалии и помогающих людям лучше ориентироваться в услугах, предоставляемых Национальной системой здравоохранения, в своей повседневной жизни, одновременно с усилением их потенциала для самостоятельного ухода за собой и ведения болезней. Данный вопрос приобретает все большую актуальность в Португалии и других странах, поскольку меняющаяся парадигма эпидемиологии и демографии, характеризующаяся высокой распространенностью неинфекционных заболеваний, множественными хроническими заболеваниями и старением населения, требует новых подходов к укреплению здоровья и профилактике болезней. Сегодня правительства, руководящие органы здравоохранения и гражданское общество вместе несут ответственность за внедрение мер по укреплению здоровья и создание условий для того, чтобы каждый человек мог полностью реализовать свой потенциал, что включает приобретение знаний и умений для принятия информированных решений о своем здоровье и соответствующем поведении.

Цель нашей Программы повышения грамотности в вопросах здоровья заключается в том, чтобы предоставить людям инструменты и навыки, необходимые для того,

чтобы осознанно делать выбор в пользу здоровья. В определенный момент каждому из нас может потребоваться информация о здоровье, в том числе и об услугах по его охране. Важно не только уметь находить эту информацию, но и понимать ее, критически оценивать и эффективно использовать для решения проблем со здоровьем и определения своих дальнейших шагов в связи с этим.

Пожалуйста, расскажите о том, с какими трудностями вы столкнулись при подготовке общенационального плана действий в области грамотности в вопросах здоровья.

Грамотность в вопросах здоровья – это достаточно сложная теоретическая концепция. При переходе от концепции или теории к практическим шагам – например, к реализации программы здравоохранения – не могут не возникать сложности, и программа грамотности в вопросах здоровья здесь не стала исключением.

Как показал опыт Португалии, одной из самых сложных задач стала переориентация национальной службы здравоохранения в сторону подходов, позволяющих лучше учитывать потребности населения, чтобы в центре внимания программы оказались нужды людей.

Еще одна непростая задача – обеспечить сотрудничество и единство взглядов и мнений среди различных заинтересованных сторон: администраторов, работников здравоохранения, пациентов и местных сообществ.

Помимо этого, при разработке подобных программ необходимо помнить, что существуют разные уровни грамотности в вопросах здоровья: люди могут по-разному владеть цифровой грамотностью, иметь разный доступ к цифровым средствам, разные навыки чтения и интерпретации текстов, а также разные возможности для получения услуг здравоохранения. Все люди разные, и шаблонные подходы могут лишь усугубить неравенство в вопросах здоровья. Кто-то умеет использовать медицинскую информацию эффективно, а кому-то (например, уязвимым группам населения, пожилым людям и др.) по-прежнему нужна поддержка и дальнейшее развитие их способностей. Это важно помнить в целях недопущения неравенства. Создать программу повышения грамотности в вопросах здоровья с участием всех заинтересованных сторон, не оставляя никого без внимания и стремясь к сокращению неравенства, – непростая задача, но этот процесс был организован комплексно и с большим энтузиазмом.

Как будет измеряться эффективность программы и как вы поймете, были ли достигнуты поставленные цели?

Эффективность Программы повышения грамотности в вопросах здоровья будет оцениваться с точки зрения ее технического и социального воздействия. В первом случае мы применяем методологию «оценки воздействия на здоровье» и осуществляем совместную работу с Европейским консорциумом по подготовке и осуществлению Европейского обследования в области грамотности в вопросах здоровья в 2019 г. По результатам обследования мы сможем провести сравнительный анализ текущей ситуации и показателей за 2014 г., т. е. за период, предшествовавший принятию плана действий. Таким образом мы надеемся получить оценку ситуации «до и после» появления плана.

С социальной точки зрения успех программы будет постепенно проявляться через улучшение показателей здоровья населения или увеличение числа людей, делающих выбор в сторону более здорового поведения и более эффективно использующих услуги и ресурсы здравоохранения. Например, каждый случай, когда родители смогут успешно, без лишнего беспокойства, справиться с болезнью у ребенка, используя все доступные ресурсы Национальной службы здравоохранения в соответствии со своими потребностями и потребностями ребенка, будет служить доказательством эффективности программы грамотности в вопросах здоровья. Кроме того, каждый дополнительный приобретенный год здоровой жизни без

болезней, инвалидности или плохого состояния здоровья также будет результатом повышения уровня грамотности в вопросах здоровья.

Как отреагировала общественность на внедрение плана действий в области грамотности в вопросах здоровья?

Инвестирование в меры по развитию грамотности в вопросах здоровья встречает положительный отклик у населения Португалии. Люди признают, что для решения проблем со здоровьем и эффективной навигации в Национальной системе здравоохранения они нуждаются в информации и знаниях. Помимо этого, они начинают понимать, что их здоровье находится в их собственных руках, что медицинские службы созданы для того, чтобы обеспечивать их потребности, и что в центре систем медицинской помощи и здравоохранения должны стоять интересы самих граждан. В целом программа повышения грамотности в вопросах здоровья воспринимается населением хорошо. Ассоциации пациентов также приветствуют реализацию этой программы и отмечают ее актуальность для повышения уровня информированности общества и обеспечения более эффективной коммуникации между пациентами и работниками здравоохранения, нацеленной на достижение более высоких результатов лечения. При этом мы должны оставаться бдительными: содействовать сокращению неравенства и следить за тем, чтобы никто не остался без внимания, даже если у этого человека нет необходимых цифровых навыков.

Согласуется ли португальский план действий в области грамотности в вопросах здоровья с целями Европейского региона ВОЗ в этой сфере?

ВОЗ признает важность многолетней работы в сфере грамотности в вопросах здоровья в Португалии, и именно поэтому Португалия является сегодня одним из лидеров новой Европейской сети действий ВОЗ по развитию грамотности в вопросах здоровья в поддержку профилактики и борьбы с НИЗ.

Португальский план действий в области грамотности в вопросах здоровья ставит человека в центр системы оказания помощи и предоставления медицинских услуг. Он способствует целенаправленному и устойчивому повышению грамотности в вопросах здоровья у населения Португалии. План был разработан на основе подхода, предусматривающего охват всех этапов жизни, и его реализация будет проходить в контексте стратегических

задач Национального плана здравоохранения, который, в свою очередь, создавался с учетом целей ЕРБ ВОЗ в сфере грамотности в вопросах здоровья.

Опыт различных программ, таких как новаторская сеть SNS + Proximidade, на базе которой проводились, в числе других, Национальная программа интеграции грамотности в вопросах здоровья в систему медицинской помощи и Программа цифровой грамотности в вопросах

здоровья, позволяет говорить об активной роли Португалии и ее значительном вкладе достижение целей ЕРБ ВОЗ в сфере грамотности в вопросах здоровья.

Ограничение ответственности: гость рубрики несет самостоятельную ответственность за мнения, выраженные в данной публикации, которые необязательно представляют решения или политику Всемирной организации здравоохранения. ■

PANORAMA PEOPLE

Interview with the Minister of Health of the Russian Federation Veronika Skvortsova on the Introduction, Measurement and Improvement of Health Literacy in the Russian Federation



1. Could you explain to us why creating a health literacy programme is so important?

Learning about and improving health literacy is a priority issue for health promotion, and it requires urgent attention. The available evidence suggests that a person's health literacy helps them make decisions both towards better general health and in the prevention and treatment of illnesses. Improving health literacy increases the likelihood that a person will decide to lead a healthy lifestyle, use preventive health-care services and adhere to treatment. It also helps to reduce the number of chronic diseases and improve the health and quality of life of the population.

Health literacy is related to general literacy and includes the ability to find, understand, critically evaluate and use health information through the life course. However, health literacy does not depend on the individual alone.

In a health system, health literacy interventions include providing simple, understandable and reliable information. Even simply by making medical centres easy to navigate with the use of clear and understandable signs, and improving communication between health professionals and their patients for example, can lead to significant improvements.

The socioeconomic conditions in which people live, work and study also affect health literacy. Thus, health literacy interventions are not associated exclusively with the health

sector and require various forms of intersectoral collaboration among multiple stakeholders.

These abovementioned measures that are being taken to improve health literacy are carried out through the creation of a unified preventive environment based on the interagency cooperation of all government branches, sectors, societies (including health-care societies), ministries, agencies and services, employers, the media, public and religious organizations, volunteers and various population groups.

The availability of quality, reliable information in the media and on the internet is also necessary. In 2018 we launched the "You Are Stronger" information and communication campaign to promote a healthy lifestyle among the Russian population.

The campaign was held throughout the Russian Federation. All the main channels of communication were used: federal television, radio, billboards and the internet. The campaign focused on four target areas for improving public health: reducing alcohol consumption; reducing tobacco consumption; responsible nutrition; and responsible reproductive health. The campaign has continued into 2019 and will be extended to 2024 as part of the Federal Project entitled "Strengthening Public Health".

2. Could you tell us if you experienced any difficulties in the development and implementation of health literacy interventions?

Despite the fact that health literacy is a relatively new concept for Russia and a number of other countries around the world, health literacy interventions, in terms of having a system to enlighten and educate people on health matters, have existed since Soviet times. Nikolai Semashko founded such a system, with the main principles being centralization; universal access to health care; special attention to motherhood and childhood; the combination of treatment with adequate preventive measures; the elimination of social factors in the occurrence of disease; and public involvement in health care. A great amount of attention was paid to educating the population on sanitary and hygiene issues, as this was one of the most effective ways of preventing diseases and creating the conditions for leading a healthy lifestyle. These principles formed the basis of the state policy and public health care of the time.

Today, on the one hand, people are encouraged to lead a healthy lifestyle, but on the other hand, we live in a society where harmful habits are being actively promoted. It is becoming increasingly difficult to navigate through these conflicting arrays of information, as people often do not have the necessary skills to search for, understand, critically evaluate and use information that is essential to improve or maintain their own health, and the health of their loved ones.

It was important for us to adapt the widely accepted term 'health literacy' to fit the Russian language. The difficulty lay in the fact that there are over eight different interpretations of the term (for example, medical or sanitary literacy etc.) But by taking international experience and contemporary approaches to health literacy into account, we eliminated this confusion and selected the most appropriate Russian term.

3. How will you measure the success of these interventions? How will you know when you have achieved your goals?

One of the main advantages of health literacy is that you can measure it and track the changes. Reliable measurement tools are now available that make it possible to identify which population groups need health literacy interventions.

We support the initiative of the WHO Regional Office to measure and monitor health literacy in the European Region on a regular basis, which is planned as part of the Action Network on Measuring Population and Organizational Health Literacy. The Russian Federation is participating in

the Network and is preparing to launch a pilot population-based study to measure health literacy this year. By regularly measuring and evaluating health literacy, we can manage the situation and improve it effectively. What is more, it may become an instrument for measuring the effectiveness of the information and communication campaigns that we run.

4. How do health literacy interventions in the Russian Federation accord with the objectives of the European Union's health literacy strategy?

The health literacy interventions are being developed in accordance with the Global Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2013–2020, the Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases in the WHO European Region 2016–2025, the European Health 2020 policy, and the United Nations 2030 Agenda for Sustainable Development. All these documents emphasize the need to ensure a healthy lifestyle and reduce mortality from noncommunicable diseases using modern approaches to improve the health literacy of the population.

We fully support WHO's initiatives to measure and improve health literacy, as we believe that such measures are an important tool in expanding the opportunities to promote health and equity.

We also believe it is very important to create a pool of successful and effective practices for improving health literacy among various groups of the population. This development is being carried out as part of the WHO European Action Network on Health Literacy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases, which is co-chaired by Portugal and the Russian Federation, in order to implement national pilot projects on health literacy.

All of this, without a doubt, forms the basis for applying contemporary approaches to measuring and improving health literacy as an important determinant of health, and demonstrates the potential of using health literacy in clinical practice, public health activities and policies.

Disclaimer: The interviewee alone is responsible for the views expressed in this publication and they do not necessarily represent the decisions or policies of the World Health Organization. ■

ЛЮДИ «ПАНОРАМЫ»

Интервью Министра здравоохранения Российской Федерации В. И. Скворцовой о внедрении, измерении и повышении грамотности в вопросах здоровья в Российской Федерации



1. Пожалуйста, объясните, почему так важно создание программы по грамотности в вопросах здоровья?

Вопрос изучения и повышения уровня грамотности в вопросах здоровья является одним из приоритетных в области укрепления здоровья и требует безотлагательных действий. Имеющиеся фактические данные свидетельствуют о том, что грамотность человека в вопросах здоровья способствует принятию им решений как в области укрепления здоровья и профилактики заболеваний, так и их лечения. Повышение грамотности в вопросах здоровья ведет к увеличению вероятности принятия решений и действиям в отношении здорового образа жизни, использования профилактических медицинских услуг, приверженности лечению заболеваний. Также это способствует снижению количества хронических заболеваний, улучшению здоровья и качества жизни населения.

Уровень грамотности в вопросах здоровья связан с общей грамотностью человека и включает его навыки находить, понимать, критически оценивать и использовать информацию в отношении здоровья на всех этапах жизни. Но уровень грамотности в вопросах здоровья зависит не только от самих людей.

В системе здравоохранения мероприятия по повышению грамотности в вопросах здоровья включают предоставление простой, понятной и заслуживающей доверия информации, понятной и доступной навигации в медицинских

учреждениях, улучшение коммуникации между пациентом и медицинским специалистом.

Также на уровень грамотности в вопросах здоровья влияют социально-экономические условия, в которых люди живут, учатся и работают. Таким образом, меры по повышению грамотности в вопросах здоровья связаны не только с сектором здравоохранения, но и требуют участия различных форм межсекторального сотрудничества многих заинтересованных сторон.

Такая работа ведется путем создания единой профилактической среды, основанной на межведомственном сотрудничестве всех ветвей власти, секторов, общества, в том числе здравоохранения, министерств, ведомств и служб, работодателей, средств массовой информации, общественных и религиозных организаций, волонтеров и различных групп населения.

Важно подчеркнуть аспект качества и доступности надежной информации в средствах массовой информации и Интернете. В 2018 г. мы запустили национальную информационно-коммуникационную кампанию «Ты сильнее» по формированию здорового образа жизни среди населения.

Кампания проводилась на всей территории Российской Федерации по всем основным каналам коммуникации: федеральное телевидение, радио, рекламные щиты, Интернет, – и была сфокусирована на четырех целевых областях по укреплению здоровья населения: сокращение

потребления алкоголя; сокращение потребления табака; ответственное отношение к питанию; ответственное отношение к репродуктивному здоровью. Кампания продолжается в 2019 г. и в рамках Федерального проекта «Укрепление общественного здоровья» продлится до 2024 г.

2. Скажите, пожалуйста, были ли сложности при разработке и внедрении мер по повышению грамотности в вопросах здоровья?

Несмотря на то, что «health literacy» относительно новая концепция для России и для многих стран мира, мероприятия по повышению грамотности населения в вопросах здоровья как система с точки зрения просвещения и образования населения в отношении укрепления здоровья известны со времен Советского Союза. Основоположителем данной системы был Николай Александрович Семашко. Основными принципами системы являлись: централизация системы здравоохранения; доступность здравоохранения для всех граждан; особое внимание материнству и детству; единство профилактики и лечения; ликвидация социальных основ болезней; привлечение общественности к делу здравоохранения. Огромное внимание уделялось санитарно-гигиеническому просвещению (санпросвет), так как оно явилось одним из эффективных средств предупреждения заболеваний и формирования здорового образа жизни. Эти принципы были положены в основу государственной политики и здравоохранения того времени.

Сегодня, с одной стороны, людям предлагается делать выбор в пользу здорового образа жизни, а с другой стороны, в современном обществе идет активное продвижение вредных привычек. Ориентироваться в таких массивах информации становится все сложнее, поскольку люди зачастую не вооружены достаточными навыками поиска, понимания, критической оценки и использования информации, необходимой для улучшения или сохранения своего здоровья и здоровья своей семьи.

Используя международный опыт и современные подходы к «health literacy», мы адаптировали данный общепринятый международный термин для использования в русском языке, что представляло для нас большую важность. Сложность заключалась в том, что в русском языке существует более восьми интерпретаций данного термина (например, медицинская/санитарная грамотность и т. д.). Мы устранили эту путаницу, выбрав наиболее подходящий русский термин, включающий слово «здоровье», которое является ключевым в современном понимании термина, – грамотность в вопросах здоровья.

3. Как будет измеряться успех принимаемых мер? Как вы узнаете, когда ваши цели будут достигнуты?

Одним из основных преимуществ грамотности в вопросах здоровья является то, что ее можно измерять и отслеживать изменения. В настоящее время доступны надежные инструменты измерения, позволяющие определить, какие группы населения нуждаются в мерах по повышению грамотности в вопросах здоровья.

Мы поддерживаем инициативу Регионального бюро ВОЗ по регулярным измерениям и мониторингу грамотности в вопросах здоровья в Европейском регионе, которая запланирована в рамках Сети действий по измерению популяционной и организационной грамотности населения в вопросах здоровья. Российская Федерация участвует в работе Сети и готовится к запуску пилотного популяционного исследования по измерению грамотности в вопросах здоровья в этом году. Регулярно измеряя и оценивая грамотность в вопросах здоровья, мы сможем управлять ситуацией и эффективно ее улучшать. Кроме того, это может стать инструментом по оценке эффективности информационно-коммуникационных кампаний, которые мы проводим.

4. Как меры по повышению грамотности в вопросах здоровья согласуются с европейскими целями в отношении грамотности в вопросах здоровья?

Меры, направленные на повышение грамотности в вопросах здоровья, разрабатываются в соответствии с Глобальным планом действий по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними на 2013–2020 гг., Планом действий по профилактике и борьбе с неинфекционными заболеваниями в Европейском регионе на 2016–2025 гг., Европейской политикой Здоровье-2020, Целями в области устойчивого развития Генеральной Ассамблеи ООН на период до 2030 года. Во всех этих документах отмечается необходимость обеспечения здорового образа жизни и снижения смертности от неинфекционных заболеваний с применением современных подходов к повышению грамотности населения в вопросах здоровья.

Мы полностью поддерживаем инициативы ВОЗ по измерению и повышению грамотности в вопросах здоровья, поскольку считаем, что подобные действия являются важным инструментом расширения возможностей для укрепления здоровья и социальной справедливости.

Мы также считаем очень важным сформировать пул успешных и эффективных практик по повышению грамотности в вопросах здоровья в различных группах населения. Эта работа проводится в рамках Европейской сети действий по повышению грамотности в вопросах профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями, сопредседателями которой являются Португалия и Российская Федерация, для реализации национальных демонстрационных проектов по грамотности в вопросах здоровья.

Все это, несомненно, формирует основу для применения современных подходов к измерению и повышению

грамотности в вопросах здоровья в качестве важной детерминанты здоровья и потенциала для использования в клинической практике, мероприятиях в рамках общественного здоровья и мерах политики.

Ограничение ответственности: гость рубрики несет самостоятельную ответственность за мнения, выраженные в данной публикации, которые необязательно представляют решения или политику Всемирной организации здравоохранения. ■

PANORAMA PEOPLE

Interview with Jens Spahn, Federal Minister of Health, Germany



Please explain to us why the creation of a health literacy programme is so important.

Health literacy means more than simply asking Dr Google. Health literacy means being able to find medical information and comprehend, evaluate and put it into practice. Here we need to get better – Germany included. According to a recent study, more than half the German population has little or very limited health literacy. However, insufficient health literacy is also primarily a social problem because most of those who lack health literacy are older, have a low level of education or income, or are from a migrant background. Health literacy is therefore important for the cohesion of societies. Strengthening this ability is a political task.

Patients' well-being must be the decisive yardstick for health policy decision-making; patient orientation is the guiding principle for the health-care system as a whole. This is why, for the first time, the promotion of health literacy was included in the German Federal Government's Coalition Agreement. Furthermore, in forming the Health Quintet [Gesundheitsquintett], comprising the five German-speaking countries of Austria, Germany, Liechtenstein, Luxembourg and Switzerland, we agreed to join forces to make progress in promoting health literacy.

Increasing health literacy among the population benefits not only each individual patient but also anyone who bears responsibility in the health-care system. This is so because the more a patient knows about his/her own health, disease symptoms and treatment options, the more successful

treatment is likely to be. At the same time, a sound knowledge of health issues provides an important foundation for preventing the very emergence of certain diseases such as type 2 diabetes.

A lack of health literacy also has a financial impact. The OECD estimates that 3 to 5% of treatment costs in health-care systems could be saved or better utilized through greater health literacy. This would amount to approximately 9 to 15 billion euros per year in Germany alone.

In order to see decisive improvements in health literacy, it is imperative that people are reached in the settings in which they live. We are talking about people's everyday lives, about education and child raising, consumption and nutrition, living and working, the use of media, but also, of course, about greater comprehensibility in the exchange between doctors and patients. Precisely within this context, we observe that people with limited health literacy visit their doctors much more frequently. And we also observe that, when they are at the doctor's office (a consultation lasts for an average of eight minutes!) they often only really understand half of the information they are given. This is why shared decision-making, that is, having the doctor and the patient come to a mutual decision, is so important. This approach contributes decisively to the success of any treatment. It spares patients and relatives undue suffering. And that saves on health care costs.

Please discuss some of the challenges you have faced in developing your nationwide health literacy strategy/plan.

Given that the topic of health literacy is such a complex one, our policy responses to it must be equally multifaceted. When aiming to improve practical responses in people's everyday lives, it is imperative to have on board those health policy actors who are in a position to exert an influence in this area, in other words service providers, health insurance funds, patient representatives and naturally, also the policy-makers themselves.

This is why, two years ago, we worked together with the heads of the independent-administration [Selbstverwaltungen] within the German health-care system to launch the Alliance for Health Literacy. All 16 partners involved in the health-care system committed to developing new projects to improve health literacy in three different areas: First of all in health education, for example in childcare facilities, schools or enterprises. Secondly, in providing better, more comprehensible and practical information, especially via the internet and in the form of apps and other digital formats. Thirdly, by instilling better communication skills in health professionals in general and among doctors in particular. This primarily affects initial training, further training and continuing education.

Another important aim of this Alliance is incorporating more recent scientific knowledge into practice. In February 2018 a number of renowned scientists presented an evidence-based National Health Literacy Action Plan to the public outlining the key challenges and providing solutions to them. This is why, in this context, we also promote practice-oriented scientific projects that target particularly those groups that face greater problems with health literacy.

A key challenge in this context is digitalization. In Germany, at least 40 million people already resort to the internet for information on health topics and their numbers are growing rapidly. Two-thirds of the German population regularly perform a Google search on their diagnosis after a doctor's visit. The number of providers of health information on the internet is high but the quality of the information offered varies considerably. Misinformation and inaccurate self-diagnoses are very often the result. This is compounded by a growing market in commercially used health data, where users are frequently unable to tell how their personal data are used.

This is why we are working at full speed to create a national digital health portal. The portal is meant to ensure that citizens have quick, one-stop access to information on topics relating to health and long-term care that is reliable, devoid of advertisement and easily comprehensible. It is to be strictly designed according to the criteria of user orientation, transparency and data protection. As a result, it will close

a glaring gap in the supply of evidence-based health information and, as a result, will make a vital contribution to greater health literacy and patient orientation in the digital age.

How will the programme's success be measured; how will you know when your goals have been achieved?

The *Alliance for Health Literacy* and the *National Health Literacy Action Plan* have set clear goals for themselves that will have to be reviewed continuously to determine the extent to which they have been or actually can be achieved. All measures, from the design of teaching plans through to increased education on medication therapy, and the development of discharge information that is comprehensible to laypeople, are being developed and evaluated at the same time. It is about more than just the health literacy of individuals; it is also, above all, about entire organizations. Indeed, it is only if a hospital prides itself on promoting health literacy across all areas that individual doctors will successfully arrive at the right decisions for all. This gives rise to questions such as: How can projects aimed at achieving greater health literacy in the relevant organizations – such as medical practices, hospitals, health insurance funds and patient self-help groups – be made especially effective? What can we do to better reach particularly disadvantaged population groups? And: what do we need to make our successes measurable so that lessons can be learned for the future?

We will be discussing the results, experiences and the impending challenges to strengthening health literacy with a wide range of experts at the major conference of the *Alliance for Health Literacy* and the *National Health Literacy Action Plan* in February next year. We do not intend to rest on our laurels, satisfied with our achievements thus far. The conference will elaborate concrete results to inform future action.

What has the public's reaction been to the health literacy strategy/plan?

The other day, I attended the presentation of the Berlin Health Award. This institution has been around for roughly two decades and has become highly prestigious over the years. This year's theme was health literacy. I cite this example to illustrate how deeply the topic of health literacy has come to resonate with the public. No great surprise, since smart solutions directly help people with their everyday decision-making, but this year's award winners were the creators of the "*Was hab' ich?*" website, which loosely translates as "What did my doctor say?", and serve as a case in point. They came up with the idea of producing a doctor's note [Patientenbrief] any layperson can understand – an excellent idea indeed. At first, this might seem

like it should come with a heavy price tag, but if you combine human know-how and software smartly, it is not expensive at all. So, back in 2011, the award winners set up an internet platform that can translate incomprehensible medical reports; with doctors (and medical students) as the translators. The problem is that many people often do not understand what their discharge letter says, for instance when they go home from hospital, which sets them up for errors and mistakes. “*Was hab’ ich?*” lets you translate medical jargon into plain German. The creators have already compiled more than 10,000 text modules in layperson’s terms. The software automatically combines these into individual notes that explain, in detail, the patient’s condition and symptoms, the tests and examinations done and the medication prescribed. The resources required are modest, but the benefits are great since anyone can benefit. And the website’s success proves them right, because people are enthusiastically embracing the offer and making wide use of it.

Since the health-care system is becoming ever more complex, and unfortunately in many cases also more difficult to navigate, we need more health literacy. This is also reflected in a growing number of events, conferences, publications and digital services such as apps. Actually, we received about sixty applications from research facilities in response to our call for research proposals – a remarkable response rate. Health literacy is no longer a niche subject. And this is, in large part, thanks to digitalization. I want all members of the statutory health insurance in Germany to have the right to an electronic patient record, no later than 2021. We have now created the statutory basis for this. However, this also implies a greater need for information on all sides regarding the handling of data. In other words, we need more digital health literacy. Indeed, as evidenced by the example of “*Was hab’ ich?*”, digitalization creates ever more possibilities for improving health literacy. On the other hand, it also effectively requires more health literacy than before. All of those involved are aware that they will need to adapt. This is why we are seeing a surge in public attention regarding the topic. It is also what makes it so very important that technical and public media information are focused more strongly on plain language and users’ actual needs. This is the aim we seek to achieve with our national web-based health portal.

How does Germany’s health literacy strategy/plan fit and work with the WHO Regional Office for Europe’s goals for health literacy?

Many countries in the WHO European Region face similar challenges when it comes to boosting health literacy within their borders. For me, this is just one more reason to combine our activities in Germany with commitment at international level. That is what I am doing, for instance, in the context of the Health Quintet, the joint initiative of the five German-speaking health ministers. Austria, Germany, Liechtenstein, Luxembourg and Switzerland have committed themselves to making targeted and sustained efforts to advance health literacy in the interest of public health, strengthening their national health-care systems in the process. We wish to provide impetus. This is why the initiative sees itself as a catalyst within the WHO European Region, to get the topic of health literacy established even more firmly on its agenda.

One concrete success story is, for instance, the establishment of the Action Network on Measuring Population and Organizational health literacy (M-POHL). The network was formed in the context of the European Health Information Initiative (EHII) of the WHO European Region and took up its work in February last year. Comprised of experts working together to compare current health literacy levels across Europe on the basis of the 2012 European health literacy survey, the network meets regularly, for instance in August of this year (2019) in Berlin. The Federal Ministry of Health is lending financial and organizational support to conduct the corresponding follow-up survey for Germany. Such international networks are vital to bring the topic back to the public’s attention from time to time.

The alliance’s projects, the promotion of practice-oriented research, the development of a digital information portal and further steps to digitalize our health-care system make up a joint strategy for strengthening health literacy in Germany over the long term. This strategic interlocking of various approaches might also serve as a model in other countries within the WHO European Region. I would be delighted if this were the case.

Disclaimer: The interviewee alone is responsible for the views expressed in this publication and they do not necessarily represent the decisions or policies of the World Health Organization. ■

ЛЮДИ «ПАНОРАМЫ»

Интервью с Jens Spahn, федеральным министром здравоохранения Германии



Объясните, пожалуйста, почему создание программы по повышению грамотности в вопросах здоровья имеет настолько большую важность.

Грамотность в вопросах здоровья – это не просто умение спросить у «доктора Гугла». Грамотность в вопросах здоровья означает способность находить медицинскую информацию, понимать ее, оценивать и применять на практике. В этой области улучшение ситуации необходимо во всех странах, включая и Германию. Согласно результатам недавнего исследования, более половины жителей Германии практически неграмотны или малограмотны в вопросах здоровья. При этом недостаточная грамотность в вопросах здоровья также представляет собой прежде всего социальную проблему, поскольку чаще всего ее недостаток испытывают на себе пожилые люди, лица с низким уровнем образования или доходов либо мигранты. Именно поэтому грамотность в вопросах здоровья является важным фактором повышения сплоченности общества. Развитие этого навыка представляет собой политическую задачу.

Благополучие пациентов должно быть решающим критерием для принятия решений в сфере политики здравоохранения; ориентация на пациента – это руководящий принцип для системы здравоохранения в целом. Именно поэтому в коалиционное соглашение федерального правительства Германии впервые было включено поощрение грамотности в вопросах здоровья. Кроме того, при формировании так называемого «квинтета здравоохранения» [нем. Gesundheitsquintett], состоящего из пяти

немецкоязычных стран – Австрии, Германии, Лихтенштейна, Люксембурга и Швейцарии, – мы договорились объединить усилия для достижения прогресса в деле развития грамотности в вопросах здоровья.

Повышение грамотности населения в вопросах здоровья приносит пользу не только каждому отдельному пациенту, но и каждому ответственному работнику в системе здравоохранения. Дело в том, что чем больше пациент знает о своем здоровье, симптомах заболевания и вариантах лечения, тем успешнее окажется исход лечения. В то же время глубокие знания о различных нарушениях здоровья даже обеспечивают необходимую основу для предотвращения некоторых заболеваний, таких как диабет 2-го типа.

Недостаточная грамотность в вопросах здоровья также влечет за собой финансовые последствия. По оценкам ОЭСР, за счет повышения уровня грамотности в вопросах здоровья системы здравоохранения могли бы добиться экономии или более эффективного использования от 3 до 5% расходов на лечение. Только в Германии приблизительный объем подобной экономии составил бы от 9 до 15 млрд евро в год.

Для того чтобы добиться существенного повышения грамотности в вопросах здоровья, крайне важно, чтобы программа могла взаимодействовать с людьми в реальных условиях, в которых они живут. Речь идет о повседневной жизни, об образовании и воспитании детей, покупках и питании, доме и работе, использовании средств

массовой информации и, конечно, о более понятном и доступном общении между врачами и пациентами. Если говорить о последней ситуации, то мы наблюдаем, что люди с недостаточной грамотностью в вопросах здоровья гораздо чаще посещают врача. Мы также видим, что во время визита к врачу (причем консультация длится в среднем восемь минут!) они зачастую фактически понимают лишь половину всей адресованной им информации. Вот почему крайне важное значение имеет совместное принятие решений – иными словами, когда врач и пациент вместе приходят к общему решению. Такой подход вносит решающий вклад в успех любого лечения: он избавляет пациентов и их родственников от ненужных страданий и позволяет сократить расходы на здравоохранение.

Расскажите о сложностях, с которыми вы столкнулись при разработке общенациональной стратегии/плана повышения грамотности в вопросах здоровья.

Поскольку грамотность в вопросах здоровья представляет собой чрезвычайно сложную тему, меры политики в этой области должны быть столь же многосторонними. Стремясь к практическим улучшениям в повседневной жизни людей, крайне важно заручиться поддержкой тех субъектов политики в области здравоохранения, которые имеют возможность влиять на эту сферу, то есть поставщиков услуг, фондов медицинского страхования, представителей пациентов, а также, разумеется, самих разработчиков политики.

Именно поэтому два года назад в результате совместной работы с руководителями независимой администрации [нем. Selbstverwaltungen] системы здравоохранения Германии мы создали Альянс за повышение грамотности в вопросах здоровья. Все 16 партнеров данной инициативы взяли на себя обязательство разработать новые проекты по повышению грамотности в трех различных областях. Первая из них – санитарное просвещение, например в детских дошкольных учреждениях, школах и на работе. Вторая – предоставление более качественной, понятной и применимой на практике информации, особенно через интернет и мобильные приложения, а также в других цифровых форматах. Третья область – это улучшение коммуникативных навыков для работников здравоохранения, в особенности для врачей. Это направление в основном затрагивает первоначальное обучение, повышение квалификации и переподготовку.

Еще одной важной целью Альянса является внедрение в практику новейших научных знаний. В феврале 2018 г. группа известных ученых представила общественности основанный на фактических данных Национальный план

действий по повышению грамотности в вопросах здоровья, в котором были указаны основные проблемы и пути их решения. Именно поэтому в данной ситуации мы также поощряем научно-практические проекты, ориентированные на те группы населения, которые испытывают наибольшие трудности в отношении грамотности в вопросах здоровья.

Одной из важнейших задач в этом контексте является переход на цифровые технологии. Уже сегодня в Германии не менее 40 млн человек ищут информацию о здоровье в интернете, и их число стремительно растет. Две трети жителей Германии регулярно ищут в Гугле сведения о своем диагнозе после визита к врачу. Количество интернет-ресурсов, предоставляющих медицинскую информацию, велико, но качество этой информации бывает очень разным. Результатом использования таких ресурсов часто становится дезинформация от дезинформации и неправильная самодиагностика. Ситуация усугубляется ростом рынка коммерческого использования медицинских данных – пользователи часто не знают, как именно используются их персональные данные.

Именно поэтому мы направили все свои силы на создание национального цифрового портала по здравоохранению. Задача этого портала – обеспечить гражданам быстрый и централизованный доступ к надежной, лишенной рекламы и изложенной понятным языком информации по темам, касающимся здоровья и долгосрочной медицинской помощи. Портал должен быть разработан в строгом соответствии с критериями ориентированности на пользователя, прозрачности и защиты персональных данных. В итоге этот портал сможет ликвидировать огромный дефицит основанной на фактических данных медицинской информации и, как следствие, внесет важный вклад в повышение уровня грамотности в вопросах здоровья и ориентированности на пациента в цифровую эпоху.

Как будет измеряться успех программы? Как вы узнаете, что ее цели достигнуты?

Альянс за повышение грамотности в вопросах здоровья и Национальный план действий по повышению грамотности в вопросах здоровья ставят перед собой четкие цели. Чтобы понять, в какой степени они были достигнуты и могут ли они быть достигнуты в принципе, необходим постоянный мониторинг. Разработка и оценка всех мероприятий – от формирования учебных планов и повышения информированности о медикаментозной терапии до составления понятных для неспециалистов выписных эпикризов – осуществляется одновременно. Речь идет о повышении грамотности в вопросах здоровья не

только среди отдельных людей, но и, прежде всего, среди организаций в целом. Только в том случае, если медицинское учреждение действительно стремится к повышению грамотности в вопросах здоровья во всех областях, мы сможем ожидать, что и каждый работающий в нем врач сможет успешно прийти к правильному для всех решению. В связи с этим возникает следующий вопрос: как максимально повысить эффективность проектов по развитию грамотности в вопросах здоровья в соответствующих организациях, таких как поликлиники, больницы, фонды медицинского страхования и группы самопомощи пациентов? Что мы можем сделать для того, чтобы улучшить охват групп населения, находящихся в особо неблагоприятном положении? Наконец, как сделать наши успехи измеримыми, чтобы извлечь из них уроки на будущее?

Мы будем обсуждать результаты работы, полученный опыт и предстоящие задачи в области повышения грамотности в вопросах здоровья с широким кругом экспертов на масштабной конференции Альянса за повышение грамотности в вопросах здоровья и Национального плана действий по повышению грамотности в вопросах здоровья, которая состоится в феврале следующего года. Мы не намерены почивать на лаврах, довольствуясь уже достигнутыми успехами. На конференции будут сформулированы конкретные результаты, которые будут учитываться при разработке будущих мероприятий.

Как общественность отреагировала на стратегию/план повышения грамотности в вопросах здоровья?

На днях я присутствовал на церемонии вручения Берлинской премии в области здравоохранения. Эта премия присуждается уже около двух десятилетий и считается весьма престижной. В этом году ее темой стала грамотность в вопросах здоровья. Я привел этот пример для того, чтобы показать, насколько глубокий отклик находит в обществе тема грамотности в вопросах здоровья. «Умные» технологии напрямую помогают людям принимать правильные решения, поэтому неудивительно, что в этом году подобный подход продемонстрировали лауреаты премии – создатели веб-сайта под названием «Was hab' ich?», которое можно приблизительно перевести как «Что сказал мой врач?». Они придумали концепцию врачебной инструкции [нем. Patientenbrief], понятной для любого неспециалиста, и это действительно отличная идея. На первый взгляд может показаться, что этот проект требует больших затрат, но за счет разумного сочетания человеческих знаний и программного обеспечения он обходится совсем не дорого. Еще в 2011 г. обладатели премии создали

интернет-платформу для «перевода» непонятных медицинских документов, при этом в роли «переводчиков» выступали врачи и студенты-медики. Проблема заключается в том, что многие люди, например, не понимают, что написано в эпикризе, который выдается им, например, при выписке из больницы, и в результате совершают различные ошибки. Проект «Was hab' ich?» переводит профессиональную медицинскую лексику на простой немецкий язык. К настоящему моменту создатели сайта уже собрали массив из более чем 10 тыс. текстовых блоков, изложенных понятным языком. Программа автоматически объединяет эти блоки в индивидуальные инструкции, в которых подробно объясняется состояние и симптомы пациента, проведенные анализы и исследования и назначенные лекарства. Сайт не требует значительных ресурсов, но приносит огромную пользу, так как воспользоваться им может каждый. Эта польза подтверждается популярностью сайта: люди с энтузиазмом откликаются на предложение «перевести» указания своих врачей, и мы видим, что он активно используется.

В связи с тем, что система здравоохранения становится все более многоплановой и, к сожалению, во многих случаях все более сложной для ориентирования в ней, необходимо повышать грамотность в вопросах здоровья. Эта необходимость отражается в росте числа мероприятий, конференций, публикаций и цифровых инструментов (таких как мобильные приложения). В ответ на объявление о сборе предложений для исследований мы получили от исследовательских учреждений около 60 заявок. Это прекрасная реакция. Грамотность в вопросах здоровья перестала быть обособленным малопопулярным направлением для исследований. В немалой степени мы обязаны этим цифровизации. Мне бы хотелось, чтобы не позднее 2021 г. все участники рынка обязательного медицинского страхования в Германии получили возможность вести электронные карты пациентов. Мы уже создали соответствующую законодательную базу, однако введение этой практики также подразумевает потребность в информации об обработке данных всеми сторонами этого процесса. Иными словами, нам необходимо повышать цифровую грамотность в вопросах здоровья. Действительно, как свидетельствует пример сайта «Was hab' ich?», цифровизация открывает все больше возможностей для повышения грамотности в вопросах здоровья. С другой стороны, она требует при этом более высокого уровня грамотности в вопросах здоровья, чем раньше. Все участники этого процесса понимают, что им придется адаптироваться к переменам. Именно поэтому мы наблюдаем всплеск общественного внимания к данному вопросу.

Вот почему так важно, чтобы информация, публикуемая универсальными и специализированными средствами массовой информации, была изложена более простым языком и учитывала реальные потребности пользователей. Достичь этой цели мы стремимся с помощью нашего национального интернет-портала по здравоохранению.

Как принятая Германией стратегия/план повышения грамотности в вопросах здоровья сочетается и взаимодействует с целями Европейского регионального бюро ВОЗ, касающимися грамотности в вопросах здоровья?

Многие страны Европейского региона ВОЗ сталкиваются с похожими проблемами, когда речь заходит о повышении уровня грамотности в вопросах здоровья на национальном уровне. Для меня это еще одна причина объединить нашу деятельность в Германии с обязательствами, принятыми на международном уровне. Именно этим я занимаюсь, например, в «квинтете здравоохранения» – совместной инициативе министров здравоохранения пяти немецкоязычных стран. Австрия, Германия, Лихтенштейн, Люксембург и Швейцария обязались предпринимать целенаправленные и последовательные усилия по повышению уровня грамотности в вопросах здоровья в интересах общественного здравоохранения, укрепляя при этом свои национальные системы медицинского обслуживания. Мы хотим придать этому процессу дополнительную динамику. Именно поэтому участники нашей инициативы рассматривают ее как катализатор для Европейского региона ВОЗ, способствующий тому, чтобы тема грамотности в вопросах здоровья еще более прочно утвердилась в региональной повестке дня.

Одним из конкретных примеров успеха является, например, создание Сети действий по оценке грамотности в вопросах здоровья среди населения и на уровне организаций (М-РОНЛ). Сеть была сформирована под эгидой Европейской инициативы ВОЗ в области информации здравоохранения (ЕИИЗ) и приступила к работе в феврале прошлого года. Она включает в себя экспертов, совместно работающих над сравнением текущих уровней грамотности в вопросах здоровья в Европе на основе Европейского обследования уровня грамотности в вопросах здоровья за 2012 г., и регулярно проводит совещания; одно из них, например, состоится в августе 2019 г. в Берлине. Федеральное министерство здравоохранения оказывает финансовую и организационную поддержку в проведении тематического последующего обследования в Германии. Подобные международные сети играют важнейшую роль, периодически заостряя внимание общественности на данной теме.

Проекты альянса, поддержка исследований практической направленности, развитие цифрового информационного портала и дальнейшие шаги цифровизации нашей системы здравоохранения составляют единую долгосрочную стратегию укрепления грамотности в вопросах здоровья в Германии. Подобная стратегическая взаимосвязь различных подходов может также служить образцом для других стран Европейского региона ВОЗ. Я буду очень рад, если они последуют нашему примеру.

Ограничение ответственности: гость рубрики несет самостоятельную ответственность за мнения, выраженные в данной публикации, которые необязательно представляют решения или политику Всемирной организации здравоохранения. ■

SHORT COMMUNICATION

The importance of early childhood in addressing equity and health literacy development in the life-course

Orkan Okan¹

¹ Interdisciplinary Centre for Health Literacy Research, Faculty of Educational Science, Bielefeld University, Bielefeld, Germany

Corresponding author: Orkan Okan (email: orkan.okan@uni-bielefeld.de)

ABSTRACT

Health literacy is recognized as a significant driver of health equity. Most research and interventions involve adults, but the focus on children's health literacy is increasing rapidly. Early childhood is yet to be considered an important target for tackling health literacy problems in the life-course despite being a critical stage for establishing the prerequisites for the skills, behaviours and actions known to be the main components and outputs of health literacy. A new developmental science of childhood, informed by findings from neuroscience, epigenetics, molecular biology, social sciences

and childhood development, emphasizes the importance of early childhood for health, development, learning and behaviour in a lifetime. In this context, a major role is played by adversities, toxic stress and executive function (EF), as well as social disadvantage and chronic poverty, which are particularly detrimental to healthy child development and therefore detrimental to health literacy development. Policy and intervention should focus on early childhood development and on addressing the social determinants of adversity to sustain equitable health literacy development in the life-course.

Keywords: HEALTH LITERACY, HEALTH PROMOTION POLICY, EARLY CHILDHOOD, TOXIC STRESS, EQUITY AND POVERTY

INTRODUCTION

The Shanghai Declaration on promoting health in the 2030 Agenda for Sustainable Development highlighted health literacy as a critical determinant of health and identified it as significant in sustaining health equity (1). Similarly, government public policies and policy documents from various nongovernmental organizations on health literacy emphasize the critical role of health literacy in addressing health equity (2). In order to reduce inequities in the life-course and to achieve the Sustainable Development Goals (SDGs), the suggested focus has been shifted to children and schools (1, 2), and this short communication argues that early childhood is of equal importance.

Before children reach school age, developmental processes in the early years of life are critical for health, learning, abilities and behaviour in the lifetime (3–5), making early childhood an important target for programmes and policies. A new developmental science of early childhood also referred to as the “new developmental science of childhood adversity” (6) has formed recently and is informed by compelling new knowledge from neuroscience, epigenetics and molecular biology as

well as social sciences and childhood development (3–9). It provides substantial evidence on how chronic exposure to adverse social conditions and environmental factors early in life has a detrimental effect on children's cognitive and social development and abilities, leads to serious lifetime health and behavioural consequences, and is associated with the development of chronic diseases across the life-course (3, 5, 6, 10). Children who are already disadvantaged and living in poverty are at the highest risk of exposure to these adverse effects (3, 5, 11–15). Findings suggest that health promotion programmes and policies must first address the social determinants of adversity in the early years (distal, intermediate and proximal factors) to ensure healthy development in their lifetime (3, 4). This makes early childhood an important target in influencing the foundations of health literacy skills, particularly by adopting structural and determinants-based approaches, such as addressing the physical, social, political, and economic environment in which children grow up as well as strategies to address social-ecological factors, policy change, poverty, inequality, living conditions and redistribution of resources.

Addressing early childhood for healthy development based on neuroscience is not new per se and it comes with a degree

of criticism. While the criticism is not directed towards the neuroscientific evidence itself, it does target the rise of the Early Years Movement and the emergence of a so-called neuroculture in parenting policies in English-speaking countries (16–18). Attached to this neuroculture is a misinterpretation of neuroscience and misuse of evidence for false claims about parenting used in social, welfare and health policies as well as popular media and culture (16, 17). Whereas neuroscience and child development literature suggest addressing adverse social conditions and environmental factors such as poverty, social inequality and class (3–7), by contrast, these so-called neuropolices reduce the environment to the parents. This is then referred to as neuroparenting, placing parents at the core of early childhood interventions, blaming poor parenting for worse developmental and health outcomes in children, and thereby spreading anxiety and insecurity among parents, which culminates in further burden for both the parent and the child (16–18). These neuropolices divert attention away from the actions and policies targeting the root causes of inequities and adversities that affect the context in which parenting takes place. These concerns should be taken into account when addressing early childhood development through a neuroscientific lens.

The aim of this short communication is to raise awareness of early childhood as a critical stage of life for addressing the determinants of health literacy development, especially among policy-makers and planners involved in government ministries, departments and agencies as well as those in public health. To better understand the new early childhood development science and how it relates to the determinants of health literacy development, some of its core concepts such as adversity, toxic stress and executive function (EF) will be briefly discussed. This will shed light on how adverse life experiences and associated toxic stress affect children's development and the formation of EF. Finally, the conclusion will set out the implications for health literacy research, policy and practice.

ADVERSITIES

Exposure to adverse life events in early childhood influences health and development in the life-course by biologically embedding adversities or by cumulative damage over time (3). Childhood adversities refer to stress suffered by children early in life, such as maltreatment, domestic violence, sexual abuse, parental mental health problems, substance abuse, discrimination, social isolation, uncertainty and poverty (5, 6, 12, 19). Adversities can affect any stage of life, but

childhood in particular “can be broken by the adversities of life in a harshly exploitative society” (6). Chronic exposure to adversities can seriously affect life trajectories and amplify health inequities, especially if experienced during sensitive developmental periods in children's first years, when their brains and organ systems develop, and they undergo rapid cognitive, physical, social and emotional changes (3–7). In this context, two concerns should be mentioned. First, in relation to brain development, it should be noted that the above-mentioned neuropolices on parenting neglect the fact that the brain is characterized by plasticity rather than being fixed, as is often claimed (16–18). As this fact was overlooked, parenting (instead of environmental adversities) in those policies has become even more of a target for early childhood interventions. This is because the narrative inherent to these claims is that damage done to the brain cannot be repaired, which is not based on available neuroscientific evidence (17, 18). In fact, there are windows of opportunity throughout life and the brain is adaptive for changes in life trajectories. Second, neuropolices ignore children's capability for agency by reducing them to the biology of the brain rather than the sociology of their embodied lives, which is seen as a reductionist view and leaves children vulnerable (18). This disregards the resilience of children and stands in contrast to the evidence provided by the new sociology of childhood, which together demonstrate that children are social actors, who actively take part in the construction of their world and are capable of shaping their own lives regardless of the social, economic and political circumstances in which they grow up (18, 20, 21). Regarding children's reactivity to environmental influences, neuroscientists largely agree with sociologists and have introduced theories of differential susceptibility to environmental influences and biological sensitivity to context (3, 6, 7, 14). In the context of adversity and stress reactivity, both these theories state that highly reactive children are, on the one hand, more vulnerable to adverse environmental influences and, on the other hand, more adaptive to positive environments and benefit more than children who are less sensitive and vulnerable (7, 14). Regardless of claims-based neuropolice, adversities represent a serious threat to child development. Therefore, in 2009 WHO and the United States Centers for Disease Control and Prevention launched their Global Research Network on Adverse Childhood Experiences (ACEs) to raise awareness of serious public health consequences of childhood adversities and to inform public health surveillance, such as monitoring systems and national and international surveys (22).

Research evidence has linked exposure to adverse environmental influences and risks in early childhood to

a lasting impact on health, social, behavioural and cognitive outcomes in later life (7–15), as well as to changes in epigenetic pathways and brain architecture, which in turn can affect other body systems (3–9). In short, epigenetic mechanisms control how gene instructions are carried out and thereby how genes are expressed (the action of the gene), a process that occurs without changing the gene or DNA itself (8). The available evidence base is growing rapidly (5, 12, 15, 23, 24), which indicates the potential of health promotion policy and action to address the social determinants of adversities early in life and thereby reduce inequities in child development and lifetime health, learning and behavioural outcomes (3–6). To further understand the biology behind adversities and their detrimental effect on healthy development in the life-course, the following stress taxonomy helps to categorize stress, declaring toxic stress as the greatest threat to healthy development (3–9).

TOXIC STRESS

Closely linked to adversities, toxic stress is the nucleus of a new type of developmental research rooted in neuroscience, epigenetics, biology, social science and childhood development (5). In 2005 the National Scientific Council on the Developing Child introduced a model of stress experience in young children differentiating between three forms of stress (19): (i) positive stress, (ii) tolerable stress and (iii) toxic stress. This model goes beyond the traditional stress paradigm that has been used in health and social sciences for many years and links stress to significant findings from neuroscience, molecular biology and epigenetics (3–5). In short, positive stress is characterized by a brief increase in heart rate and a slight uplift in stress hormone levels. Positive stress is a critical factor in healthy child development and can occur during stressful events (such as sadness, frustration, social problems or health treatment) while having an adult caregiver to support the child in dealing with and overcoming the situation. Tolerable stress is time-limited and experienced during serious but temporary stress responses that are lessened or moderated by supportive relationships with adult caregivers; without these supportive relationships such stress might have damaging effects on the brain architecture (through prolonged stress and impact on epigenetic mechanisms). Toxic stress is experienced as chronic and uncontrollable stress without an adult caregiver available to help the child cope with the stress. Toxic stress is considered the most harmful type of stress as it is linked to a prolonged activation of the child's stress response system (4). In reading the taxonomy and how much it refers to adult caregivers and their role in addressing childhood stress, it becomes clear that this can easily be misinterpreted to address parenting as the primary solution

in the context of adversities and associated stress. However, as was shown earlier, this in fact calls for a determinants-based and equity-related approach to address the root causes of social inequality that impact the parenting context. This is supported by a substantive body of work that has identified several risk factors for toxic stress such as poverty, adverse living conditions and further stressors resulting from social factors and position as well as abuse and caregiver mental illness (4, 5). Poverty, especially chronic poverty exposure and poverty-related risks, is understood to be among the most hazardous forms of adversity children can face during early development with negative impact on lifetime health outcomes, educational achievement, learning ability and health behaviour (4, 6, 11–15). In addition, chronic poverty exposure increases the cumulative risk of experiencing further disadvantages (5). Our understanding of the relationship between poverty and brain development is supported by emerging evidence demonstrating that poverty-related toxic stress can seriously affect the development of children's EF (11–15).

EXECUTIVE FUNCTION

Researchers have proposed different theoretical models and definitions of EF, making it a broad construct (25). A common theme of EF models is that they represent the brain's higher-order cognitive skills related to working memory, inhibitory control, and mental flexibility (25–27). EF development starts early in childhood, but full capacity is only available in early adulthood (28), which is in line with the earlier statement on the plasticity of the brain and proves that neuropolicies are claims-based and not verifiable by evidence. Evidence from developmental neuroscience and education research provides innovative knowledge on EF's crucial importance for education, school readiness, academic achievement and learning capability in children and throughout life (26, 29–31). Research also shows how adversities in general, and chronic poverty in particular, lead to toxic stress with negative impacts on child development and children's EF skills (11, 13–15, 32). As a chronic stressor in children, poverty is associated with numerous negative biological outcomes, such as higher allostatic load, lower EF ability or compromised self-regulation (13, 14), which makes it a key predictor of healthy EF development. EF development is critical to the core components and output factors of health literacy, such as attention regulation, recall of information, relating knowledge, cognitive, social and emotional skills, early literacy and numeracy, decision-making, problem solving, critical thinking, resilience, health and social behaviour, school readiness and academic competence (5, 8, 9, 24–28). Healthy development of EF will make it more likely for a child to develop

the skills and responsiveness to health literacy. It is important not to confuse this with a behavioural approach to health literacy or a portrayal of health literacy as an individualistic concept. On the contrary, this is to ensure that children have equal opportunities for healthy EF development at all. Moreover, with regard to an emerging field of study that focuses on the social practices of health literacy and how health literacy can be conceptualized as a resource distributed among an individual's social network instead of health literacy outcomes being dependent exclusively on individual capacities (33–39), health literacy goes well beyond individual skills and knowledge. The resources necessary to deal with health-related knowledge and information, making health decisions and taking health action may also be available in an individual's social network (i.e. parents, spouse, peers), which can help people address health challenges. This social approach also aligns very well with the determinants-based approaches suggested herein. Nevertheless, EF development should be supported universally but particularly in children from low-income and disadvantaged families. To support healthy EF development, the Center on the Developing Child at Harvard University provides a comprehensive framework of recommendations, which include improving the context in which children live and grow up; creating safe, supportive, and healthy social and physical environments; and providing rich and varied activities in which children can engage (27). In contrast to the claims attached to neuropolicies, these recommendations call for an equity approach that can also include, but is not limited to, parenting interventions. Therefore, addressing early childhood development involves a determinants-based approach as does health literacy development.

CONCLUSION

To date health literacy research and policy action have mainly focused on adults but the attention on children and adolescents has been rapidly increasing. The effects of the interplay between early childhood development and the environment, including adversity, toxic stress and healthy development of EF, have not yet been considered in relation to their role as possible long-term determinants of health literacy development in the life-course. These new understandings of childhood adversities have important implications for the promotion of health literacy.

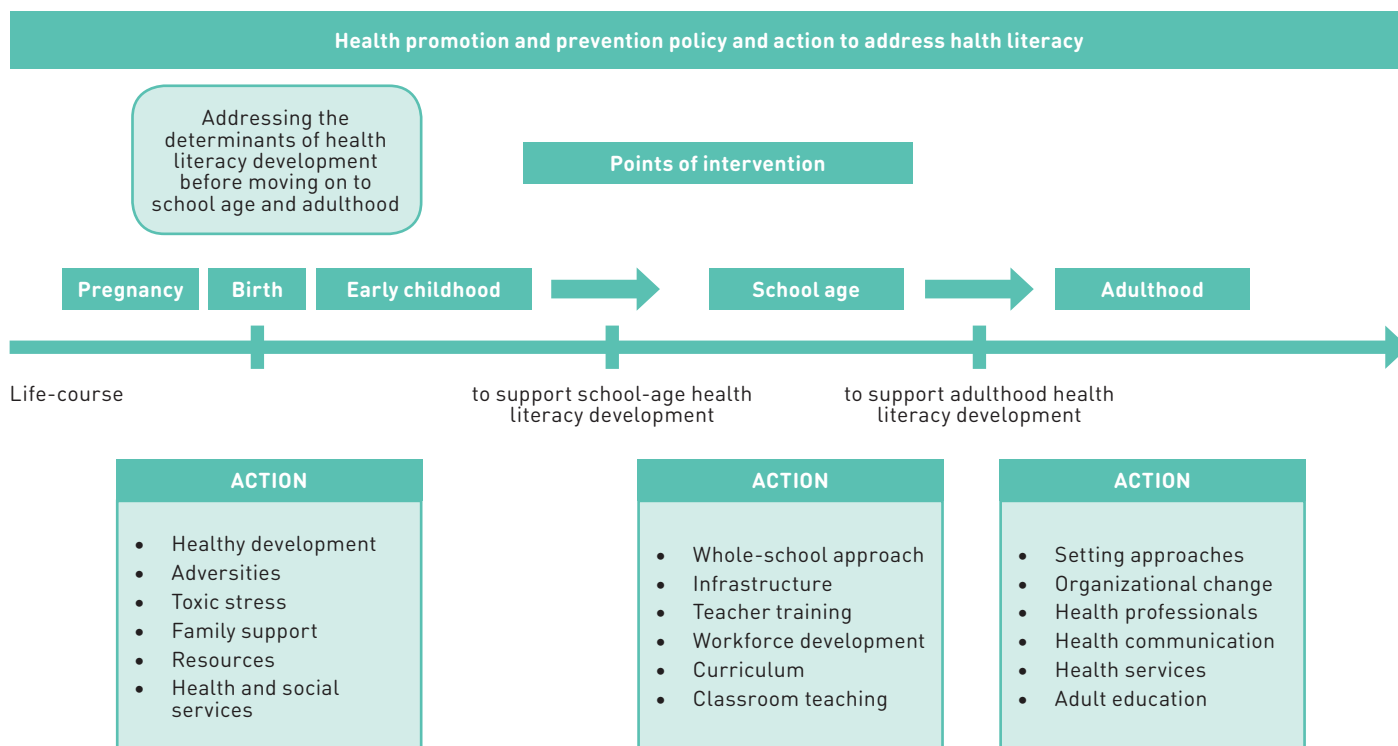
1. Health literacy research and policy need to focus on early childhood development.
2. The evidence on adversities, toxic stress and EF development strongly emphasizes the need to apply an equity-based approach to developing health literacy early in the life-course.

3. They provide an explanatory framework for the focus on early childhood interventions.
4. This new scientific understanding highlights the importance of interdisciplinary research in supporting childhood development.
5. It offers a determinants-based approach to health literacy research and policy over the life-course.
6. This approach takes into account the omissions of neuropolicies that neurobiologize parenting and neglect children's agency.

The Commission on Social Determinants of Health defined a set of principles for action to achieve health equity, of which the first, improving the conditions of daily life, specifically includes action to ensure a good start to life for every child (39, 40). The new developmental science confirms such a strategy to address the root causes of inequities in health and development and this article in particular makes the case that placing parenting as such a strategy at the heart of policies and programmes should be avoided. It adds to existing evidence about the importance of early childhood interventions and the recommendations of the Commission in informing the direction of health literacy research and policy by a) explaining how social structures and poverty impact health, education and development over a lifetime, b) improving knowledge on how and why to address the early determinants of health literacy development, and c) suggesting that health literacy policies focus on adequate support that enables all children, in particular the most vulnerable and disadvantaged ones, to thrive. To ensure a serious approach to the equity debate surrounding health literacy, early childhood must be considered critical for health literacy development throughout childhood and until adulthood, and addressed by policies and interventions as presented in Fig. 1.

Determinants-based action and policy in early childhood should be the first health literacy intervention in the life-course as only this creates the best conditions for future health literacy development. In this context, policies to sustainably reduce sources of toxic stress related to adverse living conditions (such as neglect, parental mental health problems, violence or poverty) are of critical importance, as are policies and programmes that support investments in safe and enriching environments, supportive structures and positive conditions that have a significant impact on children's development and health. Possible areas of interventions could be early care, kindergartens, pre-schools, learning environments, education and training of professional staff, child protective services, family education, mental health services, housing and living conditions, employment and working conditions of parents

FIG 1. THE HEALTH LITERACY POLICY AND INTERVENTION ACTION FRAMEWORK



or caregivers as well as financial and family support. In conclusion, research needs to be more interdisciplinary and policies and interventions need to address early childhood adversities, toxic stress, poverty and EF to address the root causes of ill health and health inequities.

Acknowledgements: None declared.

Sources of funding: The author's work is funded by the Federal Ministry of Education and Research (BMBF): Health Literacy in Childhood and Adolescence (HLCA); Funding Code: 01EL1824A.

Conflicts of interest: None declared.

Disclaimer: The author alone is responsible for the views expressed in this publication and they do not necessarily represent the decisions or policies of the World Health Organization.

REFERENCES¹

1. Shanghai Declaration on promoting health in the 2030 Agenda for Sustainable Development. Geneva: WHO; 2016 (<http://www.who.int/entity/healthpromotion/conferences/9gchp/shanghai-declaration.pdf>).

2. McDaid D. Investing in health literacy. Policy briefs and summaries. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, European Observatory on Health Systems and Policies; 2016 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/315852/Policy-Brief-19-Investing-health-literacy.pdf?ua=1).
3. Shonkoff JP, Boyce WT, McEwen BS. Neuroscience, molecular biology, and the childhood roots of health disparities: building a new framework for health promotion and disease prevention. *Jama*. 2009;301(21):2252–2259. doi: <https://doi.org/10.1001/jama.2009.754>.
4. Shonkoff JP. Building a new biodevelopmental framework to guide the future of early childhood policy. *Child Development*. 2010;81(1):357–367. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2009.01399.x>.
5. McEwen CA, McEwen BS. Social structure, adversity, toxic stress, and intergenerational poverty: An early childhood model. *Annual Review of Sociology*. 2017;43:445–472. doi: <https://doi.org/10.1146/annurev-soc-060116-053252>.
6. Boyce WT, Sokolowski MB, Robinson GE. Toward a new biology of social adversity. *Proceedings of the National Academy of Sciences*. 2012;109(2):17143–17148. doi: <https://doi.org/10.1073/pnas.1121264109>.

¹ All references were accessed on 7 August 2019.

7. Obradović J, Bush NR, Stamperdahl J, Adler NE, Boyce WT. Biological sensitivity to context: The interactive effects of stress reactivity and family adversity on socioemotional behavior and school readiness. *Child Development*. 2010;81(1):270–289. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2009.01394.x>.
8. Meaney MJ. Epigenetics and the biological definition of gene × environment interactions. *Child Development* 2010;81:41–79. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2009.01381.x>.
9. Fine JG, Sung C. Neuroscience of child and adolescent health development. *Journal of Counseling Psychology*. 2014;61(4):521–527. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/cou0000033>.
10. Anda RF, Felitti VJ, Giles W, Bremner JD, Walker JD, Whitfield C et al. The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood - a convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2006;256:174–186. doi: 10.1007/s00406-005-0624-4.
11. Kalil JA. Childhood poverty and parental stress: Important determinants of health. *UBCMJ*. 2015;41–43 (https://med-fom-ubcmj.sites.olt.ubc.ca/files/2015/02/ubcmj_6_2_2015_41-43.pdf).
12. Shonkoff JP. Leveraging the biology of adversity to address the roots of disparities in health and development. *Proceedings of the National Academy of Sciences*. 2012;109(2):17302–17307. doi: <https://doi.org/10.1073/pnas.1121259109>.
13. Raver CC, McCoy DC, Lowenstein AE, Pess R. Predicting individual differences in low-income children's executive control from early to middle childhood. *Developmental Science* 2013;16(3):394–408. doi: <https://doi.org/10.1111/desc.12027>.
14. Raver CC, Blair C, Willoughby M, Family Life Key Investigators. Poverty as a predictor of 4-year-olds' executive function: New perspectives on models of differential susceptibility. *Developmental Psychology*. 2013;49(2):292. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/a0028343>.
15. Blair C, Raver CC. Poverty, stress, and brain development: New directions for prevention and intervention. *Academic Pediatrics*. 2016;16(3):S30–S36. doi: <https://doi.org/10.1016/j.acap.2016.01.010>.
16. Macvarish J, Lee E, Lowe P. The 'first three years' movement and the infant brain: A review of critiques. *Sociology Compass*. 2014;8(6):792–804. doi: <https://doi.org/10.1111/soc4.12183>.
17. Macvarish J, Lee E, Lowe P. Neuroscience and family policy: What becomes of the parent? *Critical Social Policy*. 2015;35(2):248–269. doi: <https://doi.org/10.1177/0261018315574019>.
18. Lowe P, Lee E, Macvarish J. Biologising parenting: neuroscience discourse, English social and public health policy and understandings of the child. *Sociology of Health & Illness*. 2015;37(2):198–211. doi: <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12223>.
19. Excessive stress disrupts the architecture of the developing brain. Working Paper 3. Harvard University: National Scientific Council on the Developing Child; 2005 (https://developingchild.harvard.edu/wp-content/uploads/2005/05/Stress_Disrupts_Architecture_Developing_Brain-1.pdf).
20. Corsaro WA. *The Sociology of Childhood*, 4th edition. London: Sage; 2015. doi: <http://dx.doi.org/10.4135/9781483399027>.
21. James A, James AL, editors. *Constructing childhood: Theory, policy and social practice*. London: Palgrave Macmillan; 2004. doi: <https://doi.org/10.1007/978-0-230-21427-9>.
22. Adverse Childhood Experiences International Questionnaire. In: *Adverse Childhood Experiences International Questionnaire (ACE-IQ)*. Geneva: World Health Organization; 2018 (http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/activities/adverse_childhood_experiences/en/).
23. Shonkoff JP. Capitalizing on advances in science to reduce the health consequences of early childhood adversity. *JAMA Pediatrics*. 2016;170(10):1003–1007. doi: <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2016.1559>.
24. Fox SE, Levitt P, Nelson CA III. How the timing and quality of early experiences influence the development of brain architecture. *Child Development*. 2010;81:28–40. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2009.01380.x>.
25. Anderson PJ. Towards a developmental model of executive function. In: Anderson V, Jacobs R, Anderson PJ, editors. *Neuropsychology, neurology, and cognition. Executive functions and the frontal lobes: A lifespan perspective*. Philadelphia: Taylor & Francis; 2008:3–21.
26. Obradović J. Physiological responsivity and executive functioning: Implications for adaptation and resilience in early childhood. *Child Development Perspectives*. 2016;10(1):65–70. doi: <https://doi.org/10.1111/cdep.12164>.
27. Center on the Developing Child. *Executive Function (InBrief)*. Cambridge: Harvard University; 2012 (<http://www.developingchild.harvard.edu>).
28. Hostinar CE, Stellern SA, Schaefer C, Carlson SM, Gunnar MR. Associations between early life adversity and executive function in children adopted internationally from orphanages. *Proceedings of the National Academy of Sciences*. 2012; 109(2):17208–17212. doi: <https://doi.org/10.1073/pnas.1121246109>.
29. Blair C, Raver CC. Closing the achievement gap through modification of neurocognitive and neuroendocrine function: results from a cluster randomized controlled trial of an innovative approach to the education of children in kindergarten. *PLOS ONE*. 2014;9:e112393. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0112393>.

30. Blair C, Raver CC. Child development in the context of adversity: experiential canalization of brain and behavior. *Am. Psychol.* 2012;67(4):309–18. doi: <https://dx.doi.org/10.1037/a0027493>.
31. Blair C, Raver CC, Granger D, Mills-Koonce R, Hibel L, The Family Life Project Key Investigators. Allostasis and allostatic load in the context of poverty in early childhood. *Development and Psychopathology.* 2011;23(3):845–857. doi: <https://dx.doi.org/10.1017/S0954579411000344>.
32. Raver CC, Jones SM, Li-Grining CP, Zhai F, Bub K, Pressler E. CSRP's impact on low-income preschoolers' preacademic skills: Self-regulation as a mediating mechanism. *Child Development.* 2011;82:362–378. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2010.01561.x>.
33. Papen U. Literacy, Learning and Health – A social practices view of health literacy. *Literacy and Numeracy Studies.* 2009;16(2)&17(1);19–34. doi: <https://doi.org/10.5130/lms.v0i0.1275>.
34. Edwards M, Wood F, Davies M, Edwards A. 'Distributed health literacy': longitudinal qualitative analysis of the roles of health literacy mediators and social networks of people living with a long-term health condition. *Health Expectations.* 2015;18(5): 1180–1193. doi: <https://doi.org/10.1111/hex.12093>.
35. Sentell T, Pitt R, Buchthal OV. Health literacy in a social context: review of quantitative evidence. *HLRP: Health Literacy Research and Practice.* 2017;1(2):e41–e70. doi: <https://doi.org/10.3928/24748307-20170427-01>.
36. Pitt R, Davis T, Manganello J, Massey P, Okan O, McFarlane E et al. Health Literacy in a Social Context: A Meta-Narrative Review of Six Emerging Research Traditions. In: Okan O, Bauer U, Levin-Zamir D, Pinheiro P, Sørensen K, editors. *International Handbook of Health Literacy. Research, Practice and Policy across the Lifespan.* Bristol: The Policy Press; 2019 (<https://policy.bristoluniversitypress.co.uk/international-handbook-of-health-literacy>, in print).
37. Pinheiro P. Future avenues for health literacy: Learning from literacy and literacy learning. In: Okan O, Bauer U, Levin-Zamir D, Pinheiro P, Sørensen K, editors. *International Handbook of Health Literacy. Research, Practice and Policy across the Lifespan.* Bristol: The Policy Press; 2019 (<https://policy.bristoluniversitypress.co.uk/international-handbook-of-health-literacy>, in print).
38. Samerski S. Health literacy as a social practice: Social and empirical dimensions of knowledge on health and healthcare. *Social Science & Medicine.* 2019;226:1–8. doi: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.02.024>.
39. Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization; 2008 (https://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en).
40. Marmot M, Allen J, Bell R, Bloomer E, Goldblatt P. WHO European review of social determinants of health and the health divide. *Lancet.* 2012;380(9846):1011–1029. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61228-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61228-8). ■

КРАТКОЕ СООБЩЕНИЕ

Важность раннего детского возраста для обеспечения социальной справедливости и развития грамотности в вопросах здоровья на всех этапах жизни

Orkan Okan¹

¹Билефельдский университет, педагогический факультет, Междисциплинарный центр исследований проблем грамотности в вопросах здоровья, Билефельд, Германия

Автор, отвечающий за переписку: Orkan Okan (адрес электронной почты: orkan.okan@uni-bielefeld.de)

АННОТАЦИЯ

Общепризнано, что грамотность в вопросах здоровья является одним из важных факторов, влияющих на справедливость в отношении здоровья. Большинство научных исследований и принимаемых мер касаются взрослых, но все быстрее растет внимание к грамотности в вопросах здоровья детей. Несмотря на то, что ранний детский возраст является критическим этапом в создании предпосылок для формирования навыков, форм поведения и действий, известных как главные составные элементы и результаты грамотности в вопросах здоровья, этот период жизни пока еще не рассматривался как важный объект воздействия для решения проблем грамотности в вопросах здоровья на всех последующих этапах жизни. Новое направление в науке, изучающее развитие в детском возрасте, которое возникло под влиянием достижений нейронауки, эпигенетики, молекулярной биологии

и социологии и результатов исследования развития ребенка, акцентирует внимание на значении раннего детского возраста для здоровья, развития, обучения и поведения на протяжении всей жизни. В этом контексте важную роль играют жизненные невзгоды, токсический стресс и исполнительная функция (ИФ), а также неблагоприятное социальное положение и хроническая бедность, которые наносят особенно большой ущерб здоровому развитию ребенка и поэтому неблагоприятно влияют на формирование грамотности в вопросах здоровья. Для того чтобы обеспечить стабильное формирование грамотности в вопросах здоровья на справедливой основе на всех этапах жизни, политика и меры вмешательства должны быть сосредоточены на развитии в раннем детском возрасте и на воздействии на социальные детерминанты жизненных невзгод.

Ключевые слова: ГРАМОТНОСТЬ В ВОПРОСАХ ЗДОРОВЬЯ, ПОЛИТИКА УКРЕПЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ, РАННИЙ ДЕТСКИЙ ВОЗРАСТ, ТОКСИЧЕСКИЙ СТРЕСС, СПРАВЕДЛИВОСТЬ И БЕДНОСТЬ

ВВЕДЕНИЕ

В Шанхайской декларации по укреплению здоровья в рамках Повестки дня в области устойчивого развития на период до 2030 г. подчеркивается важность санитарной грамотности¹ как одной из основных детерминант здоровья и указывается, что она имеет большое значение для поддержки справедливости в отношении здоровья (1). Важнейшая роль

грамотности в вопросах здоровья в деле обеспечения справедливости в отношении здоровья подчеркивается также в многочисленных государственных стратегиях правительств и программных документах различных неправительственных организаций (2). Для того чтобы уменьшить несправедливость на всех этапах жизни и обеспечить достижение Целей в области устойчивого развития (ЦУР), предложенные в принимаемых мерах акценты были смещены на детей и школы (1, 2), а в данном кратком сообщении приводятся аргументы в пользу того, что ранний детский возраст имеет ничуть не меньшее значение.

Прежде чем дети достигнут школьного возраста, определяющее значение для здоровья, приобретения знаний, формирования способностей и поведения на протяжении

¹ Ранее английский термин «health literacy» на русский язык переводился как «санитарная» или «медико-санитарная грамотность». В последние годы был достигнут консенсус о том, что на русском языке понятию «health literacy» соответствует термин «грамотность в вопросах здоровья». Этот перевод будет использоваться в настоящем номере. При цитатах более ранних переводов, будет использоваться терминология опубликованного перевода (*примечание переводчика*).

всей жизни имеют процессы развития ребенка в первые годы жизни (3–5), и это делает период раннего детского возраста важным объектом вмешательства для программ и стратегий. Недавно возникло новое направление в науке, изучающее развитие в раннем детском возрасте, которое также называют «новой наукой о влиянии жизненных невзгод в детском возрасте на развитие человека» (6). Это направление формируется под влиянием неопровержимых новых знаний в таких областях, как нейронаука, эпигенетика, молекулярная биология, социология и изучение процессов развития в детском возрасте (3–9). Оно дает нам реальные доказательства того, как хроническая подверженность воздействию неблагоприятных социальных условий и факторов окружающей среды в первые годы жизни оказывает пагубное влияние на умственное и социальное развитие и способности детей, ведет к пожизненным тяжелым последствиям для здоровья и поведения и связана с развитием хронических заболеваний на последующих этапах жизни (3, 5, 6, 10). Дети, которые уже находятся в неблагоприятных условиях и живут в бедности, больше всех рискуют подвергнуться этим негативным воздействиям (3, 5, 11–15). Результаты исследования свидетельствуют о том, что программы и стратегии укрепления здоровья должны прежде всего предусматривать устранение или минимизацию социальных детерминант (отдаленных, промежуточных и находящихся в непосредственной близости факторов), которые порождают жизненные невзгоды в первые годы жизни. Это позволит обеспечить детям здоровое развитие на протяжении всей дальнейшей жизни (3, 4). Вот почему так важно нацеливать меры, влияющие на формирование фундамента навыков грамотности в вопросах здоровья, на ранний детский возраст и для этого, в частности, применять структурные подходы и методы, предусматривающие воздействие на детерминанты, такие как физическая, социальная, политическая и экономическая среда, в которой растут дети, а также осуществлять стратегии, направленные на улучшение социально-экологических факторов, перемены в политике, борьбу с бедностью и неравенством, улучшение жилищных условий и перераспределение ресурсов.

Идея создания благоприятных для здорового развития условий в раннем детском возрасте с позиций нейронаук сама по себе не нова и подвергается определенной критике. Эта критика не направлена на фактические данные, предоставленные нейронауками; ее мишенью является рост популярности теории раннего развития и появление так называемой «нейрокультуры» [neuroculture] в методиках воспитания детей в англоязычных странах (16–18). Понятие «нейрокультуры» сопровождается ошибочным

истолкованием нейронаук и некорректным использованием фактических данных для обоснования ложных утверждений о воспитании детей, которые фигурируют в политике в сфере социального развития, социального обеспечения и здравоохранения, а также в популярных СМИ и культуре (16, 17). В то время как в литературе по различным аспектам нейронаук и развитию детей предлагается принимать меры по противодействию неблагоприятным социальным условиям и факторам окружающей среды, таким как бедность, социальное неравенство и социальное разделение (3–7), эти так называемые «нейростратегии» [neuropolicies], напротив, сводят всю окружающую среду к родителям. И тогда это называют «нейровоспитанием» [neuroparenting] и помещают родителей в самый центр вмешательств в раннем детском возрасте, а потом винят в ухудшении конечных итогов развития и состояния здоровья детей плохую заботу о них, распространяя тем самым среди родителей ощущение тревоги и неуверенности, кульминацией чего становится еще большее утяжеление бремени как для родителей, так и для ребенка (16–18). Подобные «нейростратегии» отвлекают внимание от практических мер и стратегий, нацеленных на первопричины несправедливости и жизненных невзгод, влияющих на общие условия, в которых происходит воспитание ребенка. Рассматривая вопросы развития в раннем детском возрасте сквозь призму нейронаук, необходимо учитывать эти вызывающие беспокойство обстоятельства.

Цель данного краткого сообщения состоит в том, чтобы повысить осведомленность (особенно среди лиц, вырабатывающих политику и планы в министерствах, ведомствах и учреждениях, а также в секторе общественного здравоохранения) о раннем детском возрасте как о чрезвычайно важном этапе жизни для принятия мер в отношении факторов, определяющих формирование грамотности в вопросах здоровья. Для лучшего понимания новой теории развития в раннем детском возрасте и того, какое отношение она имеет к детерминантам формирования грамотности в вопросах здоровья, в данном сообщении будут кратко рассмотрены некоторые основополагающие концепции этой теории, такие как жизненные невзгоды, токсический стресс и исполнительная функция (ИФ). Это позволит пролить свет на то, как переживание жизненных невзгод и связанный с ними токсический стресс влияют на развитие детей и формирование у них ИФ. В заключение будет изложено оценено значение всех этих аспектов для научных исследований, политики и практики в сфере грамотности в вопросах здоровья.

ЖИЗНЕННЫЕ НЕВЗГОДЫ

Неблагоприятные жизненные события в раннем детском возрасте влияют на здоровье и развитие на протяжении всей жизни человека, что проявляется в закреплении жизненных невзгод на биологическом уровне или в ущербе, накапливаемом в течение длительного времени (3). Термином «жизненные невзгоды» в детском возрасте обозначают стресс, которому подвергаются дети в первые годы жизни: дурное обращение, домашнее насилие, сексуальное насилие, проблемы психического здоровья родителей, злоупотребление психотропными веществами, дискриминация, социальная изоляция, неопределенность и бедность (5, 6, 12, 19). Жизненные невзгоды могут затрагивать все группы населения, но именно детство «может быть разрушено жизненными невзгодами в обществе жесткой эксплуатации» (6). Когда люди постоянно испытывают жизненные невзгоды, это может серьезно повлиять на траекторию их жизни и усилить несправедливость в отношении здоровья, особенно если невзгоды испытывают дети в первые годы жизни, в чувствительные периоды своего развития, когда происходит развитие их головного мозга и системы органов и они претерпевают быстрые когнитивные, физические, социальные и эмоциональные изменения (3–7). В этом контексте следует упомянуть два момента, которые не могут не вызывать беспокойства. Во-первых, относительно развития головного мозга следует отметить, что вышеупомянутые «нейростратегии» в области воспитания ребенка игнорируют тот факт, что головному мозгу свойственна пластичность, а не ригидность, как это часто приходится слышать (16–18). Поскольку этот факт не принимался во внимание, то в этих стратегиях воспитание ребенка (а не жизненные невзгоды, связанные с окружающей средой) стало считаться главной целью вмешательств в раннем детском возрасте. Это объясняется тем, что словесное выражение смысла этих утверждений гласит, что вред, нанесенный головному мозгу, исправить нельзя, хотя никакими имеющимися данными нейронауки это не подтверждается (17, 18). В действительности, на протяжении жизни есть несколько благоприятных моментов, когда головной мозг способен приспособиться к изменениям в траектории жизни. Во-вторых, в «нейростратегиях» игнорируется способность детей к самостоятельному действию – все сводится к биологии головного мозга, а социология их телесной жизни не учитывается – это упрощение делает детей уязвимыми (18). Тем самым игнорируется способность детей противостоять неблагоприятным условиям среды, и это противоречит данным новой социологии детства, которые свидетельствуют о том,

что дети являются социальными субъектами действия, активно участвуют в выстраивании своего мира и способны формировать собственную жизнь независимо от общественных, экономических и политических обстоятельств, в которых они растут (18, 20, 21). Что касается способности детей реагировать на влияния окружающей среды, нейрочеловеки в большинстве согласны с социологами и используют теории дифференциальной чувствительности к влияниям среды и биологической чувствительности к контексту (3, 6, 7, 14). В контексте жизненных невзгод и способности реагировать на стресс, в обеих этих теориях утверждается, что дети с высокой реактивностью, с одной стороны, более уязвимы для неблагоприятных влияний окружающей среды, а с другой стороны, они лучше адаптируются к положительным факторам окружающей среды и оказываются в более выигрышном положении, чем дети, которые менее чувствительны и менее уязвимы (7, 14). Вопреки утверждениям в рамках «нейростратегий», жизненные невзгоды представляют серьезную угрозу развитию ребенка. Поэтому в 2009 г. ВОЗ и Центры по контролю и профилактике заболеваний Соединенных Штатов Америки создали Глобальную сеть по исследованию негативных переживаний в детстве (НПД), чтобы повысить осведомленность о тяжелых последствиях для общественного здоровья переживаемых в детстве жизненных невзгод, а также снабжать информацией о них эпиднадзор в области общественного здравоохранения (системы мониторинга и национальные и международные обследования) (22).

Данные исследований увязывают подверженность негативным влияниям окружающей среды и рискам в раннем детском возрасте с устойчивыми последствиями для итоговых показателей здоровья, для поведения, социального и умственного развития в дальнейшей жизни (7–15), а также с изменениями в эпигенетических путях и архитектуре головного мозга, что в свою очередь может повлиять на другие системы организма (3–9). Вкратце можно сказать, что эпигенетические механизмы контролируют, как выполняются генные инструкции и как тем самым происходит экспрессия генов (действие гена) – процесс, который происходит без изменения гена или самой ДНК (8). Доказательная база по ИФ быстро растет быстро растет (5, 12, 15, 23), что указывает на возможность принятия мер и стратегии по укреплению здоровья для того, чтобы повлиять на социальные детерминанты жизненных невзгод в первые годы жизни и тем самым уменьшить несправедливые различия в развитии детей и в итоговых показателях здоровья, обучения и поведения на протяжении всей жизни (3–6). Лучше понять биологическое действие

жизненных невзгод и их пагубное влияние на здоровое развитие на всех этапах жизни помогает описанная ниже таксономия стресса, которая позволяет выделить категории стресса и объявляет токсический стресс самой большой угрозой здоровому развитию (3–9).

ТОКСИЧЕСКИЙ СТРЕСС

Токсический стресс, тесно связанный с жизненными невзгодами, является предметом нового типа исследований в области развития, которые уходят корнями в нейронауку, эпигенетику, биологию, социологию и исследования развития в детском возрасте (5). В 2005 г. Национальный научный совет по проблемам развития ребенка ввел в использование модель переживания стресса у детей раннего возраста, в которой различаются три формы стресса (19): i) позитивный стресс, ii) терпимый стресс и iii) токсический стресс. Эта модель выходит за рамки традиционной парадигмы стресса, которая многие годы используется в медицинской науке и социологии, и увязывает стресс с важными данными, полученными в нейронауке, молекулярной биологии и эпигенетике (3–5). Говоря коротко, позитивный стресс характеризуется кратковременным повышением частоты сердечных сокращений и легким повышением уровней гормонов стресса. Позитивный стресс является одним из критически важных факторов здорового развития ребенка и может возникать при стрессовых событиях (таких как грусть, фрустрация, социальные проблемы или лечение), когда рядом есть взрослый, ухаживающий за ребенком, который помогает ребенку справиться с ситуацией и преодолеть ее. Терпимый стресс ограничен во времени и переживается в период серьезных, но временных стресс-реакций, которые ослабляются или смягчаются доброжелательными отношениями поддержки со стороны взрослых, осуществляющих уход за ребенком, без которых такой стресс может иметь разрушительные последствия для архитектуры головного мозга (вследствие продолжительного стресса и воздействия на эпигенетические механизмы). Токсический стресс переживается как хронический и не поддающийся контролю стресс при отсутствии взрослого, который мог бы помочь ребенку справиться с этим стрессом. Токсический стресс считается самым вредным типом стресса, поскольку он связан с продолжительной активацией детской системы ответа на стресс (4). Исходя из этой классификации и того, насколько важна роль взрослых в уходе за ребенком и в преодолении стресса в детском возрасте, становится ясно, что здесь легко сделать ошибку и начать искать в воспитании ребенка панацею в контексте

жизненных невзгод и связанного с ними стресса. Однако, как было показано выше, в действительности здесь требуются предусматривающие воздействие на детерминанты и связанные с обеспечением справедливости подходы, направленные на устранение первопричин социального неравенства и влияющие на контекст, в котором происходит воспитание ребенка. Этот тезис подкрепляется значительным объемом исследований, которые выделяют несколько факторов риска токсического стресса: бедность, неблагоприятные условия жизни и дополнительные социальные факторы, вызывающие стресс, а также жестокое обращение и психическое заболевание взрослого, осуществляющего уход за ребенком (4, 5). Бедность, особенно бедность, испытываемая хронически, и связанные с ней риски входят в число самых опасных форм жизненных невзгод, с которыми дети могут сталкиваться на ранних этапах своего развития и которые вызывают отрицательные последствия для итогового состояния здоровья, уровня образования, познавательных способностей и поведения в отношении собственного здоровья на протяжении всей жизни (4, 6, 11–15). Кроме того, хроническое состояние бедности повышает кумулятивный риск столкнуться и с другими неблагоприятными обстоятельствами (5). Понимание взаимосвязи между бедностью и развитием головного мозга подкрепляется появляющимися данными, которые показывают, что токсический стресс, связанный с бедностью, может серьезно влиять на развитие исполнительных функций у детей (11–15).

ИСПОЛНИТЕЛЬНАЯ ФУНКЦИЯ

Ученые предложили разные теоретические модели и определения ИФ, что делает ее весьма широкой концепцией (25). Общим в моделях ИФ является то, что они представляют когнитивные навыки головного мозга более высокого порядка, связанные с рабочей памятью, тормозящим контролем и гибкостью мышления (25–27). Развитие ИФ начинается очень рано в детском возрасте, но полный потенциал достигается лишь в раннем взрослом возрасте (28), что соответствует ранее высказанному тезису о пластичности головного мозга и доказывает, что «нейростратегии» построены на голословных утверждениях и не могут быть проверены фактическими данными. Данные возрастной нейронауки и исследования в области педагогики дают новые знания о первостепенном значении ИФ для получения образования, готовности к учебе в школе, академической успеваемости и способности к обучению у детей и на протяжении всей жизни (26, 29–31).

Исследования также показывают, как жизненные невзгоды в целом и хроническая бедность в частности приводят к токсическому стрессу с негативными последствиями для развития ребенка и формирования у детей исполнительной функции (11, 13–15, 32). Бедность как один из хронических стресс-факторов у детей ассоциирует с многочисленными негативными биологическими исходами, например с повышенной аллостатической нагрузкой, пониженной способностью реализовать исполнительную функцию или пониженной возможностью управлять своим поведением (13, 14), и поэтому она является одним из главных параметров здорового развития ИФ. Развитие ИФ имеет огромное значение для базовых элементов грамотности в вопросах здоровья и ее производных, таких как регулирование внимания, воспроизведение информации по памяти, соотнесение знания и его предмета, когнитивные и социально-эмоциональные навыки, умение читать и считать с раннего возраста, принятие решений, решение проблем, критическое мышление, устойчивость к неблагоприятным внешним событиям, поведение в отношении здоровья и в обществе, готовность к учебе в школе и академическая компетентность (5, 8, 9, 24, 25–28). Здоровое развитие ИФ повышает вероятность того, что у ребенка выработаются навыки грамотности в вопросах здоровья и чувствительность к ней. Важно не путать это с бихевиористским подходом к грамотности в вопросах здоровья или с представлением грамотности в вопросах здоровья как индивидуалистической концепции. Напротив, это должно обеспечить наличие у детей хоть сколько-нибудь равных возможностей здорового развития ИФ. Кроме того, если говорить о новой области исследований, которая сосредоточена на изучении общественной практики грамотности в вопросах здоровья и того, как она может быть представлена концептуально в виде ресурса, распределяемого в социальной сети индивида, а не в виде плодов социальной грамотности, зависящих исключительно от индивидуальных способностей (33–39), грамотность в вопросах здоровья выходит далеко за рамки индивидуальных навыков и знаний. Ресурсы, необходимые для применения знаний и информации о здоровье при принятии решений относительно здоровья и выполнении соответствующих действий, также могут иметься и в социальной сети индивида (у родителей, супруга или супруги, у сверстников или лиц равного статуса), и это может помогать людям решать проблемы своего здоровья. Такой подход с позиции общественного потенциала очень хорошо согласуется с предложенными в настоящей статье подходами, предусматривающими воздействие на детерминанты. Тем не менее необходимо всегда и везде поддерживать развитие ИФ, и в первую очередь у детей из семей

с низким уровнем дохода и находящихся в неблагоприятном положении. Для поддержки здорового развития ИФ Центр по проблемам развития ребенка при Гарвардском университете выработал всеобъемлющую систему рекомендаций, которые включают улучшение контекста, в котором живут и растут дети, создание безопасной, благожелательной и здоровой социальной и физической окружающей среды и обеспечение детям возможности участвовать в содержательных и разнообразных занятиях (27). В противоположность утверждениям, свойственным «нейростратегиям», эти рекомендации призывают применять подход с позиций социальной справедливости, который также может включать вмешательства, направленные на функцию воспитания детей (хотя и не ограничивается ими). Поэтому решение проблем развития в раннем детском возрасте, так же как и развитие грамотности в вопросах здоровья, предполагает применение подхода, основанного на воздействии на детерминанты.

ВЫВОДЫ

Сегодня исследования и меры на уровне политики в области грамотности в вопросах здоровья сосредоточены главным образом на взрослых, но быстро растет и внимание, уделяемое детям и подросткам. Последствия взаимодействия между развитием в раннем детском возрасте и окружающей средой, включая жизненные невзгоды, токсический стресс и здоровое развитие ИФ, пока еще не рассматривались с точки зрения их роли как возможных долгосрочных детерминант формирования грамотности в вопросах здоровья на протяжении всей жизни. Новое представление о жизненных невзгодах в детском возрасте имеет большое значение для повышения уровня грамотности в вопросах здоровья:

1. исследования и стратегия в области грамотности в вопросах здоровья должны быть сосредоточены на развитии ребенка в раннем детском возрасте;
2. фактические данные о жизненных невзгодах, токсическом стрессе и развитии ИФ служат убедительным подтверждением того, насколько необходимо подходить к формированию грамотности в вопросах здоровья с позиций справедливости уже на ранних этапах жизни;
3. эти новые представления служат концептуальной основой, объясняющей важность вмешательств в раннем детском возрасте;

4. в этом новом научном понимании подчеркивается важность междисциплинарных исследований для поддержки развития в детском возрасте;
5. оно представляет собой подход к исследованиям и политике в области грамотности в вопросах здоровья, предполагающий воздействие на детерминанты на всех этапах жизни.
6. в этом подходе учтены пробелы «нейростратегий», которые выводят функцию воспитания ребенка на уровень нейробиологии и игнорируют способность детей к самостоятельным действиям.

Комиссия по социальным детерминантам здоровья определила набор принципов для принятия мер с целью достижения справедливости в отношении здоровья, первый из которых – улучшение условий повседневной жизни – конкретно предусматривает меры по обеспечению каждому ребенку хорошего жизненного старта (39, 40). Новая наука о развитии подтверждает необходимость такой стратегии для воздействия на коренные причины несправедливости в отношении здоровья и развития, а в данной статье, в частности, доказывается, что не следует выдвигать воспитание ребенка как такую стратегию в центр

программ и политики. Статья дополняет уже имеющиеся фактические данные о важности вмешательств в раннем детском возрасте и о необходимости соблюдать рекомендации Комиссии при определении направления исследований и содержания политики в области грамотности в вопросах здоровья: это выражается в том, что а) в ней разъясняется, как социальные структуры и бедность влияют на здоровье, образование и развитие на протяжении всей жизни; б) она улучшает знание о том, зачем и как нужно воздействовать на детерминанты формирования грамотности в вопросах здоровья в раннем возрасте, и в) в ней выдвигается мысль о том, что стратегии формирования грамотности в вопросах здоровья должны быть сосредоточены на предоставлении достаточной поддержки, которая позволит нормально развиваться всем детям, особенно наиболее уязвимым и находящимся в неблагоприятных условиях. Для того чтобы к спорам по поводу социальной справедливости в связи с грамотностью в вопросах здоровья подходили серьезно, необходимо считать ранний детский возраст критически важным для ее формирования на всем протяжении детства вплоть до наступления зрелого возраста и рассматривать его как объект стратегий и вмешательств (см. рис. 1).

РИС. 1. СХЕМАТИЧЕСКОЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЕ ПОЛИТИКИ И ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ОБЛАСТИ ГРАМОТНОСТИ В ВОПРОСАХ ЗДОРОВЬЯ



Практические меры и стратегия, предусматривающие воздействие на детерминанты в раннем детском возрасте, должны быть первым вмешательством по формированию грамотности в вопросах здоровья на всех этапах жизни, так как только это создает наилучшие условия для формирования будущей грамотности. В этом контексте большое значение имеют стратегии, направленные на постоянное уменьшение источников токсического стресса, связанного с неблагоприятными условиями жизни (таких как пренебрежение обязанностями по уходу за ребенком, нарушения психического здоровья родителей, насилие или бедность), а также стратегии и программы, поддерживающие инвестиции в создание безопасной и обеспеченной всеми необходимыми благами окружающей среды, структур поддержки и позитивных условий, которые оказывают существенное влияние на развитие и здоровье детей. Возможными точками вмешательства могли бы быть детские ясли, детские сады, другие дошкольные учреждения, любая среда, в которой люди учатся, процесс образования и профессионального обучения специалистов, службы защиты детей, службы просвещения семьи и охраны психического здоровья, вмешательства по улучшению жилищных условий и условий жизни, занятости и труда родителей или лиц, осуществляющих уход за детьми, а также оказание финансовой поддержки и общей поддержки семьям. Наконец, научные исследования должны носить более междисциплинарный характер, а объектами политики и вмешательств должны быть жизненные невзгоды, токсический стресс, бедность в раннем детском возрасте и ИФ, чтобы воздействовать на первопричины нездоровья и неравенства в отношении здоровья.

Выражение благодарности: отсутствует.

Источники финансирования: данная работа автора финансируется Федеральным министерством образования и науки (BMBF) по программе «Грамотность в вопросах детского и подросткового здоровья» (HLCA); код источника финансирования 01EL1824A.

Конфликты интересов: не заявлен.

Ограничение ответственности: автор несет самостоятельную ответственность за мнения, выраженные в данной публикации, которые могут не отражать решений или политики Всемирной организации здравоохранения.

БИБЛИОГРАФИЯ²

1. Шанхайская декларация по укреплению здоровья в рамках Повестки дня в области устойчивого развития на период до 2030 г., Шанхай, 21–24 ноября 2016 г. (<https://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/shanghai-declaration/ru/>).
2. McDaid D. Investing in health literacy. Policy briefs and summaries. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, European Observatory on Health Systems and Policies; 2016 (<http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/policy-briefs-and-summaries/investing-in-health-literacy>).
3. Shonkoff JP, Boyce WT, McEwen BS. Neuroscience, molecular biology, and the childhood roots of health disparities: building a new framework for health promotion and disease prevention. *Jama* 2009;301(21):2252-2259 (<https://doi.org/10.1001/jama.2009.754>).
4. Shonkoff JP. Building a new biodevelopmental framework to guide the future of early childhood policy. *Child development* 2010;81(1):357-367 (<https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2009.01399.x>).
5. McEwen CA, McEwen BS. Social structure, adversity, toxic stress, and intergenerational poverty: An early childhood model. *Annual Review of Sociology* 2017;43, 445-472 (<https://doi.org/10.1146/annurev-soc-060116-053252>).
6. Boyce WT, Sokolowski MB, Robinson GE. Toward a new biology of social adversity. *Proceedings of the National Academy of Sciences* 2012;109(2):17143-17148 (<https://doi.org/10.1073/pnas.1121264109>).
7. Obradović J, Bush NR, Stamperdahl J, Adler NE, Boyce WT. Biological sensitivity to context: The interactive effects of stress reactivity and family adversity on socioemotional behavior and school readiness. *Child development* 2010;81(1):270-289 (<https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2009.01394.x>).
8. Meaney MJ. Epigenetics and the biological definition of gene × environment interactions. *Child Dev* 2010;81:41–79 (<https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2009.01381.x>).
9. Fine JG, Sung C. Neuroscience of child and adolescent health development. *Journal of Counseling Psychology* 2014;61(4),521 (<http://dx.doi.org/10.1037/cou0000033>).
10. Anda RF, Felitti VJ, Giles W, Bremner JD, Walker JD, Whitfield C et al. The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood - a convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2006;256:174–186.
11. Kalil JA. Childhood poverty and parental stress: Important determinants of health. *UBCMJ* 2015;41-43 (https://med-fom-ubcmj.sites.olt.ubc.ca/files/2015/02/ubcmj_6_2_2015_41-43.pdf).

² Все ссылки приводятся по состоянию на 28 августа 2019 г.

12. Shonkoff JP. Leveraging the biology of adversity to address the roots of disparities in health and development. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 2012;109(2):17302-17307 (<https://doi.org/10.1073/pnas.1121259109>).
13. Raver CC, McCoy DC, Lowenstein AE, Pess R. Predicting individual differences in low-income children's executive control from early to middle childhood. *Developmental Science* 2013;16(3):394-408 (<https://doi.org/10.1111/desc.12027>).
14. Raver CC, Blair C, Willoughby M, Family Life Key Investigators. Poverty as a predictor of 4-year-olds' executive function: New perspectives on models of differential susceptibility. *Developmental Psychology* 2013;49(2):292 (<http://dx.doi.org/10.1037/a0028343>).
15. Blair C, Raver CC. Poverty, stress, and brain development: New directions for prevention and intervention. *Academic Pediatrics* 2016;16(3):S30-S36 (<https://doi.org/10.1016/j.acap.2016.01.010>).
16. Macvarish J, Lee E, Lowe P. The 'first three years' movement and the infant brain: A review of critiques. *Sociology Compass* 2014;8(6), 792-804 (<https://doi.org/10.1111/soc4.12183>).
17. Macvarish J, Lee E, Lowe P. Neuroscience and family policy: What becomes of the parent? *Critical Social Policy* 2015;35(2), 248-269 (<https://doi.org/10.1177/0261018315574019>).
18. Lowe P, Lee E, Macvarish J. Biologising parenting: neuroscience discourse, English social and public health policy and understandings of the child. *Sociology of Health & Illness* 2015;37(2), 198-211 (<https://doi.org/10.1111/1467-9566.12223>).
19. Excessive stress disrupts the architecture of the developing brain. Working Paper 3. Harvard University: National Scientific Council on the Developing Child; 2005 (https://developingchild.harvard.edu/wp-content/uploads/2005/05/Stress_Disrupts_Architecture_Developing_Brain-1.pdf).
20. Corsaro WA. *The Sociology of Childhood*, 4th edition. London: Sage; 2015 (<http://dx.doi.org/10.4135/9781483399027>).
21. James A, James AL, editors. *Constructing childhood: Theory, policy and social practice*. London: Palgrave Macmillan; 2004 (<https://doi.org/10.1007/978-0-230-21427-9>).
22. Adverse Childhood Experiences International Questionnaire. In: *Adverse Childhood Experiences International Questionnaire (ACE-IQ)*. Geneva: World Health Organization; 2018 (http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/activities/adverse_childhood_experiences/en/).
23. Shonkoff JP. Capitalizing on advances in science to reduce the health consequences of early childhood adversity. *JAMA Pediatrics* 2016;170(10),1003-1007 (<https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2016.1559>).
24. Fox SE, Levitt P, Nelson CA III. How the timing and quality of early experiences influence the development of brain architecture. *Child Dev* 2010;81:28-40 (<https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2009.01380.x>).
25. Anderson PJ. Towards a developmental model of executive function. In: Anderson V, Jacobs R, Anderson PJ, editors. *Neuropsychology, neurology, and cognition. Executive functions and the frontal lobes: A lifespan perspective* (pp. 3-21). Philadelphia: Taylor & Francis; 2008.
26. Obradović J. Physiological responsivity and executive functioning: Implications for adaptation and resilience in early childhood. *Child Development Perspectives* 2016;10(1):65-70 (<https://doi.org/10.1111/cdep.12164>).
27. Center on the Developing Child. *Executive Function (InBrief)*. Cambridge: Harvard University; 2012 (<http://www.developingchild.harvard.edu>).
28. Hostinar CE, Stellern SA, Schaefer C, Carlson SM, Gunnar MR. Associations between early life adversity and executive function in children adopted internationally from orphanages. *Proceedings of the National Academy of Sciences* 2012; 109(2):17208-17212 (<https://doi.org/10.1073/pnas.1121246109>).
29. Blair C, Raver CC. Closing the achievement gap through modification of neurocognitive and neuroendocrine function: results from a cluster randomized controlled trial of an innovative approach to the education of children in kindergarten. *PLOS ONE* 2014;9:e112393 (<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0112393>).
30. Blair C, Raver CC. Child development in the context of adversity: experiential canalization of brain and behavior. *Am. Psychol.* 2012;67(4):309-18 (<https://dx.doi.org/10.1037/a0027493>).
31. Blair C, Raver CC, Granger D, Mills-Koonce R, Hibel L, The Family Life Project Key Investigators. Allostasis and allostatic load in the context of poverty in early childhood. *Development and Psychopathology* 2011;23(3):845-857 (<https://dx.doi.org/10.1017/S0954579411000344>).
32. Raver CC, Jones SM, Li-Grining CP, Zhai F, Bub K, Pressler E. CSRP's impact on low-income preschoolers' preacademic skills: Self-regulation as a mediating mechanism. *Child Development* 2011;82:362-378 (<https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2010.01561.x>).
33. Papen U. Literacy, Learning and Health – A social practices view of health literacy. *Literacy and Numeracy Studies* 2009;16(2)&17(1);19-34. (<https://doi.org/10.5130/lms.v0i0.1275>).
34. Edwards M, Wood F, Davies M, Edwards A. 'Distributed health literacy': longitudinal qualitative analysis of the roles of health literacy mediators and social networks of people living with a long-term health condition. *Health Expectations* 2015;18(5), 1180-1193 (<https://doi.org/10.1111/hex.12093>).
35. Sentell T, Pitt R, Buchthal OV. Health literacy in a social context: review of quantitative evidence. *HLRP: Health Literacy Research and Practice* 2017;1(2),e41-e70 (<https://doi.org/10.3928/24748307-20170427-01>).

36. Pitt R, Davis T, Manganello J, Massey P, Okan O, McFarlane E et al. Health Literacy in a Social Context: A Meta-Narrative Review of Six Emerging Research Traditions. In: Okan O, Bauer U, Levin-Zamir D, Pinheiro P, Sørensen K, editors. *International Handbook of Health Literacy. Research, Practice and Policy across the Lifespan*. Bristol: The Policy Press; 2019 (<https://policy.bristoluniversitypress.co.uk/international-handbook-of-health-literacy>, in print).
37. Pinheiro P. Future avenues for health literacy: Learning from literacy and literacy learning. In: Okan O, Bauer U, Levin-Zamir D, Pinheiro P, Sørensen K, editors. *International Handbook of Health Literacy. Research, Practice and Policy across the Lifespan*. Bristol: The Policy Press; 2019 (<https://policy.bristoluniversitypress.co.uk/international-handbook-of-health-literacy>, in print).
38. Samerski S. Health literacy as a social practice: Social and empirical dimensions of knowledge on health and healthcare. *Social Science & Medicine* 2019;226,pp.1-8 (<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.02.024>).
39. Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization; 2008 (https://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en).
40. Marmot M, Allen J, Bell R, Bloomer E, Goldblatt P. WHO European review of social determinants of health and the health divide. *The Lancet* 2012;380(9846):1011-1029 ([https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61228-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61228-8)). ■

SHORT COMMUNICATION

Addressing health literacy in schools in the WHO European Region

Leena Paakkari¹, Jo Inchley², Anette Schulz³, Martin W Weber⁴, Orkan Okan⁵

¹ Faculty of Sport and Health Sciences, University of Jyväskylä, Jyväskylä, Finland

² MRC/CSO Social and Public Health Sciences Unit, University of Glasgow, Glasgow, United Kingdom

³ Schools for Health in Europe Network Foundation and Research Centre for Health Promotion, University College South Denmark, Kolding, Denmark

⁴ WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark

⁵ Interdisciplinary Centre for Health Literacy Research, Faculty of Educational Science, Bielefeld University, Bielefeld, Germany

Corresponding author: Leena Paakkari (email: leena.paakkari@jyu.fi)

ABSTRACT

The education system as a whole and schools in particular are important settings for the development of health literacy among children. Any improvement in health literacy skills may benefit the health, growth and development of children, as well as their health in later life and the health of the broader society. This short communication presents some of the prerequisites for schools to become key settings for health literacy

development in school-aged children. Recent research and the current status of school health literacy policies in the WHO European Region will also be reviewed. We argue that health literacy must become a critical agenda item in education policies across the Region and, moreover, intersect with further sectoral strategies and policies on health literacy and public health across the political spectrum.

Keywords: HEALTH LITERACY, SCHOOLS, HEALTH PROMOTION AND EDUCATION, CHILDREN, EQUITY

INTRODUCTION

Health literacy is a key determinant of health (1). Several studies have reported a positive association between high levels of health literacy and better health outcomes in children (2–4). For example, the WHO collaborative Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) survey found that health literacy is one of the main factors contributing to health differences and is associated with educational outcomes such as academic achievement and post-school aspirations (4). Health literacy is a useful phenomenon in the understanding and reduction of avoidable health disparities because it can be learned and developed (4–6). However, children's health literacy should not merely be seen as a risk factor for poor health, but also as an asset that supports the development of autonomy, empowerment and participation in promoting the common good (1, 5). According to WHO, health literacy consists of “the cognitive and social skills which determine the motivation and ability of individuals to gain access to, understand and use information in ways which promote and maintain good health” (7). However, discussions about what

health literacy is should not only consider the ability to use and handle externally provided (e.g. taught) information; other abilities are equally important, such as understanding one's own wishes and preferences in health issues and being able to consider the ethical consequences of one's actions on others and the world.

Schools are an important setting in which to develop health literacy because they can reach almost all school-aged children over a long period. This also makes schools the perfect arena for sustainable action. Within the school context, health education (either as a standalone subject or a cross-cutting theme) provides a key opportunity to promote health literacy, that is, the ability to make sound health decisions and to identify and work on the factors that influence health. Classroom instruction can facilitate children's personal skill development and help to motivate and engage them in lifelong health learning across a broad range of health topics (8, 9). At education system level, the teaching of health literacy may also serve as a key component of a whole-school approach, such as the WHO's Health Promoting Schools framework (10–12), through its

integration into measures and actions related to organizational change, workforce development, intersectoral collaboration and networking, and education policy (13). In this context, health literacy should not be imported into the education sector by external forces but should instead be developed from within. The education sector should be seen as a key agent and the primary driver for developing health literacy approaches that are tailored to its curriculum, standards, techniques, classroom teaching and learning objectives and outcomes, as well as its core educational tasks, practices and goals.

All children have the right to receive quality education on health literacy in schools that enables them to attain high levels of health literacy (1). This article presents some of the prerequisites for schools to become key settings for health literacy development in school-aged children, with a particular focus on the WHO European Region. The current state of school health literacy policies within the Region will also be discussed. This article defines children as all persons aged 19 years or younger (14).

SCHOOLS ARE SUPPORTIVE SETTINGS FOR HEALTH LITERACY

The expansion of formal schooling is considered “the single most significant factor influencing the spread of literacy worldwide over the past two centuries” (15). Schools are therefore offer the same potential in relation to the health literacy of children, providing the single most important setting in which to develop health literacy in the current and future generations, and thus to enhance health literacy worldwide. However, schools vary in how much they encourage the development of health literacy. We suggest several important perspectives for schools to reach their potential (cf. 15):

Access to education. Schooling should be available to all, but there are striking inequalities in education provision across the different regions of the world. In 2016, 3.8% of primary-age children and 2.1% of lower-secondary-age children were out of school in Europe and North America; in contrast, the corresponding figures in sub-Saharan Africa were 20.8% and 36.6% (16). Access to education offers children the possibility to participate in all school-based health literacy learning that takes place in their school. Above all, it enables them to attain general literacy skills, which are a core human right and a solid base for active citizenship and safe health decisions (17).

Access to age-appropriate school health education via a whole-school approach and school curriculum. As demonstrated by the Schools for Health in Europe Network Foundation (18), the development of health skills, knowledge, behaviour and communication through classroom teaching and whole-school approaches is already a focus area within many national school systems in the WHO European Region, as well as internationally (19, 20). However, since health literacy is a relatively new theme in education, it is only explicitly embedded into schools’ policies and practices in a few countries (9). Intentionally planned school-based health promotion programmes and health literacy curricula should be based on the principles of empowerment and engagement to ensure that children can gain and practice comprehensive health literacy in an age-appropriate manner. Offering health literacy as part of the national school curriculum may minimize health literacy differences within countries, but a more ambitious aim is to integrate health literacy education into all schools in order to reduce differences at global level. In the whole-school approach, health literacy curricula must be supported by a focus on the wider physical and social school environment, including health services and community links. The Schools for Health in Europe Network Foundation provides a framework for implementing health literacy programmes in schools and, as the Paris Declaration states, this approach should be expanded to make every school in the WHO European Region a setting that promotes health and well-being for all (21).

Opportunities for all children to develop the highest levels of health literacy. According to the Shanghai Declaration, “health literacy is founded on inclusive and equitable access to quality education” (1). Moreover, no child should be expected to learn or know less than any other. Undeniably, health literacy needs and challenges, as well as learning prerequisites, vary within and between countries, schools and children. However, all children should be able to pursue their full potential regardless of who they are and where they live, although the paths to achieving that goal might be different. This is a moral imperative and enshrined in the United Nations Convention on the Rights of the Child (22).

Opportunities to develop lifelong learning skills. The development of strong health literacy skills requires equitable access to lifelong learning (1). At school, children should gain competencies and abilities that enable them to respond to and manage changing health challenges throughout their lifespan. Addressing health literacy in a comprehensive manner reinforces several competencies that are often developed through existing curricula and which

correspond well with lifelong learning skills, such as critical thinking, collaboration and communication skills, decision-making and digital literacy. Such skills provide an essential foundation for the development of health literacy throughout the life course (1), but similarly health literacy promotes and supports the attainment of lifelong learning skills.

Access to free exchange health information and information technology. The availability of literature and information technology differs among families, as well as among schools (15). Therefore, well-resourced schools have the potential to equalize the societal differences in health literacy caused by out-of-school settings with poor health literacy. However, the current wide variations in school resources are widening these differences. Improvements in education quality require having access to a wide range of learning and instructional materials (15). The equal and adequate distribution of resources is therefore essential to enable children to receive the full benefits of an optimal learning environment.

Accomplishing these goals requires commitment from the education sector. Moreover, as health literacy needs to be embedded within education policies, it is critical that health literacy researchers learn the language of the education sector (13).

HOW HEALTH LITERACY POLICIES ADDRESS THE EDUCATION SECTOR

A recent review that mapped health literacy policy activities in the WHO European Region identified 46 policies at national, regional or local level (23). Most of these have been developed by health ministries and health experts and, as such, are mainly rooted in health disciplines such as public health, health promotion, health care and mental health. The policies and suggested activities may therefore be less attractive to the education sector if they fail to address key educational goals or use educational language. However, the policies also include recommendations and policy instruments addressing children, the education sector and schools.

Despite health literacy in children being a focus of recent policy developments, a recent project identified only a few education sector policies on health literacy (24). Education policies identified in Australia (25), Finland (26), Portugal (27)

and the United States of America (28, 29) addressed health literacy through the school curriculum, either as a standalone health education curriculum (e.g. in the United States) or incorporated into different subjects within the general curriculum (e.g. in Finland as part of the subject 'health education'). Although all of the policies defined health literacy, the definitions were not consistent. The specific goals were based on standards adapted to different school grades and highlighted the skills, knowledge, capabilities and actions to be learned that are associated with certain health literacy tasks and health behaviour.

Besides these specific education policies, the policies launched by health ministries, departments, agencies and experts all recommended that health literacy should be addressed from primary school onwards, and some also included preschool settings. These (health) policies typically understand health literacy to be a relational concept and highlight the importance of training for education professionals to teach health literacy in the classroom. However, the existence of a health literacy policy enacted by the health ministry does not automatically mean that other sectors, such as education, must adhere to the recommendations of the policy. To ensure that the education sector can make health literacy a priority target, such policies must be developed together with agents from within the education sector and include precisely defined goals and actions for workforce development and integration of health literacy into educational thinking, concepts and core tasks.

Future health literacy policy-making must be evidence informed; however, little is currently known about the Regional status of health literacy among children and adolescents. Monitoring health literacy within the school-aged population is essential for both assessing the impact of existing policies and programmes and their future development. Existing studies such as the HBSC survey provide a unique opportunity to gather cross-nationally comparable data for surveillance, international benchmarking and research purposes. Health literacy has been a focus area within the HBSC survey for five years, and a 10-item scale, the health literacy measure for school-aged children, has been developed and validated for use in the adolescent age group (30, 31). Twelve countries included this scale in the most recent, 2017–2018, survey and future surveys offer the potential for its wider adoption. This would enable a better understanding of the patterns in health literacy across the Region and its role in promoting health and well-being among the school-aged population.

CONCLUSIONS

Health literacy is an important education and public health issue. As such, it must be prioritized within education policies across the WHO European Region. Schools provide a critical setting for health literacy development owing to their near-universal reach, but the extent to which health literacy is recognized and prioritized within the education sector varies considerably across countries. Incorporating health literacy into the school curriculum, supported by a whole-school approach, is the most promising strategy to ensure that all children can gain the necessary knowledge and skills to support their health and well-being across the life-course. To achieve this, the health and education sectors need to work together.

Acknowledgements: None.

Sources of funding: This work was funded by the German Federal Ministry of Education and Research (BMBF): Health Literacy in Childhood and Adolescence (funding code 01EL1824A; Orkan Okan) and the Juho Vainio Foundation (Leena Paakkari).

Conflicts of interest: None declared.

Disclaimer: The authors alone are responsible for the views expressed in this publication and they do not necessarily represent the decisions or policies of the World Health Organization.

REFERENCES¹

1. Shanghai Declaration on promoting health in the 2030 Agenda for Sustainable Development. Geneva: WHO; 2016 (<http://www.who.int/entity/healthpromotion/conferences/9gchp/shanghai-declaration.pdf>).
2. Fleary SA, Joseph P, Pappagianopoulos JE. Adolescent health literacy and health behaviors: a systematic review. *J Adolesc*. 2018;62:116–27. doi: <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2017.11.010>.
3. Shih SF, Liu CH, Liao LL, Osborne RH. Health literacy and the determinants of obesity: a population-based survey of sixth grade school children in Taiwan. *BMC Public Health*. 2016;16:280. doi: <https://doi.org/10.1186/s12889-016-2879-2>.
4. Paakkari LT, Torppa MP, Paakkari OP, Välimaa RS, Ojala KS, Tynjälä JA. Does health literacy explain the link between structural stratifiers and adolescent health? *Eur J Public Health*. 2019 (Epub ahead of print, PMID: 30753409) doi: <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz011>.
5. Nutbeam D. Health literacy as a public goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Prom Int*. 2000;15(3):259–67. doi: <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>.
6. IUHPE Position statement on health literacy: a practical vision for a health literate world. International Union for Health Promotion and Education. Paris: International Union for Health Promotion and Education; 2018 (https://www.iuhpe.org/images/IUHPE/Advocacy/IUHPEHealth_Literacy_2018.pdf).
7. Nutbeam D. Health promotion glossary. *Health Prom Int*. 1998;13:349–64.
8. Paakkari L. Three approaches to school health education as a means to higher levels of health literacy. In: Simovska V, McNamara PM, editors. *Schools for health and sustainability: theory, research and practice*. Dordrecht: Springer Science+Business Media; 2015:275–90.
9. Okan O. From Saranac Lake to Shanghai: a brief history of health literacy. In: Okan O, Bauer U, Pinheiro P, Levin-Zamir D, Sørensen K, editors. *International handbook of health literacy: research, practice and policy across the lifespan*. Bristol: Policy Press; 2019.
10. Leger LS, Nutbeam D. A model for mapping linkages between health and education agencies to improve school health. *J Sch Health*. 2000;70(2):45–50. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1746-1561.2000.tb07239.x>.
11. St Leger L. Schools, health literacy and public health: possibilities and challenges. *Health Prom Int*. 2001;16(2):197–205. doi: <https://doi.org/10.1093/heapro/16.2.197>.
12. Lee A. Health-promoting schools. Evidence for a holistic approach to promoting health and improving health literacy. *Appl Health Econ Health Policy*. 2009;7(1):11–17. doi: <https://doi.org/10.1007/BF03256138>.
13. Paakkari L, Okan O. Health literacy - talking the language of (school) education. *Health Literacy Research and Practice*. Bristol: Policy Press; 2019 (in press).
14. Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach, second edition. Geneva: World Health Organization; 2013 (<https://www.who.int/hiv/pub/guidelines/arv2013/en/>).

¹ All references were accessed 10 July 2019.

15. Education for all: literacy for life: EFA global monitoring report, 2006. Paris: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization; 2005 (<https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000141639>, accessed 15 March 2019).
16. One in five children, adolescents and youth is out of school. Paris: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization; 2018 (UIS Fact Sheet No. 48; <http://uis.unesco.org/sites/default/files/documents/fs48-one-five-children-adolescents-youth-out-school-2018-en.pdf>).
17. Education for all 2000–2015: achievements and challenges. EFA global monitoring report. Paris: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization; 2015 (<https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000232205>).
18. Literature & links. In: Schools for Health in Europe Network Foundation [website]. Haderslev: Schools for Health in Europe Network Foundation; 2019 (<https://www.schoolsforhealth.org/resources/literature-links>).
19. Langford R, Bonell C, Jones H, Pouliou T, Murphy S, Waters E et al. The World Health Organization's Health Promoting Schools framework: a Cochrane systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*. 2015;15:130. doi: <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1360-y>.
20. McDaid D. Investing in health literacy: what do we know about the co-benefits to the education sector of actions targeted at children and young people? Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016 (Policy brief 19; http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/315852/Policy-Brief-19-Investing-health-literacy.pdf).
21. Declaration: partnerships for the health and well-being of our young and future generations. Promoting intersectoral and interagency action for health and well-being in the WHO European Region. Outcome document of the high-level conference, 7–8 December 2016, Paris, France. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/325180/Paris_Declaration_ENG.pdf?ua=1).
22. Convention on the rights of the child. New York: United Nations General Assembly, Treaty Series 1989;1577:3 (<https://www.refworld.org/docid/3ae6b38f0.html>).
23. Rowlands G, Russell S, O'Donnell A, Kaner E, Trezona A, Rademakers J et al. What is the evidence on existing policies and linked activities and their effectiveness for improving health literacy at national, regional and organizational levels in the WHO European Region? Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2018 (Health Evidence Network (HEN) synthesis report 57; http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/373614/Health-evidence-network-synthesis-WHO-HEN-Report-57.pdf?ua=1).
24. Okan O, Sørensen K, Pinheiro P, Bauer U. Health literacy policy-making for effective child and adolescent health promotion and prevention strategies. *Eur J Public Health*. 2018;28(suppl 4):cky213.834. doi: <https://doi.org/10.1093/eurpub/cky213.834>.
25. Shape of the Australian curriculum: health and physical education. Sydney: Australian Curriculum, Assessment and Reporting Authority; 2012.
26. National core curriculum for basic education 2014. Helsinki: Finnish National Agency for Education; 2014.
27. National health education standards: achieving health literacy. New York: American Cancer Society; 1995.
28. National health education standards: achieving excellence. New York: American Cancer Society; 2007.
29. Programa nacional de saúde escolar [National school health programme]. Lisbon: Ministry of Health; 2015 (in Portuguese; <https://observatorio-lisboa.eapn.pt/ficheiro/Programa-Nacional-de-Saúde-Escolar-2015.pdf>).
30. Paakkari O, Torppa M, Kannas L, Paakkari L. Subjective health literacy: Development of a brief instrument for school-aged children. *Scand J Public Health*. 2016;44(8):751–7. doi: <https://doi.org/10.1177/1403494816669639>.
31. Paakkari O, Torppa M, Boberova Z, Välimaa R, Maier G, Mazur J et al. The cross-national measurement invariance of the health literacy for school-aged children (HLSAC) instrument. *Eur J Public Health*. 2018;29(3):432–6. doi: <https://doi.org/10.1093/eurpub/cky229>. ■

КРАТКОЕ СООБЩЕНИЕ

Развитие грамотности в вопросах здоровья в школах Европейского региона ВОЗ

Leena Paakkari¹, Jo Inchley², Anette Schulz³, Martin W Weber⁴, Orkan Okan⁵

¹Факультет физкультуры и спорта, Университет Йювяскюля, Йювяскюля, Финляндия

²Совет медицинских исследований/Центральное статистическое управление, отдел социальных и общественных наук о здоровье, Университет Глазго, Глазго, Соединенное Королевство

³Сеть «Школы за здоровье в Европе» и Исследовательский центр по укреплению здоровья, Университетский колледж Южной Дании, Коллинг, Дания

⁴Европейское региональное бюро ВОЗ, Копенгаген, Дания

⁵Междисциплинарный центр исследований грамотности в вопросах здоровья, факультет педагогических наук, Билефельдский университет, Билефельд, Германия

Автор, отвечающий за переписку: Leena Paakkari (leena.paakkari@jyu.fi)

АННОТАЦИЯ

Система образования в целом и школы в частности играют важную роль в прививании детям грамотности в вопросах здоровья. Любое повышение грамотности в вопросах здоровья может укрепить здоровье, рост и развитие детей, а также улучшить их здоровье во взрослой жизни и здоровье общества в целом. В настоящем кратком сообщении перечислен ряд условий, необходимых для того, чтобы школа стала ключевой площадкой для развития грамотности в вопросах здоровья среди детей школьного возраста. Кроме того, анализируются недавние

исследования и текущее состояние политики, направленной на повышение грамотности школьников в вопросах здоровья в Европейском регионе ВОЗ. Мы считаем, что грамотность в вопросах здоровья должна стать важнейшей темой политики в области образования во всем Регионе и, кроме того, пересекаться с дальнейшими секторальными стратегиями и политикой в области грамотности в вопросах здоровья и общественного здравоохранения в рамках всего спектра политических задач.

Ключевые слова: ГРАМОТНОСТЬ В ВОПРОСАХ ЗДОРОВЬЯ, ШКОЛЫ, УКРЕПЛЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ И ОБРАЗОВАНИЕ, ДЕТИ, СПАВЕДЛИВОСТЬ

ВВЕДЕНИЕ

Грамотность в вопросах здоровья является важнейшей детерминантой здоровья (1). В ряде исследований была отмечена положительная связь между высоким уровнем грамотности в вопросах здоровья и улучшением состояния здоровья детей (2–4). Например, проведенное ВОЗ совместное исследование «Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья» (HBSC) продемонстрировало, что грамотность в вопросах здоровья является одним из основных факторов, определяющих различия в состоянии здоровья детей, и связана с такими результатами обучения, как успеваемость и устремления детей по окончании школы (4). Грамотность в вопросах здоровья является полезным инструментом для понимания и устранения предотвратимого неравенства в отношении здоровья, поскольку ее можно прививать и повышать (4–6). Однако грамотность детей

в вопросах здоровья должна рассматриваться не только как фактор риска плохого здоровья, но и как актив, способствующий развитию самостоятельности, расширению прав и возможностей и участию в содействии общему благу (1, 5). Согласно определению ВОЗ, грамотность в вопросах здоровья «отражает познавательные и социальные умения и навыки, определяющие мотивацию и способность отдельных людей получать доступ к информации, понимать и использовать ее так, чтобы это способствовало укреплению и поддержанию хорошего здоровья» (7). Однако при обсуждении темы грамотности в вопросах здоровья следует учитывать не только способность использовать и обрабатывать информацию, получаемую извне (например, в рамках обучения); не менее важны и другие способности, такие как понимание собственных желаний и предпочтений в вопросах здоровья и умение учитывать этические последствия своих действий для других людей и всего мира.

Школы являются важной площадкой для развития грамотности в вопросах здоровья, поскольку могут охватить практически всех детей школьного возраста в течение длительного периода времени. По этой же причине школы – идеальная среда для применения долгосрочных устойчивых мер. В контексте школы просвещение в области здоровья (либо как самостоятельный предмет, либо как сквозная тема) обеспечивает важнейшую возможность для развития грамотности в вопросах здоровья, то есть обретения способности принимать обоснованные решения, касающиеся здоровья, а также выявлять факторы, влияющие на здоровье, и воздействовать на них. Обучение в классе способствует развитию у детей личных навыков и помогает мотивировать их и вовлекать в непрерывное обучение по широкому кругу вопросов здравоохранения (8, 9). На уровне системы образования преподавание грамотности в вопросах здоровья может также послужить ключевым компонентом общешкольного подхода, такого как рамочная программа ВОЗ «Школы, содействующие укреплению здоровья» (10–12). В этом случае потребуется интеграция темы грамотности в вопросах здоровья в меры и действия, связанные с организационными изменениями, развитием трудовых ресурсов, межсекторальным сотрудничеством и сетевым взаимодействием, а также с политикой в секторе образования (13). В данном контексте меры по развитию грамотности в вопросах здоровья не должны привноситься в сектор образования внешними силами, а должны разрабатываться этим сектором самостоятельно. Сектор образования должен рассматриваться в качестве основного субъекта и первостепенного движущего фактора при разработке подходов к грамотности в вопросах здоровья, адаптированных к учебным планам, стандартам, методикам, целям и результатам преподавания и обучения в классе, а также к основным задачам, практике и целям в сфере образования.

Все дети имеют право на получение качественного школьного образования по теме грамотности в вопросах здоровья, которое позволит им достичь высокого уровня грамотности в вопросах здоровья (1). В настоящей статье описываются некоторые условия, необходимые для того, чтобы школа стала ключевой площадкой для развития грамотности в вопросах здоровья у детей школьного возраста, с особым акцентом на Европейский регион ВОЗ, а также обсуждается текущее состояние политики в области грамотности в вопросах здоровья в школах Региона. В контексте настоящей статьи дети определяются как все лица в возрасте до 19 лет включительно (14).

ШКОЛЫ ЯВЛЯЮТСЯ БЛАГОПРИЯТНОЙ ПЛОЩАДКОЙ ДЛЯ РАЗВИТИЯ ГРАМОТНОСТИ В ВОПРОСАХ ЗДОРОВЬЯ

Развитие школьного образования является «одним из наиболее существенных факторов, влияющих на распространение грамотности во всем мире за последние два столетия» (15). Поэтому школы являются единственной наиболее важной площадкой для развития грамотности в вопросах здоровья у нынешнего и будущих поколений и, таким образом, для повышения уровня грамотности в вопросах здоровья во всем мире. Однако школы различаются по степени поощрения развития грамотности в вопросах здоровья. Мы предлагаем несколько важных стратегий, осуществление которых позволит детям полностью реализовать свой потенциал (*ср.* 15).

Доступ к образованию. Школьное образование должно быть доступно для всех, однако в различных регионах мира существует поразительное неравенство в обеспечении доступа к образованию. В 2016 г. в Европе и Северной Америке 3,8% детей младшего возраста и 2,1% детей младшего среднего возраста не посещали школу, а соответствующие показатели в странах Африки к югу от Сахары составили 20,8% и 36,6% (16). Доступ к образованию дает детям возможность участвовать во всех школьных программах обучения грамотности в вопросах здоровья, которые проводятся в их школах. Прежде всего, это позволяет им приобрести общие навыки грамотности, что является одним из основных прав человека и прочной основой для проявления активной гражданской позиции и принятия правильных решений в отношении собственного здоровья (17).

Доступ к соответствующему возрасту просвещению в области здоровья в школах с использованием обще-школьного подхода и учебного плана. Как показали исследования сети «Школы за здоровье в Европе» (18), развитие навыков, приобретение знаний, наработка поведенческих парадигм и моделей коммуникации в отношении здоровья в рамках аудиторных занятий и общешкольных подходов уже стало приоритетным направлением во многих национальных школьных системах в Европейском регионе ВОЗ и на международном уровне (19, 20). Однако, поскольку грамотность в вопросах здоровья является относительно новой темой в образовании, в некоторых

странах она отражена в политике и практике школьного образования лишь на бумаге (9). Заранее планируемые школьные программы укрепления здоровья и учебные планы по грамотности в вопросах здоровья должны основываться на принципах расширения прав и возможностей и вовлечения всего общества, с тем чтобы дети могли получать и использовать всеобъемлющие навыки грамотности в вопросах здоровья в соответствии с возрастом. Включение грамотности в вопросах здоровья в национальную школьную программу может свести к минимуму различия в уровне грамотности в вопросах здоровья внутри стран, но более масштабной целью является интеграция обучения грамотности в вопросах здоровья в учебные планы всех школ в целях сокращения различий на глобальном уровне. В рамках общешкольного подхода учебные планы, включающие обучение грамотности в вопросах здоровья, должны подкрепляться уделением особого внимания более широкой физической и социальной школьной среде, включая услуги здравоохранения и связи в рамках местных сообществ. Сеть «Школы за здоровье в Европе» обеспечивает основу для осуществления программ грамотности в вопросах здоровья в школах, и, как указано в Парижской декларации, этот подход должен быть расширен с тем, чтобы превратить школьную среду в Европейском регионе в ресурс для улучшения здоровья и повышения благополучия каждого человека (21).

Доступные всем детям возможности развивать самый высокий уровень грамотности в вопросах здоровья. Согласно Шанхайской декларации, в основе грамотности в вопросах здоровья «лежит всеобщий и справедливый доступ к качественному образованию» (1). Кроме того, ни один ребенок не должен изучать или знать меньше, чем любой другой. Несомненно, потребности и проблемы, касающиеся грамотности в вопросах здоровья, а также предпосылки обучения различаются в разных странах, школах и между детьми. Однако все дети должны иметь возможность полностью реализовать свой потенциал независимо от того, кем они являются и где живут, хотя пути к достижению этой цели могут быть различными. Этот моральный императив закреплен в Конвенции Организации Объединенных Наций о правах ребенка (22).

Возможности для развития навыков непрерывного обучения. Развитие прочных навыков грамотности в вопросах здоровья требует справедливого доступа к обучению на протяжении всей жизни (1). В школе дети должны приобрести умения и способности, которые позволят им на протяжении всей жизни реагировать на изменяющиеся задачи, связанные со здоровьем, и решать

их. Всесторонний подход к развитию грамотности в вопросах здоровья укрепляет ряд навыков, которые часто развиваются в рамках существующих учебных планов и хорошо соотносятся с навыками обучения на протяжении всей жизни, такими как критическое мышление, навыки сотрудничества и коммуникации, навыки принятия решений и цифровая грамотность. Такие навыки обеспечивают необходимую основу для развития грамотности в вопросах здоровья на протяжении всей жизни (1), но аналогичным образом грамотность в вопросах здоровья способствует приобретению навыков непрерывного обучения и поддерживает их наработку.

Доступ к бесплатному обмену информацией здравоохранения и информационными технологиями. Доступность литературы и информационных технологий различается как в семьях, так и в школах (15). Таким образом, хорошо обеспеченные ресурсами школы имеют потенциал для выравнивания имеющихся в обществе различий в уровне грамотности в вопросах здоровья, которые вызваны внешешкольными факторами низкого уровня грамотности в вопросах здоровья. Однако значительная разница в доступных школах ресурсах усугубляет эти различия. Повышение качества образования требует наличия доступа к широкому спектру учебных и образовательных материалов (15). Поэтому равное и достаточное распределение ресурсов может во многом способствовать тому, чтобы дети могли в полной мере пользоваться преимуществами оптимальной среды обучения.

Достижение этих целей требует принятия обязательств со стороны сектора образования. Кроме того, поскольку грамотность в вопросах здоровья должна быть включена в политику в области образования, крайне важно, чтобы исследователи грамотности в вопросах здоровья изучали терминологическую базу сектора образования (13).

КАКИМ ОБРАЗОМ ПОЛИТИКА В ОБЛАСТИ ГРАМОТНОСТИ В ВОПРОСАХ ЗДОРОВЬЯ ЗАТРАГИВАЕТ СЕКТОР ОБРАЗОВАНИЯ

В ходе недавнего обзора, в рамках которого была составлена карта мер политики в области грамотности в вопросах здоровья, принятых в Европейском регионе ВОЗ, было

выявлено 46 стратегий на национальном, региональном и местном уровне (23). Большинство из них были разработаны министерствами здравоохранения и экспертами в области здравоохранения и в основном связаны с такими областями здравоохранения, как общественное здравоохранение, укрепление здоровья, охрана здоровья и психическое здоровье. Таким образом, стратегии и предлагаемые меры могут быть менее привлекательными для сектора образования, если они не будут направлены на достижение ключевых целей в области образования или не будут использовать понятия и термины сферы образования. Однако стратегии также включают рекомендации и политические инструменты, касающиеся детей, сектора образования и школ.

Несмотря на то что вопросы грамотности в вопросах здоровья среди детей находятся в центре внимания последних изменений политики, в рамках недавнего проекта были определены лишь некоторые стратегии сектора образования, касающиеся грамотности в вопросах здоровья (24). Стратегии в области образования, принятые в Австралии (25), Финляндии (26), Португалии (27) и Соединенных Штатах Америки (28, 29), направлены на развитие грамотности в вопросах здоровья в рамках школьной программы либо в качестве отдельного предмета в рамках общей программы просвещения в вопросах здоровья (например, в Соединенных Штатах), либо в рамках различных предметов, входящих в общую программу обучения (например, в Финляндии). Несмотря на то, что понятие грамотности в вопросах здоровья приводится в стратегиях всех стран, в определениях наблюдаются некоторые различия. Конкретные цели ставятся в зависимости от стандартов, адаптированных к различным школьным годам обучения. Акцент при этом делается на необходимые для изучения навыки, знания, способности и действия, связанные с определенными задачами развития грамотности в вопросах здоровья и поведением в отношении здоровья.

Помимо этих образовательных стратегий, все рекомендации министерств, департаментов, учреждений и экспертов в области здравоохранения призывают развивать грамотность в вопросах здоровья уже в начальной школе, а некоторые из них также предлагают привлекать дошкольные учреждения. В этих стратегиях (в области здравоохранения) грамотность в вопросах здоровья обычно выступает как понятие относительное, при этом подчеркивается важность подготовки специалистов в области образования для обучения грамотности в вопросах здоровья в рамках занятий в классе. Однако наличие политики развития грамотности в вопросах здоровья, принятой

министерством здравоохранения, само по себе не означает, что другие секторы, например сектор образования, должны придерживаться рекомендаций этой политики. Для того чтобы сектор образования мог сделать грамотность в вопросах здоровья приоритетной целью, такая политика должна разрабатываться совместно с представителями сектора образования и включать четко определенные цели и действия по развитию трудовых ресурсов и интеграции темы грамотности в вопросах здоровья в образовательное мышление, концепции и основные задачи.

Дальнейшая деятельность по разработке политики развития грамотности в вопросах здоровья должна основываться на фактических данных; однако в настоящее время сведений о региональной ситуации в области грамотности в вопросах здоровья среди детей и подростков недостаточно. Мониторинг грамотности в вопросах здоровья среди населения школьного возраста имеет большое значение как для оценки воздействия существующих стратегий и программ, так и для их будущего развития. Существующие исследования, такие как обзор HBSC, предоставляют уникальную возможность для сбора сопоставимых на межнациональном уровне данных для целей наблюдения, сравнения показателей различных стран и проведения исследований. Грамотность в вопросах здоровья являлась одной из приоритетных областей исследований HBSC в течение пяти лет. Десятибалльная шкала оценки грамотности в вопросах здоровья среди детей школьного возраста была доработана и утверждена для использования в ходе оценки знаний детей подросткового возраста (30, 31). Двенадцать стран включили эту шкалу в исследование 2017–2018 гг., а будущие исследования создадут потенциал для ее более широкого применения, что позволит глубже понять модели развития грамотности в вопросах здоровья в Регионе и ее роль в укреплении здоровья и благополучия населения школьного возраста.

ВЫВОДЫ

Грамотность в вопросах здоровья является важным элементом образования и общественного здравоохранения. По этой причине грамотность в вопросах здоровья должна стать одной из приоритетных тем политики в области образования в Европейском регионе ВОЗ. Школы обеспечивают важнейшие условия для развития грамотности в вопросах здоровья благодаря почти универсальному охвату, однако степень признания и приоритетности грамотности в вопросах здоровья в секторе образования значительно варьируется в разных странах. Включение

грамотности в вопросах здоровья в школьную программу на основе общешкольного подхода является наиболее перспективной стратегией, позволяющей обеспечить получение всеми детьми знаний и навыков, необходимых для поддержания своего здоровья и благополучия на протяжении всей жизни. Для достижения этой цели секторам здравоохранения и образования необходимо работать сообща.

Выражение признательности: отсутствует.

Источники финансирования: данная работа финансировалась Федеральным министерством образования и науки Германии в рамках исследовательского консорциума «Грамотность в вопросах здоровья среди детей и подростков» (код финансирования 01EL1824A; Orkan Okan) и фондом Юхо Вайнио (Leena Paakkari).

Конфликт интересов: не заявлен.

Ограничение ответственности: авторы несут самостоятельную ответственность за мнения, выраженные в данной публикации, которые необязательно представляют решения или политику Всемирной организации здравоохранения.

БИБЛИОГРАФИЯ¹

1. Всемирная организация здравоохранения. Шанхайская декларация по укреплению здоровья в рамках Повестки дня в области устойчивого развития на период до 2030 г.; 2016 (<https://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/shanghai-declaration/ru/>).
2. Fleary SA, Joseph P, Pappagianopoulos JE. Adolescent health literacy and health behaviors: a systematic review. *J Adolesc.* 2018;62:116–27. doi: <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2017.11.010>.
3. Shih SF, Liu CH, Liao LL, Osborne RH. Health literacy and the determinants of obesity: a population-based survey of sixth grade school children in Taiwan. *BMC Public Health.* 2016;16:280. doi: <https://doi.org/10.1186/s12889-016-2879-2>.
4. Paakkari LT, Torppa MP, Paakkari OP, Välimaa RS, Ojala KS, Tynjälä JA. Does health literacy explain the link between structural stratifiers and adolescent health? *Eur J Public Health.* 2019 (Epub ahead of print, PMID: 30753409) doi: <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz011>.
5. Nutbeam D. Health literacy as a public goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Prom Int.* 2000;15(3):259–67. doi: <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>.
6. IUHPE Position statement on health literacy: a practical vision for a health literate world. International Union for Health Promotion and Education. Paris: International Union for Health Promotion and Education; 2018 (https://www.iuhpe.org/images/IUHPE/Advocacy/IUHPEHealth_Literacy_2018.pdf).
7. Nutbeam D. Глоссарий терминов по вопросам укрепления здоровья. *Health Prom Int.* 1998;13:349–64 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/64546/WHO_HPR_HEP_98.1_rus.pdf;jsessionid=A528AB01CAE36834CFCFDB76CED5F98D?sequence=2).
8. Paakkari L. Three approaches to school health education as a means to higher levels of health literacy. In: Simovska V, McNamara PM, editors. *Schools for health and sustainability: theory, research and practice.* Dordrecht: Springer Science+Business Media; 2015:275–90.
9. Okan O. From Saranac Lake to Shanghai: a brief history of health literacy. In: Okan O, Bauer U, Pinheiro P, Levin-Zamir D, Sørensen K, editors. *International handbook of health literacy: research, practice and policy across the lifespan.* Bristol: Policy Press; 2019.
10. Leger LS, Nutbeam D. A model for mapping linkages between health and education agencies to improve school health. *J Sch Health.* 2000;70(2):45–50. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1746-1561.2000.tb07239.x>.
11. St Leger L. Schools, health literacy and public health: possibilities and challenges. *Health Prom Int.* 2001;16(2):197–205. doi: <https://doi.org/10.1093/heapro/16.2.197>.
12. Lee A. Health-promoting schools. Evidence for a holistic approach to promoting health and improving health literacy. *Appl Health Econ Health Policy.* 2009;7(1):11–17. doi: <https://doi.org/10.1007/BF03256138>.
13. Paakkari L, Okan O. Health literacy - talking the language of (school) education. *Health Literacy Research and Practice.* Bristol: Policy Press; 2019 (в печати).
14. Сводное руководство по использованию антиретровирусных препаратов для лечения и профилактики ВИЧ-инфекции: рекомендации с позиции общественного здравоохранения, второе издание. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2013 (<https://www.who.int/hiv/pub/guidelines/arv2013/ru/>).
15. Education for all: literacy for life: EFA global monitoring report, 2006. Paris: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization; 2005 (<https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000141639>).

¹ Все ссылки приводятся по состоянию на 9 августа 2019 г.

16. One in five children, adolescents and youth is out of school. Paris: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization; 2018 (UIS Fact Sheet No. 48; <http://uis.unesco.org/sites/default/files/documents/fs48-one-five-children-adolescents-youth-out-school-2018-en.pdf>).
17. Образование для всех 2000–2015 гг.: достижения и вызовы, Всемирный доклад по мониторингу ОДВ, 2015 г. (https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000232205_rus).
18. Literature & links. In: Schools for Health in Europe Network Foundation [website]. Haderslev: Schools for Health in Europe Network Foundation; 2019 (<https://www.schoolsforhealth.org/resources/literature-links>).
19. Langford R, Bonell C, Jones H, Poulou T, Murphy S, Waters E et al. The World Health Organization's Health promoting schools framework: a Cochrane systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*. 2015;15:130. doi: <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1360-y>.
20. McDaid D. Investing in health literacy: what do we know about the co-benefits to the education sector of actions targeted at children and young people? Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016 (Policy brief 19; http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/315852/Policy-Brief-19-Investing-health-literacy.pdf).
21. Декларация «Партнерства в интересах здоровья и благополучия подрастающего и будущих поколений» – итоговый документ конференции высокого уровня по вопросам развития межсекторального и межведомственного взаимодействия в поддержку здоровья и благополучия в Европейском регионе ВОЗ (7–8 декабря 2016 г., Париж, Франция). Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2016 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/325188/Paris_Declaration_RUS.pdf?ua=1).
22. Конвенция о правах ребенка. Нью-Йорк: Генеральная Ассамблея Организации Объединенных Наций, Treaty Series 1989; 1577:3 (https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/childcon.shtml).
23. Rowlands G, Russell S, O'Donnell A, Kaner E, Trezona A, Rademakers J et al. Обзор имеющихся фактических данных о реализуемых мерах политики и связанных с ними мероприятиях, а также об их эффективности с точки зрения повышения грамотности в вопросах здоровья на национальном, региональном и организационном уровнях в Европейском регионе ВОЗ. Сводный доклад сети медицинских данных (HEN) № 57. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2018 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/379719/WHO-HEN-REPORT-57-Russian.pdf?ua=1).
24. Okan O, Sørensen K, Pinheiro P, Bauer U. Health literacy policy-making for effective child and adolescent health promotion and prevention strategies. *Eur J Public Health*. 2018;28(suppl 4):cky213.834. doi: <https://doi.org/10.1093/eurpub/cky213.834>.
25. Shape of the Australian curriculum: health and physical education. Sydney: Australian Curriculum, Assessment and Reporting Authority; 2012.
26. National core curriculum for basic education 2014. Helsinki: Finnish National Agency for Education; 2014.
27. National health education standards: achieving health literacy. New York: American Cancer Society; 1995.
28. National health education standards: achieving excellence. New York: American Cancer Society; 2007.
29. Programa nacional de saúde escolar [Национальная программа по школьному питанию]. Лиссабон: Министерство здравоохранения Португалии; 2015 (<https://observatorio-lisboa.eapn.pt/ficheiro/Programa-Nacional-de-Saude-Escolar-2015.pdf>) [на португальском языке].
30. Paakkari O, Torppa M, Kannas L, Paakkari L. Subjective health literacy: Development of a brief instrument for school-aged children. *Scand J Public Health*. 2016;44(8):751-7. doi: <https://doi.org/10.1177/1403494816669639>.
31. Paakkari O, Torppa M, Boberova Z, Välimaa R, Maier G, Mazur J et al. The cross-national measurement invariance of the health literacy for school-aged children (HLSAC) instrument. *Eur J Public Health*. 2018;29(3):432–6. doi: <https://doi.org/10.1093/eurpub/cky229>. ■

SHORT COMMUNICATION

The WHO European Action Network on Health Literacy for Prevention and Control of Noncommunicable Diseases

Oxana Drapkina¹, Maria da Graça Freitas², Bente Mikkelsen³, João Breda⁴, Eduard Salakhov⁵, Maria Lopatina¹, Andrea Silva da Costa², Anastasia Koylyu³, Julianne Williams⁴, Kremlin Wickramasinghe⁴, Miguel Telo de Arriaga²

¹National Medical Research Center for Preventive Medicine, Moscow, Russian Federation

²Directorate General of Health, Lisbon, Portugal

³WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark

⁴WHO European Office for the Prevention and Control of NCDs, Moscow, Russian Federation

⁵Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russian Federation

Corresponding author: Maria Lopatina (email ms.lopatina@gmail.com)

ABSTRACT

The WHO European Action Network on Health Literacy for Prevention and Control of Noncommunicable Diseases (HL-NCD Network) was launched in January 2019 in Lisbon, Portugal, and is currently co-chaired by two countries: Portugal and the Russian Federation. The HL-NCD Network is intended to collate global and national health literacy experiences and scale

up health literacy interventions in order to improve the implementation of noncommunicable disease (NCD) prevention and control, and promote health through the life-course. This short communication provides an overview of the goals, objectives, organization, time frame of work and plans for the future of the HL-NCD Network.

Keywords: HEALTH LITERACY, NONCOMMUNICABLE DISEASE PREVENTION AND CONTROL, ACTION NETWORK, EUROPEAN REGION

BACKGROUND

In the WHO European Region, the five major NCDs (diabetes, cardiovascular disease, cancer, chronic respiratory disease and mental disorders) account for an estimated 86% of deaths and 77% of the disease burden (1). Despite the progress achieved by some countries in implementing their commitments for the prevention and control of NCDs, many countries still face significant challenges and much still needs to be done (2). Health literacy provides a strategic tool for tackling NCDs. Countries are therefore encouraged to implement and scale up actions to strengthen health literacy (2). Despite having a good understanding of what health literacy consists of and good evidence that low health literacy is associated with health inequalities, poor health outcomes and NCDs, there is limited data and guidance for Member States to develop systematic evidence-based interventions to increase health literacy in their populations. The HL-NCD Network aims

to scale up health literacy interventions to improve overall population health in the Region.

Many Member States of the WHO European Region have already started to implement health literacy policy and interventions. A recent Health Evidence Network report on health literacy identified 46 existing and/or developing health literacy policies at international, national and local levels in 19 Member States of the Region (36%) (3). The report also found little evidence of health literacy activities and their effectiveness in the lived environment, the media and digital/e-health literacy, although some of this information may be available when evaluations of current projects are published. A low rate of policy identification through searching the peer-reviewed literature may reflect a lack of engagement in policy evaluation by the academic community.

Evidence suggests that low health literacy is associated with worse health outcomes, such as more hospitalizations, greater

use of emergency care, lower receipt of preventive services (e.g. mammography screening), poorer ability to take medication appropriately, poorer ability to interpret labels and health messages, and, among elderly people, poorer overall health status and higher mortality rates (4). A 2018 systematic review of the effectiveness of health literacy interventions in the European Union identified some promising health literacy initiatives, especially those tailored to the needs of patients, addressing functional, interactive and critical skills, and using easy-to-understand spoken animations (5).

THE WHO EUROPEAN ACTION NETWORK ON HEALTH LITERACY FOR PREVENTION AND CONTROL OF NCDs

The HL-NCD Network was established to promote health literacy and achieve progress in preventing and controlling NCDs and promoting health throughout the life-course. The HL-NCD Network will collate global and national health literacy experiences and support the scaling up of health literacy interventions, especially through demonstration projects from countries of the WHO European Region, with a view to improving the implementation of NCD prevention and control initiatives and strengthening mental health through the life-course in different settings. The Network was launched in January 2019 in Lisbon, Portugal, at a European workshop on developing, implementing and evaluating health literacy initiatives across the Region to support the prevention and control of NCDs. Representatives of 22 Member States took part in the workshop to learn from one another by sharing experiences related to health literacy projects in NCDs, and others have already expressed their interest in participating in the HL-NCD Network. The workshop included country delegates and global experts in the field of health literacy, who gathered to discuss a range of issues from developing national health literacy projects to the role of governments and promoting digital health literacy.

National and regional initiatives focused on health literacy for NCDs exist in a number of areas (e.g. nutrition, physical activity, sexual and reproductive health, school health) (6). However, much more progress needs to be made in terms of approaches and implementation. The HL-NCD Network aims to work in alignment with other networks and projects such as the Action Network on Measuring Population and Organizational

Health Literacy (M-POHL Network), which emphasizes the importance and value of enhancing health literacy in Europe by ensuring that high-quality, internationally comparative data are available to facilitate evidence-informed policy-making. The M-POHL Network aims to institutionalize regular, high-quality, internationally comparative European health literacy surveys and support data collection on organizational health literacy as prerequisites for evidence-based policy and practice on health literacy (7).

GOALS AND OBJECTIVES OF THE HL-NCD NETWORK

The long-term goal of the HL-NCD Network is to support the achievement of Sustainable Development Goal (SDG) target 3.4 and the further implementation of actions to prevent and control NCDs and promote health through the life-course, as well as to share experiences to help the further scaling up of health literacy interventions in alignment with the WHO European Region initiatives in health literacy.

The objectives of the Network, in line with the *Global Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2013–2020* in the WHO European Region (8) and other WHO regional and global strategic and technical documents, are to:

- establish a Member States community of practice in health literacy for NCD prevention and control by:
 - sharing experience among Member States and stakeholders in promoting health literacy as a tool for NCD prevention and control, as well as good practices in the areas of development, implementation, monitoring and evaluation of national or regional health literacy-related projects; and
 - generating and disseminating evidence-based knowledge on the contribution of health literacy to the WHO European Region and global health agendas, especially achievement of the SDGs and NCD-related targets across the life-course, including reduction of inequity;
- advocate for health literacy at national level by:
 - promoting the development of national strategies and action plans on health literacy in NCDs and mental health through the life-course; or
 - including health literacy in existing health promotion strategies/plans, and relevant actions to be undertaken, especially among vulnerable groups.

HL-NCD NETWORK: ORGANIZATION, TIME FRAME OF WORK

ANNUAL WORKPLAN

The work of the HL-NCD Network will be guided by an annual workplan that is currently being shaped to meet its objectives and Regional priorities. Progress reports will be prepared and shared annually with WHO governing bodies. Advisors and observers will participate in the Network's activities to provide advice and technical support and, to promote a cross-sectoral approach, relevant actors and interested parties may also be invited to take part in discussions.

ORGANIZATION AND TASKS

The Network Secretariat coordinates the work of the HL-NCD Network, in accordance with WHO strategic documents and guidance. The HL-NCD Network was launched through an initiative of Portugal and the Russian Federation, and these countries will co-chair the Network Secretariat for the first two years of operation. For both countries, the HL-NCD Network is a powerful engine to strengthen the progress already made on NCD prevention. Following this, co-leading countries will be elected in rotation, following agreement by Member States.

In collaboration with the WHO Regional Office for Europe, the tasks of the Secretariat are to:

- facilitate and coordinate Network activities;
- be responsible for formal communication on behalf of the Network;
- distribute information about the Network, including establishing a website for the Network;
- plan and support the organization of Network meetings;
- be responsible for the preparation of progress reports.

PLANS FOR THE FUTURE

In acknowledgement of the potential and importance of health literacy as a tool to achieve the SDGs, the WHO Regional Office for Europe is currently developing a European initiative on health literacy through the life-course, including a relevant roadmap and other activities to support the implementation of health literacy. These will consider the experiences and

opportunities for strengthening health literacy, share good practice and make recommendations for strengthening health literacy (including digital literacy) in order to accelerate progress towards better health outcomes for people of all ages. The HL-NCD Network's contributions to the initiative, especially in relation to SDG target 3.4, will consist of providing experience-based information on each country's policy development, implementation and evaluation in health literacy related to NCDs.

The HL-NCD Network will also support the implementation of demonstration projects involving case studies, proof of concept and the scaling up of interventions that will be used to advance national and international health literacy practice so as to support countries in accelerating progress towards realizing their high-level commitments to prevent and control NCDs. The first European demonstration projects were launched globally under the WHO Global Coordination Mechanism on the Prevention and Control of NCDs Working Group 3.3 on health education and health literacy for NCDs (9), and are currently being developed; additional demonstration projects will also be designed and developed. The Network will share experiences of developing national demonstration projects, which could be considered for further scaling up in other programmatic areas (besides NCDs) and thus will support the broader Regional agenda on health literacy.

Furthermore, training courses in capacity-building will also be organized within the HL-NCD Network, for participants from both the health and non-health sectors, to support countries in implementing concrete health literacy projects in NCDs.

INVITATION TO PARTICIPATE IN THE HL-NCD NETWORK

The HL-NCD Network is open to all Member States of the WHO European Region and will eventually also be open to other stakeholders as observers, depending on Member State's agreement. It is desirable for two participants from each Member State to be nominated to the Network by the ministry of health, one to represent the political level and the other the technical implementation level. Participation in the Network is voluntary and without a financial commitment.

More information about participation in the HL-NCD Network is available on request from Anastasia Koylyu at koylyua@who.int.

Acknowledgements: The authors would like to express their gratitude to the representatives of Member States, temporary advisors and observers who supported the establishment of the HL-NCD Network and participated in the first HL-NCD Network meeting for taking an active part and contributing to the formation of the Network and its further development.

Sources of funding: None.

Conflicts of interest: None declared.

Disclaimer: The authors alone are responsible for the views expressed in this publication and they do not necessarily represent the decisions or policies of the World Health Organization.

REFERENCES¹

1. Noncommunicable diseases. Copenhagen: World Health Organization; 2017 (Fact sheets on sustainable development goals: health targets <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/noncommunicable-diseases>).
2. Political declaration of the third high-level meeting of the General Assembly on the prevention and control of non-communicable diseases. New York: United Nations; 2018 (A/RES/73/2; <https://www.who.int/ncds/governance/third-un-meeting/en/>).
3. Rowlands G, Russell S, O'Donnell A, Kaner E, Trezona A, Rademakers J et al. What is the evidence on existing policies and linked activities and their effectiveness for improving health literacy at national, regional and organizational levels in the WHO European Region? Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2018 (Health Evidence Network (HEN) synthesis report 57; http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/373614/Health-evidence-network-synthesis-WHO-HEN-Report-57.pdf?ua=1).
4. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Ann Intern Med.* 2011;155(2):97–107. doi: 10.7326/0003-4819-155-2-201107190-00005.
5. Visscher BB, Steunenberg B, Heijmans M, Hofstede JM, Devillé W, van der Heide I et al. Evidence on the effectiveness of health literacy interventions in the EU: a systematic review. *BMC Public Health.* 2018;18(1):1414. doi: 10.1186/s12889-018-6331-7.
6. Schools for Health in Europe [website]. Haderslev: Schools for Health in Europe Network Foundation; 2019 (<https://www.schoolsforhealth.org/>).
7. The Vienna statement on the measurement of population and organizational health literacy in Europe. Vienna: Action Network on Measuring Population and Organizational Health Literacy; 2018. (<https://dory.goeg.at/s/yo6HazJ2HBcnbZn#pdfviewer>).
8. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013–2020. Geneva: World Health Organization; 2013 (https://www.who.int/nmh/events/ncd_action_plan/en/).
9. The WHO GCM/NCD Working Group on health education and health literacy for NCDs (Working Group 3.3, 2016–2017). In: WHO Global Coordination Mechanism on the Prevention and Control of NCDs [website]. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://www.who.int/global-coordination-mechanism/working-groups/working-group-3-3/en/>). ■

¹ All references were accessed 20 August 2019.

КРАТКОЕ СООБЩЕНИЕ

Европейская сеть действий ВОЗ по развитию грамотности в вопросах здоровья в поддержку профилактики неинфекционных заболеваний и борьбы с ними

Оксана Драпкина¹, Maria da Graça Freitas², Bente Mikkelsen³, João Breda⁴, Эдуард Салахов⁵, Мария Лопатина¹, Andrea Silva da Costa², Anastasia Koylyu³, Julianne Williams⁴, Kremlin Wickramasinghe⁴, Miguel Telo de Arriaga²

¹Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр профилактической медицины» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва, Российская Федерация

²Генеральный директорат здравоохранения, Лиссабон, Португалия

³Европейское региональное бюро ВОЗ, Копенгаген, Дания

⁴Европейский офис ВОЗ по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними, Москва, Российская Федерация

⁵Министерство здравоохранения Российской Федерации, Москва, Российская Федерация

Автор, отвечающий за переписку: Мария Лопатина (адрес электронной почты: ms.lopatina@gmail.com)

АННОТАЦИЯ

Европейская сеть действий ВОЗ по развитию грамотности в вопросах здоровья в поддержку профилактики неинфекционных заболеваний и борьбы с ними (сеть ГВЗ-НИЗ) была создана в январе 2019 г. в Лиссабоне, Португалия, и в настоящее время работает под председательством двух стран: Португалии и Российской Федерации. Сеть ГВЗ-НИЗ призвана обеспечивать накопление опыта в области грамотности в вопросах

здоровья на глобальном и национальном уровнях и способствовать активизации мероприятий в этой сфере с целью достижения прогресса в профилактике и борьбе с неинфекционными заболеваниями (НИЗ) и содействия укреплению здоровья на всех этапах жизни. В данном кратком сообщении представлены цели, задачи, организационные аспекты, сроки осуществления деятельности и планы на будущее для сети ГВЗ-НИЗ.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: ГРАМОТНОСТЬ В ВОПРОСАХ ЗДОРОВЬЯ, ПРОФИЛАКТИКА НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И БОРЬБА С НИМИ, СЕТЬ ДЕЙСТВИЙ, ЕВРОПЕЙСКИЙ РЕГИОН

ИСХОДНЫЕ ДАННЫЕ

В Европейском регионе ВОЗ на пять основных групп НИЗ (диабет, сердечно-сосудистые заболевания, рак, хронические респираторные заболевания и психические расстройства) приходится 86% смертности и 77% бремени болезней (1). Несмотря на прогресс, достигнутый в ряде стран в контексте воплощения в жизнь обязательств по профилактике НИЗ и борьбе с ними, многие страны по-прежнему сталкиваются со значительными трудностями и им еще многое предстоит сделать в этой области (2). Грамотность в вопросах здоровья (ГВЗ) является стратегическим инструментом реагирования на НИЗ. В этой связи странам рекомендуется внедрение и расширение системы мер по укреплению ГВЗ (2). Несмотря на высокий уровень понимания сути концепции ГВЗ и наличие убедительных свидетельств, что низкая грамотность

в вопросах здоровья ассоциируется с неравенствами в отношении здоровья, низкими показателями здоровья и развитием НИЗ, в распоряжении государств-членов нет необходимого объема информации и методологических указаний для разработки систематических, основанных на фактических данных программ повышения ГВЗ среди населения. Сеть ГВЗ-НИЗ поставила перед собой задачу активизировать мероприятия в области развития ГВЗ в целях укрепления здоровья всего населения Региона.

Во многих государствах-членах Европейского региона ВОЗ уже начата реализация политики и программ в области повышения грамотности в вопросах здоровья. В недавно выпущенном докладе Сети фактических данных по вопросам здоровья были определены 46 существующих и/или находящихся на стадии разработки стратегий повышения

ГВЗ на международном, глобальном и местном уровнях в 19 государствах-членах в Регионе (36%) (3). При этом авторами доклада было обнаружено лишь небольшое количество сведений о мероприятиях в области ГВЗ и их эффективности в контексте условий повседневной жизни, средств массовой информации и цифровых/электронных средств повышения уровня ГВЗ, хотя эти данные могут стать доступными после публикации результатов оценки текущих проектов. Низкий показатель выявления соответствующих стратегий при осуществлении поиска по коллегиально рецензируемым материалам может свидетельствовать о недостаточной вовлеченности научного сообщества в процессы оценки политики в этой области.

По имеющимся фактическим данным, низкий уровень ГВЗ ассоциируется с более низкими показателями здоровья, такими как повышенное число госпитализаций, повышенная обращаемость за неотложной помощью, более низкий охват профилактическими услугами (например, маммографическим скринингом), более низкая способность правильно принимать лекарственные средства, более низкая способность интерпретировать информацию на этикетках и воспринимать сообщения об охране здоровья, а также более низкий статус здоровья в целом и повышенные показатели смертности среди пожилых людей (4). Проведенный в 2018 г. систематический обзор эффективности программ в области ГВЗ в Европейском союзе выявил несколько многообещающих инициатив в этой сфере, в частности программы, учитывающие потребности пациентов, работающие с функциональными интерактивными навыками, а также навыками критического мышления, и использующие доходчивые анимационные ролики (5).

ЕВРОПЕЙСКАЯ СЕТЬ ДЕЙСТВИЙ ВОЗ ПО РАЗВИТИЮ ГРАМОТНОСТИ В ВОПРОСАХ ЗДОРОВЬЯ В ПОДДЕРЖКУ ПРОФИЛАКТИКИ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И БОРЬБЫ С НИМИ

Сеть ГВЗ-НИЗ была создана с целью повышения грамотности в вопросах здоровья, достижения прогресса

в профилактике и борьбе с НИЗ и содействия укреплению здоровья на всех этапах жизни. Сеть ГВЗ-НИЗ будет обеспечивать накопление опыта в области развития грамотности в вопросах здоровья на глобальном и национальном уровнях и способствовать активизации мероприятий в этой сфере, в частности посредством реализации демонстрационных проектов в странах Европейского региона ВОЗ, нацеленных на более эффективное осуществление инициатив по профилактике НИЗ и борьбе с ними и укрепление психического здоровья на всех этапах жизни в различных контекстах. Сеть была создана в январе 2019 г. в Лиссабоне, Португалия, на Европейском семинаре по разработке, осуществлению и оценке инициатив по повышению грамотности в вопросах профилактики и борьбы с НИЗ в Регионе. В семинаре приняли участие представители 22 государств-членов с целью обмена опытом осуществления проектов по ГВЗ в сфере НИЗ; также о своем желании войти в сеть ГВЗ-НИЗ к тому времени сообщило несколько других стран. Присутствовавшие на семинаре делегаты из разных стран и международные эксперты в области грамотности в вопросах здоровья обсудили целый ряд актуальных вопросов – от разработки национальных проектов по ГВЗ до роли правительств стран и развития цифровой грамотности в вопросах здоровья.

Существуют национальные и региональные инициативы по ГВЗ в сфере НИЗ, охватывающие несколько направлений (например, питание, физическая активность, сексуальное и репродуктивное здоровье, охрана здоровья в школах) (6). Однако в отношении применяемых подходов и их реализации необходим гораздо более ощутимый прогресс. Сеть ГВЗ-НИЗ будет координировать работу с другими сетями и проектами, такими как Сеть действий по оценке грамотности в вопросах здоровья среди населения и на уровне организаций (сеть М-РОНЛ), в работе которой подчеркивается важность и ценность повышения уровня грамотности в вопросах здоровья в Европейском регионе посредством распространения высококачественных, доступных для сравнения на международном уровне данных, способствующих формированию политики с учетом фактологических данных. Задача сети М-РОНЛ – формально закрепить проведение систематических и высококачественных обследований в области ГВЗ в Европейском регионе, допускающих сравнение данных на межстрановом уровне, и оказать поддержку в сборе данных по ГВЗ на уровне организаций в качестве необходимой предпосылки для осуществления научно обоснованных мер политики и практики в области ГВЗ (7).

ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ СЕТИ ГВЗ-НИЗ

Долгосрочная цель сети ГВЗ-НИЗ – содействовать достижению Цели 3.4 в области устойчивого развития (ЦУР) и дальнейшему осуществлению действий в сфере профилактики НИЗ и борьбы с ними и в сфере укрепления здоровья на всех этапах жизни, а также распространять накопленный опыт с целью дальнейшей активизации мероприятий в области ГВЗ с учетом инициатив Европейского региона ВОЗ в сфере ГВЗ.

В соответствии с *Глобальным планом действий по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними, 2013–2020 гг. (8)*, а также другими региональными и глобальными стратегическими и техническими документами ВОЗ, сеть ставит перед собой следующие задачи в Европейском регионе ВОЗ.

- Создать сообщество специалистов-практиков в области ГВЗ из государств-членов в Регионе для профилактики НИЗ и борьбы с ними посредством:
 - обмена опытом между государствами-членами и заинтересованными сторонами в области популяризации ГВЗ как инструмента осуществления профилактики НИЗ и борьбы с ними, а также распространения передовой практики в сфере разработки, реализации, мониторинга и оценки национальных или региональных проектов повышения ГВЗ;
 - сбора и распространения эмпирически обоснованных знаний о влиянии ГВЗ на повестку дня в области здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ и на глобальном уровне, в особенности на достижение ЦУР и целевых ориентиров по НИЗ на всех этапах жизни, включая уменьшение несправедливости.
- Способствовать развитию направления ГВЗ на национальном уровне посредством:
 - содействия разработке национальных стратегий и планов действий по развитию ГВЗ в сфере борьбы с НИЗ и охраны психического здоровья на всех этапах жизни; или
 - включения ГВЗ в существующие стратегии/планы здравоохранения, а также реализации соответствующих мер, в особенности среди уязвимых групп.

СЕТЬ ГВЗ-НИЗ: ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ И ГРАФИК РАБОТЫ

ГОДОВОЙ РАБОЧИЙ ПЛАН

Работа сети ГВЗ-НИЗ будет проводиться в соответствии с годовым рабочим планом, который в настоящее время разрабатывается с учетом поставленных задач и приоритетов для Региона. Отчеты о ходе работы будут готовиться и представляться вниманию руководящих органов ВОЗ на ежегодной основе. Консультативную и техническую поддержку деятельности сети будут предоставлять советники и наблюдатели; также – в целях обеспечения межсекторального подхода – к участию в дискуссиях могут быть приглашены соответствующие специалисты и заинтересованные стороны.

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ И ЗАДАЧИ

Работу сети ГВЗ-НИЗ координирует секретариат сети, функционирующий в соответствии со стратегическими и руководящими директивами ВОЗ. Сеть ГВЗ-НИЗ была создана по инициативе Португалии и Российской Федерации, и эти две страны будут совместно председательствовать в секретариате в течение первых двух лет деятельности сети. Для обеих стран сеть ГВЗ-НИЗ является мощным инструментом дальнейшего развития уже достигнутого прогресса в сфере профилактики НИЗ. По истечении указанного периода страны-сопредседатели будут избираться по принципу ротации, после одобрения этой процедуры государствами-членами.

В сотрудничестве с Европейским региональным бюро ВОЗ секретариат будет выполнять следующие задачи:

- способствовать координации и осуществлению мероприятий сети;
- отвечать за официальную коммуникацию от имени сети;
- распространять информацию о сети, в том числе через созданный для этой цели веб-сайт;
- планировать совещания сети и оказывать поддержку в их организации и проведении;
- отвечать за подготовку отчетов о ходе работы.

ПЛАНЫ НА БУДУЩЕЕ

Признавая потенциал и важность ГВЗ как инструмента достижения ЦУР, в настоящее время Европейское региональное бюро ВОЗ работает над подготовкой Европейской инициативы по развитию грамотности в вопросах здоровья на всех этапах жизни, а также дорожной карты и других мероприятий в области ГВЗ, призванных содействовать процессу внедрения концепции грамотности в вопросах здоровья. В этих документах и инициативах будет учтен имеющийся опыт и возможности в области развития ГВЗ, представлены успешные методы работы и даны рекомендации по вопросам повышения ГВЗ (включая цифровую грамотность) с целью ускорения прогресса в улучшении показателей здоровья людей всех возрастов. Вклад сети ГВЗ-НИЗ в работу этой инициативы, особенно в контексте ЦУР 3.4, будет заключаться в предоставлении опирающейся на практический опыт информации о разработке, реализации и оценке стратегий повышения ГВЗ в сфере НИЗ в каждой стране.

Сеть ГВЗ-НИЗ будет также оказывать поддержку в реализации демонстрационных проектов, посвященных, помимо прочего, изучению примеров из практики, апробации концепции и расширению масштаба мероприятий, которые будут использоваться для развития практической деятельности в сфере ГВЗ на национальном и международном уровнях, с тем чтобы содействовать странам в ускорении темпов работы над выполнением обязательств высокого уровня по профилактике НИЗ и борьбе с ними. Реализация первых демонстрационных проектов, которые в настоящее время находятся на стадии разработки, будет начата на глобальном уровне под эгидой Рабочей группы 3.3. по просвещению и грамотности в вопросах здоровья в сфере НИЗ, действующей в рамках Глобального координационного механизма ВОЗ по профилактике НИЗ и борьбе с ними (9). Также планируются подготовка и реализация дополнительных демонстрационных проектов. Сеть будет делиться опытом разработки национальных демонстрационных проектов, которые могут быть рассмотрены в контексте дальнейшей активизации деятельности в других программных областях (помимо сферы НИЗ), что станет вкладом в осуществление более широкой повестки дня в области развития ГВЗ в Регионе.

Кроме того, в рамках сети ГВЗ-НИЗ также будут организованы учебные курсы по повышению потенциала участников, представляющих сектор здравоохранения и другие секторы, с целью оказания поддержки странам

в реализации конкретных проектов по развитию ГВЗ в сфере НИЗ.

ПРИГЛАШЕНИЕ К УЧАСТИЮ В РАБОТЕ СЕТИ ГВЗ-НИЗ

Сеть ГВЗ-НИЗ открыта к сотрудничеству со всеми государствами-членами в Европейском регионе ВОЗ. Со временем в состав сети будут также приниматься и другие заинтересованные стороны в качестве наблюдателей, в зависимости от достигнутого соглашения с государствами-членами. Желательно, чтобы министерство здравоохранения каждой из стран назначило в состав сети двоих участников, один из которых будет представлять политический уровень, а другой – уровень реализации технических программ. Участие в работе сети носит добровольный характер и не связано с финансовыми обязательствами.

Более подробную информацию об участии в сети ГВЗ-НИЗ можно получить у Anastasia Koulyu по адресу эл. почты koulyua@who.int.

Выражение признательности: авторы выражают благодарность представителям государств-членов, временным советникам и наблюдателям, оказавшим поддержку в процессе создания сети ГВЗ-НИЗ и принявшим участие в первом совещании сети ГВЗ-НИЗ, за их активное участие и вклад в процесс формирования сети и ее дальнейшее развитие.

Источники финансирования: не заявлены.

Конфликт интересов: не заявлен.

Ограничение ответственности: авторы несут самостоятельную ответственность за мнения, выраженные в данной публикации, которые необязательно представляют решения или политику Всемирной организации здравоохранения.

БИБЛИОГРАФИЯ¹

1. Неинфекционные заболевания. Информационный бюллетень о ЦУР [веб-сайт]. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2017 (<http://www.euro.who.int/ru/health-topics/noncommunicable-diseases/noncommunicable>).

¹ Все ссылки приводятся по состоянию на 25 августа 2019 г.

- diseases/fact-sheet-on-sdgs-noncommunicable-diseases-sdg-target-3.4).
2. Политическая декларация Третьего совещания высокого уровня Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций по вопросам профилактики НИЗ и борьбы с ними. Нью-Йорк: Организация Объединенных Наций; 2018 (A/RES/73/2; <https://www.who.int/ncds/governance/third-un-meeting/ru/>).
 3. Rowlands G, Russell S, O'Donnell A, Kaner E, Trezona A, Rademakers J и соавт. Обзор имеющихся фактических данных о реализуемых мерах политики и связанных с ними мероприятиях, а также об их эффективности с точки зрения повышения грамотности в вопросах здоровья на национальном, региональном и организационном уровнях в Европейском регионе ВОЗ. Сводный доклад № 57 Сети фактических данных по вопросам здоровья. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2018 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/379719/WHO-HEN-REPORT-57-Russian.pdf?ua=1).
 4. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Ann Intern Med*. 2011;155(2):97–107. doi: 10.7326/0003-4819-155-2-201107190-00005.
 5. Visscher BB, Steunenberg B, Heijmans M, Hofstede JM, Devillé W, van der Heide I et al. Evidence on the effectiveness of health literacy interventions in the EU: a systematic review. *BMC Public Health*. 2018;18(1):1414. doi: 10.1186/s12889-018-6331-7.
 6. Schools for Health in Europe [website]. Haderslev: Schools for Health in Europe Network Foundation; 2019 (<https://www.schoolsforhealth.org/>).
 7. The Vienna statement on the measurement of population and organizational health literacy in Europe. Vienna: Action Network on Measuring Population and Organizational Health Literacy; 2018. (<https://dory.goeg.at/s/yobHazJ2HBcnbZn#pdfviewer>).
 8. Глобальный план действий по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними. План действий на 2013–2020 гг. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2013 (<https://www.who.int/nmh/publications/ncd-action-plan/ru/>).
 9. The WHO GCM/NCD Working Group on health education and health literacy for NCDs (Working Group 3.3, 2016–2017). In: WHO Global Coordination Mechanism on the Prevention and Control of NCDs [website]. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://www.who.int/global-coordination-mechanism/working-groups/working-group-3-3/en/>). ■

SHORT COMMUNICATION

Brief report on the International Union for Health Promotion and Education (IUHPE) position statement on health literacy: a practical vision for a health literate world

Diane Levin-Zamir¹, Don Nutbeam², Kristine Sorensen³, Gillian Rowlands⁴, Stephan Van den Broucke⁵, Jürgen Pelikan⁶ for the International Union for Health Promotion and Education Global Working Group on Health Literacy

¹ School of Public Health, University of Haifa and Department of Health Promotion and Education, and Clalit Health Services, Israel

² Sydney School of Public Health, University of Sydney, Sydney, Australia

³ Global Health Literacy Academy, Risskov, Denmark

⁴ Institute of Health and Society, University of Newcastle, Newcastle, United Kingdom

⁵ Université catholique de Louvain, Louvain-la-Neuve, Belgium

⁶ World Health Organization Collaborating Centre for Health Promotion in Hospitals and Health Care, Institute for Public Health Austria, Vienna, Austria

Corresponding author: Diane Levin-Zamir (email: diamos@zahav.net.il)

ABSTRACT

The *IUHPE Position Statement on Health Literacy* provides an overview of the evidence and debate on health literacy. Developed by the IUHPE Global Working Group on Health Literacy (GWG-HL), it provides a basis for advocacy among stakeholders and partners in health promotion. This article aims to inform policy-makers, practitioners and researchers about the Position Statement so that they can use it to advocate for health literacy research, policy and practice. The Position Statement includes background information on the

concept and definition of health literacy, and describes its importance as a modifiable determinant of health. It calls for global action to improve health literacy in populations; offers action points in policy, practice and research; and advocates for a systems approach to health literacy underpinned by global, national, regional and local policies. This article summarizes the development process, highlights the Position Statement's main points and reports on current dissemination and implementation activities.

Keywords: HEALTH LITERACY, HEALTH ADVOCACY, HEALTH LITERACY POLICY, DIGITAL HEALTH LITERACY

INTRODUCTION

Since the late 1990s, health literacy has gained increasing attention from policy-makers, practitioners and researchers. Several countries now have national strategies and action plans to improve health literacy and some see health literacy as an important contributor to broader strategic goals, including the United Nations Sustainable Development Goals (1).

Health literacy has been defined in a multitude of ways (2). The *IUHPE Position Statement on Health Literacy: a Practical Vision for a Health Literate World* defines health literacy as “the combination of personal competencies and situational resources needed for people to access, understand, appraise and use information and services to make decisions about health. It

includes the capacity to communicate, assert and act upon these decisions”. This definition thus reflects the fact that health literacy is the balance between individual capacities and the complexity of services, organizations and systems not only within the health system but also across society. It has become clear that in order for organizations and systems to make health literacy a priority, it is important for public health systems and health-care organizations to advocate for health literacy to be included in relevant policies, health-care practice and research (3). Towards this end, the Global Working Group - Health Literacy (GWG-HL) of the IUHPE¹ accepted the challenge of developing a position statement on health literacy (4). The objective of this

¹ For more information at www.iuhpe.org/index.php/en/global-working-groups-gwgs/gwg-on-health-literacy.

short communication is to inform about the Position Statement, describe its development process, summarize the key action points mentioned and provide an update about its dissemination and implementation, while emphasizing the practical use of the document as an advocacy tool.

WHAT THE IUHPE POSITION STATEMENT ON HEALTH LITERACY SOUGHT TO ACHIEVE

The purpose of the Position Statement was to provide a resource that can be used to communicate the main messages in advocating for health literacy promotion through policy, research and practice. The Position Statement was based on three assumptions, acknowledging that (i) limited health literacy is a proven risk to the quality and outcome of health care, to improving population health and to achieving health equity (5, 6); (ii) health literacy can be improved and is a measurable outcome of health education and promotion interventions at individual (7), community, organizational and systems levels (8, 9); and (iii) health literacy is an asset that can support a wide range of health actions to improve health and well-being and to prevent and better manage ill health (10).

PROCESS AND METHODS

Development of the Position Statement was driven by the GWG-HL, which was formally established in 2010 to initiate and support action, policy and research on health literacy. In an initial phase, the GWG-HL was asked by IUHPE to particularly address the contribution of health literacy to reducing disparities in the promotion of health and well-being, to fostering sustainable development and to the pursuit of equity within and between countries in a global context (11). The members of the GWG-HL are a diverse group of experts on health literacy from all continents who share a commitment to optimize the potential of health literacy to contribute to health promotion, disease prevention and the best health-care outcomes.

Development of the Position Statement was a participatory process involving numerous consultations, with the first among the GWG-HL members. Debate and deliberations were conducted regarding format, content, scope and language. Subsequent stages included consultation with additional stakeholders within the IUHPE and beyond, including partners from the Asian Health Literacy Association (12), Health Literacy Europe (13), the International Network of Health Promoting Hospitals and Health Services (HPH) (14)

and participants of the Health Literacy Annual Research Conference (United States of America) (15). As the concept of health literacy is continuously evolving (10), a similar dynamic drove the development of the Position Statement. This formative process took place over the 2015–2018 period.

RESULTS

The results of the process were achieved through active debate and subsequent consensus building among all parties. It was ratified by the IUHPE Executive Board and subsequently released for publication in December 2018.

The Position Statement includes a detailed background section on the conceptualization of health literacy. The core elements are contained in the following seven action items. In addition, a short, summary version was produced in English, French, Spanish and will soon be published in German (11).

HEALTH LITERACY ACTION ITEMS

The IUHPE *Position Statement on Health Literacy* advocates for concrete actions to address health literacy at all levels – in policy, practice and research. These are briefly outlined as follows:

1. **Promote a systems approach to health literacy at global, international, national, local and organizational levels by ensuring the inclusion of health literacy in policies and strategies for health promotion and addressing the social determinants of health.** This section of the Position Statement acknowledges the important documents and policies initiated by WHO, among them *Health literacy. The solid facts* (16) and *The Shanghai Declaration on promoting health in the 2030 Agenda for Sustainable Development* (17). In addition, health literacy was one of the main themes of WHO's 7th Global Conference on Health Promotion, held in Nairobi, Kenya, in 2009 (18).
2. **Recognize that health literacy is content and context specific across the lifespan.** Promoting health literacy throughout the lifespan entails effective action that is age and culturally appropriate and is linked to life events, among other considerations.
3. **Acknowledge that health literacy is modifiable and responds to appropriate interventions.** Investing in improved health literacy leads to improved skills and capabilities that enable individuals, communities and organizations to engage in a range of health-enhancing actions, ranging from influencing personal behaviours to organization management (4) and social actions for

health. The results are improved health outcomes through a wide range of options and opportunities for health promotion, particularly in an increasingly digital world.

4. **Emphasize that health literacy intervention is a people/community-based process for empowerment.** Interventions for health literacy should be seen as a vehicle for citizen and community empowerment (19). Civil society can explore and develop the potential of health literacy interventions not only to enable individual change but also to strengthen collective action for health.
5. **Contribute to the growing evidence base through funding, producing and promoting research on health literacy.** Investment of resources in research on health literacy is critical, especially as new challenges emerge such as the need to explore the contribution of digital health literacy to health outcomes (20), and the contribution of organizational health literacy to the results of health-care and other services.
6. **Build capacity and share knowledge, applying an intersectoral approach, including workforce development strategies.** Health literacy should be embedded into the basic curriculum and continuing education for health and other relevant professions. Furthermore, building capacity for intersectoral action on health literacy needs to be strengthened (21).
7. **Identify and engage relevant stakeholders for collaborative health literacy action, research and policy.** Synergies and partnerships among relevant stakeholders are essential for effective action in health literacy. This means active involvement of stakeholders from health, education, the media and numerous other sectors.

DISSEMINATION OF THE POSITION STATEMENT

To date, the *IUHPE Position Statement on Health Literacy* has been presented at global and regional conferences on health literacy and health promotion in New Zealand, Norway, Taiwan and the United States. It was published in its final form in a special issue of the journal, *Global Health Promotion* (3), in December 2018. A bilingual interactive webcast (in English and French) presenting the rationale for the Position Statement in addition to the seven action points (outlined above) was conducted in March 2019, initiated by IUHPE headquarters.

IMPLEMENTATION AND CONCLUSIONS

In order to plan and promote implementation of the action points delineated in the Position Statement by IUHPE and other partnering stakeholders, a pre-conference was held by the GWG-HL in Rotorua, New Zealand, in April 2019, just prior to the 23rd World Conference on Health Education and Promotion. Recommendations were discussed and compiled in four main areas: capacity building, research, intervention and policy development.

Finally, it is important to acknowledge that the concept and understanding of health literacy is ever-changing. As a consequence, a decision was taken to consider the *IUHPE Position Statement on Health Literacy* a living document to allow for periodic updates, particularly regarding the national action plans that continue to develop throughout the world and the emerging evidence of the contribution that health literacy measurement makes to advancing knowledge pertaining to the needs of populations and the organizations that serve them.

In conclusion, the Position Statement is available and easily accessible for use (3) among policy-makers, practitioners and researchers in their advocacy efforts for promoting health literacy through sustainable action.

Acknowledgements: The authors wish to thank all members of the GWP-HL, who actively contributed to the *IUHPE Position Statement on Health Literacy*, as well as the diligent and devoted staff members of IUHPE headquarters for their professional support in producing and disseminating the document.

Sources of funding: None declared.

Conflicts of interest: None declared.

Disclaimer: The authors alone are responsible for the views expressed in this publication and they do not necessarily represent the decisions or policies of the World Health Organization.

REFERENCES²

1. Sustainable Development Goals [website]. New York: United Nations Development Programme; 2016 (<http://www.undp.org>).

² All references were accessed on 7 August 2019.

- org/content/undp/en/home/sustainable-development-goals.html).
2. Sorensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*. 2012;12(80):13. doi: 10.1186/1471-2458-12-80.
 3. IUHPE Position statement on health literacy: a practical vision for a health literate world. *Glob Health Promot*. 2018;25(4):79–88. doi:10.1177/1757975918814421.
 4. Brach C, Keller D, Hernandez LM, Baur C, Parker R, Dreyer B et al. Ten attributes of health literate health care organizations. Washington (DC): Institute of Medicine of the National Academies; 2012.
 5. Paasche-Orlow MK, Wolf MS. The causal pathways linking health literacy to health outcomes. *Am J Health Behav*. 2007;31(suppl 1):S19–26. doi: 0.5555/ajhb.2007.31.supp.S19.
 6. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Ann Intern Med*. 2011;155(2):97–107. doi: 10.7326/0003-4819-155-2-201107190-00005.
 7. Pelikan JM, Ganahl K. Measuring health literacy in general populations: primary findings from the HLS-EU Consortium's health literacy assessment effort. *Stud Health Technol Inform*. 2017;240:34–59.
 8. Edwards M, Wood F, Davies M, Edwards A. "Distributed health literacy": longitudinal qualitative analysis of the roles of health literacy mediators and social networks of people living with a long-term health condition. *Health Expect*. 2015;18(5):1180–93. doi: 10.1111/hex.12093.
 9. Trezona A, Dodson S, Osborne RH. Development of the organisational health literacy responsiveness (Org-HLR) framework in collaboration with health and social services professionals. *BMC Health Serv Res*. 2017;17(1):513. doi: 10.1186/s12913-017-2465-z.
 10. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. *Soc Sci Med*. 2008;67(12):2072–8. doi: 10.1016/j.socscimed.2008.09.050.
 11. International Union for Health Promotion and Education (IUHPE). Beating NCDs equitably - ten system requirements for health promotion and the primary prevention of NCDs [website]. Paris: IUHPE; 2018 (<https://www.iuhpe.org/index.php/en/iuhpe-at-a-glance/iuhpe-official-statements>).
 12. Asian Health Literacy Association [website]. London: Asian Health Literacy Association; 2019 (<https://www.ahla-asia.org/>).
 13. Health Literacy Europe [website]. Aarhus: Global Health Literacy Academy; 2019 (<https://www.healthliteracyeurope.net>).
 14. HPH International Network of Health Promoting Hospitals and Health Services [website]. Frederiksberg: International HPH Network; 2019 (<https://www.hphnet.org>).
 15. Health Literacy Annual Research Conference [website]. Boston (MA): Boston University Medical Campus; 2019 (<http://www.bumc.bu.edu/healthliteracyconference>).
 16. Kickbusch I, Pelikan JM, Apfel F, Tsouros A. editors. Health literacy. The solid facts. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf).
 17. Shanghai Declaration on promoting health in the 2030 Agenda for Sustainable Development. Geneva: WHO; 2016 (<http://www.who.int/entity/healthpromotion/conferences/9gchp/shanghai-declaration.pdf>).
 18. Track 2: Health literacy and health behaviour. 7th Global Conference on Health Promotion: track themes. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/track2/en>).
 19. Roediger A, Immonen-Charalambous K, Kujawa M, Sørensen K. Nothing about me without me: why an EU health literacy strategy embracing the role of citizens and patients is needed. *Arch Public Health*. 2019;77(1):17. doi: 10.1186/s13690-019-0342-4.
 20. Levin-Zamir D, Bertschi I. Media health literacy, eHealth literacy, and the role of the social environment in context. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(8):E1643. doi: 10.3390/ijerph15081643.
 21. Van Den Broucke S. Capacity building for health literacy. *Eur J Public Health*. 2018;28(suppl 4): 213–649. doi: 10.1093/eurpub/cky213.649. ■

КРАТКОЕ СООБЩЕНИЕ

Краткий отчет по заявлению с изложением позиции Международного союза медико-санитарного просвещения и укрепления здоровья (IUNPE) в области грамотности в вопросах здоровья: практическое видение мира, грамотного в вопросах здоровья

Diane Levin-Zamir¹, Don Nutbeam², Kristine Sorensen³, Gillian Rowlands⁴, Stephan Van den Broucke⁵, Jürgen Pelikan⁶ для Глобальной рабочей группы по проблеме грамотности в вопросах здоровья Международного союза медико-санитарного просвещения и укрепления здоровья

¹ Школа общественного здоровья, Хайфский университет и Департамент просвещения и укрепления здоровья Больничная касса «Клалит», Израиль

² Сиднейская школа общественного здоровья, Сиднейский университет, Австралия

³ Глобальная академия грамотности в вопросах здоровья, Рисков, Дания

⁴ Институт «Здоровье и общество», Ньюкаслский университет, Ньюкасл, Соединенное Королевство

⁵ Католический университет Лувена, Лувен-ла-Нев, Бельгия

⁶ Сотрудничающий центр ВОЗ по укреплению здоровья в больницах и медицинской помощи, Австрийский институт общественного здоровья, Вена, Австрия

Автор, отвечающий за переписку: Diane Levin-Zamir (адрес электронной почты: diamos@zahav.net.il)

АННОТАЦИЯ

Заявление с изложением позиции IUNPE в области грамотности в вопросах здоровья представляет собой обзор фактических данных и дискуссий в сфере грамотности в вопросах здоровья. Этот документ, разработанный Глобальной рабочей группой IUNPE по проблеме грамотности в вопросах здоровья, представляет собой основу для информационно-просветительской деятельности среди заинтересованных сторон и партнеров в области охраны здоровья. Данная статья предназначена для разработчиков политики, специалистов-практиков и исследователей в качестве инструмента для продвижения исследований, мер политики и практики в области грамотности в вопросах здоровья. В Заявлении с изложением позиции представлена справочная информация о концепции и определении грамотности

в вопросах здоровья и приводятся аргументы о ее важной роли в качестве поддающейся влиянию детерминанты здоровья. В нем содержится призыв к действиям по повышению грамотности в вопросах здоровья среди населения, предлагаются конкретные направления деятельности в областях политики, практических мер и исследований и продвигается системный подход к укреплению грамотности в вопросах здоровья, подкрепленный глобальными, национальными, региональными и местными мерами политики. В данной статье кратко описан процесс подготовки Заявления с изложением позиции, приведены основные положения Заявления и представлены результаты текущих мероприятий по его распространению и выполнению.

Ключевые слова: ГРАМОТНОСТЬ В ВОПРОСАХ ЗДОРОВЬЯ, ИНФОРМАЦИОННО-ПРОСВЕТИТЕЛЬСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ В ОБЛАСТИ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ, ПОЛИТИКА В ОБЛАСТИ ГРАМОТНОСТИ В ВОПРОСАХ ЗДОРОВЬЯ, ЦИФРОВАЯ ГРАМОТНОСТЬ В ВОПРОСАХ ЗДОРОВЬЯ

ВВЕДЕНИЕ

С конца 1990-х гг. проблема грамотности в вопросах здоровья все чаще оказывалась в центре внимания разработчиков политики, специалистов-практиков и исследователей. В ряде стран уже приняты национальные стратегии и планы действий по укреплению грамотности в вопросах здоровья, а некоторые государства признают ее важную роль в достижении более широких стратегических целей, включая Цели ООН в области устойчивого развития (1).

Существует множество определений понятия «грамотность в вопросах здоровья» (2). В Заявлении с изложением позиции IUNPE в области грамотности в вопросах здоровья: *практическое видение мира, грамотного в вопросах здоровья* грамотность в вопросах здоровья определяется как «комбинация личных компетенций и ситуационных ресурсов, необходимых людям для получения, понимания, оценки и применения информации и услуг для принятия решений в отношении здоровья. Сюда входит также способность доносить, отстаивать и приводить в исполнение эти решения». Таким образом, это определение отражает тот факт, что грамотность в вопросах здоровья находится на стыке личных способностей и сложного комплекса услуг, организаций и систем не только в рамках здравоохранения, но и в обществе в целом. Становится очевидным, что для того, чтобы организации и системы могли придать приоритетное значение грамотности в вопросах здоровья, системы общественного здравоохранения и медицинские организации должны способствовать включению грамотности в вопросах здоровья в соответствующие меры политики, медицинскую практику и исследования (3). С этой целью Глобальная рабочая группа по проблеме грамотности в вопросах здоровья (ГРГ-ГВЗ) Международного союза медико-санитарного просвещения и укрепления здоровья (IUNPE)¹ взяла на себя задачу подготовить Заявление с изложением позиции в области грамотности в вопросах здоровья (4). Цель этого краткого сообщения – описать процесс разработки Заявления с изложением позиции, обобщить основные положения Заявления и представить результаты текущих мероприятий по его распространению и выполнению – с акцентом на практической пользе данного документа в качестве инструмента информационно-просветительской деятельности.

КАКОВЫ ЦЕЛИ ЗАЯВЛЕНИЯ С ИЗЛОЖЕНИЕМ ПОЗИЦИИ В ОБЛАСТИ ГРАМОТНОСТИ В ВОПРОСАХ ЗДОРОВЬЯ

Цель Заявления с изложением позиции – послужить ресурсом для распространения основных посылов в контексте повышения грамотности в вопросах здоровья с помощью мер политики, исследований и практики. Заявление основывалось на трех утверждениях: (i) низкая грамотность в вопросах здоровья ассоциирует с доказанным риском ухудшения качества и исходов медицинского обслуживания и риском для укрепления здоровья населения и обеспечения справедливости в отношении здоровья (5, 6); (ii) грамотность в вопросах здоровья может быть улучшена и является измеримым итогом мероприятий в области медико-санитарного просвещения и укрепления здоровья на индивидуальном (7), общественном, организационном и системном уровнях (8, 9); (iii) грамотность в вопросах здоровья является ценным ресурсом, с помощью которого можно обеспечить поддержку широкого круга действий, нацеленных на повышение уровня здоровья и благополучия и предупреждение и ведение болезней (10).

ПРОЦЕСС И МЕТОДЫ

Процесс разработки Заявления с изложением позиции проходил под руководством ГРГ-ГВЗ, созданной в 2010 г. для инициации и поддержки действий, политики и исследований в области грамотности в вопросах здоровья. На первом этапе задача ГРГ-ГВЗ, по поручению IUNPE, заключалась, в частности, в оценке влияния грамотности в вопросах здоровья на сокращение неравенств в области укрепления здоровья и благополучия, на стимулирование устойчивого развития и на достижение справедливости внутри стран и между странами в глобальном контексте (11). ГРГ-ГВЗ представляет собой обширную группу экспертов по грамотности в вопросах здоровья со всех континентов, стремящихся оптимизировать потенциал грамотности в вопросах здоровья в целях содействия укреплению здоровья, профилактике болезней и достижению максимально высоких результатов предоставления медицинской помощи.

Процесс подготовки Заявления с изложением позиции предусматривал организацию многочисленных консультаций с привлечением широкого круга заинтересованных сторон; первая такая консультация была проведена среди членов ГРГ-ГВЗ. В ходе совещаний и дискуссий были согласованы формат документа, его содержание, сферы охвата,

¹ Дополнительная информация о ГРГ-ГВЗ: www.iuhpe.org/index.php/en/global-working-groups-gwgs/gwg-on-health-literacy.

а также его язык и формулировки. Далее состоялись консультации с другими заинтересованными сторонами в составе IUNPE и за его пределами, включая партнеров из Азиатской ассоциации грамотности в вопросах здоровья (12), Ассоциации ГВЗ-Европа (13), Международной сети «Больницы и службы здравоохранения, содействующие укреплению здоровья» (14), а также участников Ежегодной научной конференции по проблеме грамотности в вопросах здоровья (Соединенные Штаты Америки) (15). Поскольку концепция грамотности в вопросах здоровья постоянно развивается (10), сходная динамика лежала и в основе подготовки Заявления с изложением позиции. Этот формативный процесс происходил в период 2015–2018 гг.

РЕЗУЛЬТАТЫ

На основе активных дискуссий и последующей работы по формированию консенсуса между всеми участниками были достигнуты конкретные результаты вышеописанного процесса. Документ был ратифицирован Исполнительным комитетом IUNPE и подготовлен к публикации в декабре 2018 г.

В Заявлении с изложением позиции есть раздел с подробной информацией о развитии концепции грамотности в вопросах здоровья. Основные элементы Заявления представлены в приведенных ниже семи пунктах с описанием конкретных направлений деятельности по развитию грамотности в вопросах здоровья. Сокращенная версия документа с обзором основных положений была опубликована на английском, французском и испанском языках, а также будет вскоре опубликована на немецком языке (11).

НАПРАВЛЕНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В ОБЛАСТИ ГРАМОТНОСТИ В ВОПРОСАХ ЗДОРОВЬЯ

Заявление IUNPE с изложением позиции в области грамотности в вопросах здоровья создавалось с целью сформулировать конкретные действия в области укрепления грамотности в вопросах здоровья на всех уровнях – стратегическом, практическом и научном. Ниже представлен краткий обзор этих направлений деятельности.

1. Продвигать системный подход к грамотности в вопросах здоровья на глобальном, международном, национальном, местном и организационном уровнях через содействие интеграции грамотности в вопросах здоровья в политику и стратегии в об-

ласти укрепления здоровья и работу с социальными детерминантами здоровья. Этот раздел Заявления с изложением позиции учитывает важные документы и меры политики, инициированные ВОЗ, такие как *Санитарная грамотность. Убедительные факты* (16) и *Шанхайская декларация по укреплению здоровья в рамках Повестки дня в области устойчивого развития на период до 2030 г.* (17). Помимо этого, грамотность в вопросах здоровья была одной из основных тем Седьмой глобальной конференции ВОЗ по укреплению здоровья, состоявшейся в Найроби (Кения) в 2009 г. (18).

2. Признать, что грамотность в вопросах здоровья обусловлена содержанием и контекстом на разных этапах жизни. Развитие грамотности в вопросах здоровья на протяжении всей жизни требует эффективных действий, учитывающих, помимо прочего, возрастную специфику и культурные особенности и привязанных к важным для жизни событиям.
3. Признать, что грамотность в вопросах здоровья поддается влиянию и ее уровень может быть повышен с помощью соответствующих мер. Вложения в меры, нацеленные на повышение грамотности в вопросах здоровья, способствуют укреплению навыков и способностей, которые могут стать базой для включения людей, сообществ и организаций в различные мероприятия по укреплению здоровья, от изменения личного поведения до организационного управления (4) и социальных инициатив в поддержку здоровья. Их следствием является повышение показателей здоровья посредством применения и использования широкого спектра возможностей и вариантов мер охраны здоровья, актуальных для современного мира, все больше ориентирующегося на цифровые технологии.
4. Особо подчеркивать, что повышение грамотности в вопросах здоровья представляет собой ориентированный на людей/сообщества процесс, нацеленный на расширение их прав и возможностей. Меры по развитию грамотности в вопросах здоровья должны рассматриваться в качестве движущей силы для расширения прав и возможностей граждан и сообществ (19). Усилия гражданского общества по исследованию и развитию потенциала для реализации мероприятий в сфере грамотности в вопросах здоровья могут способствовать не только индивидуальным изменениям, но и активизации коллективных действий в интересах здоровья.
5. Пополнять растущую базу фактических данных через финансирование, организацию и продвиже-

ние исследований в области грамотности в вопросах здоровья. Вложение ресурсов в исследования в сфере грамотности в вопросах здоровья является важнейшим компонентом процесса, особенно с появлением новых актуальных задач, таких как изучение воздействия цифровой грамотности в вопросах здоровья на показатели здоровья (20), а также вклада грамотности в вопросах здоровья на уровне организаций в результаты предоставления медицинской помощи и других услуг.

6. Укреплять потенциал и обмен знаниями на основе межсекторального подхода, включая стратегии развития кадровых ресурсов. Процессы повышения грамотности в вопросах здоровья должны стать частью программ базового и непрерывного образования работников здравоохранения и представителей других соответствующих профессий. Помимо этого, необходимо активизировать усилия по укреплению потенциала в области межсекторального взаимодействия в сфере грамотности в вопросах здоровья (21).
7. Находить и привлекать соответствующие заинтересованные стороны в совместную работу, исследования и формирование политики в сфере грамотности в вопросах здоровья. Для эффективной работы в области грамотности в вопросах здоровья необходимы усилия по налаживанию синергических связей и партнерств среди заинтересованных сторон. Это означает активное участие в соответствующих процессах представителей здравоохранения, образования, СМИ и других секторов.

РАСПРОСТРАНЕНИЕ ЗАЯВЛЕНИЯ С ИЗЛОЖЕНИЕМ ПОЗИЦИИ

К настоящему моменту *Заявление IUNPE с изложением позиции в области грамотности в вопросах здоровья* было представлено на глобальных и региональных конференциях по грамотности в вопросах здоровья и укреплению здоровья, проведенных в Норвегии, Новой Зеландии, Тайване и в США. В декабре 2018 г. заключительная версия документа была опубликована в специальном выпуске журнала *Global Health Promotion* (3). В марте 2019 г. штаб-квартира IUNPE инициировала проведение двукратной интерактивной веб-трансляции (на английском и французском языках), в ходе которой было представлено обоснование создания Заявления, а также названы его семь направлений деятельности (изложенные выше).

ВЫПОЛНЕНИЕ И ВЫВОДЫ

В целях планирования и содействия осуществлению положений, сформулированных в Заявлении с изложением позиции IUNPE и другими партнерами, в апреле 2019 г., незадолго до начала 23-й Всемирной конференции по медико-санитарному просвещению и укреплению здоровья, ГРГ-ГВЗ провела предварительную конференцию в Роторуа (Новая Зеландия). Участники мероприятия обсудили и представили рекомендации по четырем основным направлениям: укрепление потенциала, исследования, меры реагирования и формирование политики.

И наконец, важно помнить о том, что концепция грамотности в вопросах здоровья постоянно развивается, меняется ее понимание, поэтому было принято решение считать *Заявление IUNPE с изложением позиции в области грамотности в вопросах здоровья* «живым документом», который может периодически обновляться, особенно в том, что касается национальных планов действий, которые в настоящее время разрабатываются по всему миру, а также новых данных о вкладе измерения показателей грамотности в вопросах здоровья в углубление понимания потребностей групп населения и организаций, предоставляющих им услуги.

Заявление с изложением позиции находится в открытом доступе (3) и может применяться разработчиками политики, специалистами-практиками и исследователями в качестве инструмента для устойчивых мер по продвижению грамотности в вопросах здоровья.

Выражение признательности: авторы хотели бы поблагодарить всех членов ГРГ-ГВЗ, которые внесли активный вклад в подготовку *Заявления с изложением позиции IUNPE в области грамотности в вопросах здоровья*, а также сотрудников головного офиса IUNPE за профессионализм и огромную помощь в разработке и распространении данного документа.

Источники финансирования: не заявлены.

Конфликт интересов: не заявлен.

Ограничение ответственности: авторы несут самостоятельную ответственность за мнения, выраженные в данной публикации, которые необязательно представляют решения или политику Всемирной организации здравоохранения

БИБЛИОГРАФИЯ²

1. Sustainable Development Goals [website]. New York: United Nations Development Programme; 2016 (<http://www.undp.org/content/undp/en/home/sustainable-development-goals.html>).
2. Sorensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*. 2012;12(80):13. doi: 10.1186/1471-2458-12-80.
3. IUHPE Position statement on health literacy: a practical vision for a health literate world. *Glob Health Promot*. 2018;25(4):79–88. doi: 10.1177/1757975918814421.
4. Brach C, Keller D, Hernandez LM, Baur C, Parker R, Dreyer B et al. Ten attributes of health literate health care organizations. Washington (DC): Institute of Medicine of the National Academies; 2012. doi: 10.31478/201206a.
5. Paasche-Orlow MK, Wolf MS. The causal pathways linking health literacy to health outcomes. *Am J Health Behav*. 2007;31(suppl 1):S19–26. doi: 0.5555/ajhb.2007.31.supp.S19.
6. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Ann Intern Med*. 2011;155(2):97–107. doi: 10.7326/0003-4819-155-2-201107190-00005.
7. Pelikan JM, Ganahl K. Measuring health literacy in general populations: primary findings from the HLS_EU Consortium's health literacy assessment effort. *Stud Health Technol Inform*. 2017;240:34–59 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28972508>).
8. Edwards M, Wood F, Davies M, Edwards A. "Distributed health literacy": longitudinal qualitative analysis of the roles of health literacy mediators and social networks of people living with a long-term health condition. *Health Expect*. 2015;18(5):1180–93. doi: 10.1111/hex.12093.
9. Trezona A, Dodson S, Osborne RH. Development of the organisational health literacy responsiveness (Org-HLR) framework in collaboration with health and social services professionals. *BMC Health Serv Res*. 2017; 17(1):513. doi: 10.1186/s12913-017-2465-z.
10. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. *Soc Sci Med*. 2008;67(12):2072–8. doi: 10.1016/j.socscimed.2008.09.050.
11. International Union for Health Promotion and Education (IUHPE). Beating NCDs equitably - ten system requirements for health promotion and the primary prevention of NCDs [website]. Paris: IUHPE; 2018 (<https://www.iuhpe.org/index.php/en/iuhpe-at-a-glance/iuhpe-official-statements>).
12. Asian Health Literacy Association [website]. London: Asian Health Literacy Association; 2019 (<https://www.ahla-asia.org>).
13. Health Literacy Europe [website]. Aarhus, Denmark: Global Health Literacy Academy; 2019 (<https://www.healthliteracyeurope.net>).
14. HPH International Network of Health Promoting Hospitals and Health Services [website]. Frederiksberg, Denmark: International HPH Network; 2019 (<https://www.hphnet.org>).
15. Health Literacy Annual Research Conference [website]. Boston (MA): Boston University Medical Campus; 2019 (<http://www.bumc.bu.edu/healthliteracyconference>).
16. Kickbusch I, Pelikan JM, Apfel F, Tsouros A. Санитарная грамотность. Убедительные факты. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2013 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/277124>).
17. Всемирная организация здравоохранения. Шанхайская декларация по укреплению здоровья в рамках Повестки дня в области устойчивого развития на период до 2030 г.; 2016 (<https://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/shanghai-declaration/ru/>).
18. Track 2: Health literacy and health behaviour. 7th Global Conference on Health Promotion: track themes Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/track2/en/>).
19. Roediger A, Immonen-Charalambous K, Kujawa M, Sørensen K. Nothing about me without me: why an EU health literacy strategy embracing the role of citizens and patients is needed. *Arch Public Health*. 2019;77(1):17. doi: 10.1186/s13690-019-0342-4.
20. Levin-Zamir D, Bertschi I. Media health literacy, eHealth literacy, and the role of the social environment in context. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(8):E1643. doi: 10.3390/ijerph15081643.
21. Van Den Broucke S. Capacity building for health literacy. *Eur J Public Health*. 2018;28(suppl 4): 213–649. doi: 10.1093/eurpub/cky213.649. ■

² Все ссылки приводятся по состоянию на 25 августа 2019 г.

REPORT

National information and communication campaign to promote a healthy lifestyle: the Russian experience

Oxana Drapkina¹, Anna Kontsevaya¹, Maria Lopatina¹, Marina Popovich¹, Oleg Salagay²

¹The National Medical Research Centre for Preventive Medicine, a Federal State Institution of the Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, the Russian Federation

²Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, the Russian Federation

Corresponding author: Maria Lopatina (email: ms.lopatina@gmail.com)

ABSTRACT

One of the leading factors behind the high incidence of noncommunicable diseases is the prevalence of preventable risk factors associated with an unhealthy lifestyle – smoking, poor nutrition, low physical activity and alcohol abuse. Promoting a healthy lifestyle with the aim of preventing and controlling noncommunicable diseases is one of the most important intersectoral area in focus in the Russian Federation.

In 2018 the Russian Federation approved the federal project "Public Health Promotion", which involves a range of legislative, informational and awareness-raising measures aimed at tackling the main behavioural risk factors.

This present report describes the experience of the Russian Federation in developing and implementing the national information and communication campaign promoting the development of a healthy lifestyle among the population as a way of improving health literacy.

Despite the scale and widespread use of evidence-based approaches in the development of the campaign, which segmented into target audience, communication channels and key messages, the introduction of a system to evaluate and monitor the effectiveness of the measures taken in improving public knowledge about health issues is required. A pilot study to measure the health literacy of the Russian population has been planned for late 2019.

Keywords: INFORMATION AND COMMUNICATION CAMPAIGN, HEALTHY LIFESTYLE, HEALTH LITERACY, RUSSIAN FEDERATION

INTRODUCTION

The four main types of noncommunicable diseases (cardiovascular disease, cancer, chronic respiratory diseases and diabetes) are the leading causes of temporary incapacity for work, disability and mortality globally and have a pronounced negative impact on the socioeconomic situation of a country. According to official data, major noncommunicable diseases accounted for 68.5% of all deaths in the Russian Federation in 2016, which is extremely high even given the progress made in bringing this number down (1).

According to the population study Epidemiology of Cardiovascular Diseases in Different Regions of Russia (ESSE-RF) (2), a significant prevalence of risk factors for noncommunicable diseases is noted in the Russian population (3). For instance, 23.5% of the population are smokers (40.0% of men and 12.8% of women); 73.2% of the population drink alcohol in moderate amounts, while

3.8% drink excessively (6.3% among men and 2.2% among women). As for nutrition, 41.9% of the population consume inadequate amounts of fresh fruit and vegetables, and 49.9% consume excessive amounts of salt. A total of 38.8% of the population confirmed insufficient physical activity, with this number higher among women than men (40.8%, compared to 36.1%). The highest figures for this indicator were found among young people and the middle-aged (4).

According to the WHO, a healthy lifestyle is a lifestyle that lowers the risk of being seriously ill or dying early. Among the components that make up a healthy lifestyle, WHO highlights the absence of behavioural risk factors such as smoking, a insufficient physical activity and a poor diet, as well as excessive alcohol consumption (5).

In 2018 the Russian Federation approved its priority federal project entitled "Public Health Promotion" [Укрепление общественного здоровья] (6), which involves a range of

legislative, informational and communication measures aimed at tackling the main behavioural risk factors.

The information and communication campaign also included the subject of responsible attitude to reproductive health. According to WHO's definition, reproductive health "is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity, in all matters relating to the reproductive system and to its functions and processes" (7). Lifestyle factors that adversely affect the reproductive health of both men and women include smoking, alcohol consumption, low physical activity, poor eating habits, stress, early sexual activity, diseases of the genitourinary system and sexually transmitted infections (8, 9).

In the Russian Federation, the proportion of women who smoke and drink alcohol during pregnancy is 12% and 11%, respectively (10). Up to 42% of women engage in sexual activity before the age of 18, and 41% of these do not use any kind of contraceptive (8). Eliminating factors that adversely affect the reproductive system can address the problem of irresponsible attitude to reproductive health. Increasing the population's awareness and level of health literacy regarding reproductive health issues will pave the way for the sensible use of contraceptives, preventing unwanted pregnancies and infections (8, 9).

As part of the implementation of this federal project, the Ministry of Health of the Russian Federation and the National Medical Research Centre for Preventive Medicine, a Federal State Institution of the Ministry of Health of the Russian Federation, have jointly developed the concept of an information and communication campaign for the promotion of a healthy lifestyle, as well as materials for its implementation.

The purpose of this publication is to present the experience of the Russian Federation in developing and implementing this campaign and the approaches taken to achieve this goal. This experience may be of interest to health professionals and public health experts who are involved in the development of information and communication campaigns at the national level.

DESCRIPTION AND IMPLEMENTATION APPROACHES OF THE INFORMATION AND COMMUNICATION CAMPAIGN

The concept for the campaign focused on four target areas: reducing alcohol consumption, reducing tobacco consumption, developing responsible eating habits, and developing a responsible attitude towards reproductive health. Target groups were selected for each area of the campaign. A description of these groups is provided in Table 1.

A variety of criteria were taken into account when segmenting the population into target groups. The selected criteria reflected the main sociodemographic characteristics as determined by an expert survey in consultation with psychologists and social services. Segmenting the total sample into target groups made it possible to determine whether a given problem is relevant for the person in question, how that person feels about the problem, what its consequences are, what the person's priorities are, what the main channel of information for the respective group should be and how the people within each group talk on a daily basis. The result was a segmentation tree of potential target groups, with a total of 320 participants for each campaign area. Key messages were formulated on the basis of the needs, and the consequences of unhealthy lifestyle, for each target group.

The first stage of the segmentation process involved assessing the target audience according to risk exposure level. Identifying risk factors allowed the relevance of the key messages to be delivered to the target audience to be taken into account, without having to explore the depth of this risk. The second stage involved splitting the target groups by gender, which made it possible to define the key messages for each target group more accurately, as men and women often have different priorities, motivations, attitudes towards their health and approaches to solving problems. The third stage of the process was age-based. The expert survey concluded that the 40-plus age group would not be a priority, as people of this age can be more rigid in their thinking, with strong beliefs and stereotypical behaviour, despite the fact that this demographic makes up 48.5% of the population. The younger demographic is a more promising target, as young people have the opportunity to significantly extend their lives, and thus their economic activity. The fourth stage of segmentation the population

TABLE 1. TARGET GROUPS AS PART OF THE INFORMATION AND COMMUNICATION CAMPAIGN TO PROMOTE A HEALTHY LIFESTYLE

Campaign Area	Target Group	Description
Reduce tobacco consumption and other forms of nicotine intake	People who have recently started smoking and have not yet developed a nicotine addiction (12–18 and 19–35 years old)	This target group sees smoking as a means of self-validation (seeming or appearing older), a way to reduce stress and relax, and a way to spend time with friends.
	People who demonstrate signs of ill health and severe nicotine addiction (19–35 and 36–50 years old)	People who are aware that they are addicted to nicotine or who have already felt the health consequences of their tobacco consumption. It is important to convey information to this target group on effective ways to quit smoking, and that they have nothing to lose in quitting.
Reducing alcohol consumption	12–18 years old	Teenagers might consume alcohol as a means of building their image among their peers and out of fear of losing their standing in their social group. The consequences of drinking alcohol (particularly at this age) can be catastrophic.
	19–35 years old	Special occasions are a traditional pretext for drinking alcohol, where people often feel obliged to join in. What is more, many people believe that alcohol helps them relax, which leads them to drink more frequently and, as a result, to alcoholism.
	36–50 years old	A reduced desire to use alcohol as a way to relax, but with a significantly stronger pretext for drinking on special occasions and to avoid boredom. This is most problematic group, as many people who belong to this group find it almost impossible to stop drinking alcohol.
Responsible eating habits	12–35 years old	Young people are the biggest consumers of fast food, carbonated drinks and unhealthy snacks. This group typically suffers from skin conditions, dental problems and obesity. At the same time, this group does not equate poor nutrition with appearance.
	36 years old and above	Older people consume too much salt, sugar and fats. This target group, although primarily men, often experience cardiovascular disease, obesity and reproductive health problems. Moreover, this group does not always see the connection between health problems and eating habits.
Responsible attitude towards reproductive health	18–25 years old	Living by certain ethical principles such as loyalty to one partner and the desire to have a family can prevent reproductive health issues in the future.
	26–40 years old	Many believe that having a family is an obstacle in personality development, but that it is in fact a necessity for self-realization in both men and women, with children an integral part of the family.

into target groups allowed the audience to be further divided according to their main channels of receiving information. Identifying these communication channels makes it possible to place information precisely where the target audience will see it, and to deliver that information in a language they speak.

This tailoring of the communication channel for information delivery was used for all areas of the campaign. It is important to note that the preferred channel for delivering information to younger people is via social networks and news sites; however, due to the specifics of internet coverage in each Russian region, as well as income factors, information was delivered by means of television. Another way of delivering information to people

in the 30+ age group is via radio, especially if that person has their own car.

This proposed method of segmenting the population into target groups allowed the identification of 80 such groups. A priority channel for communicating information was identified for each group and the target groups were then combined into several large groups according to their main channels of receiving information.

The key message was formulated for each target group on the basis of their health needs and consequences described above. The channel for delivering information determined the

wording used in these messages. The key message combined all communication channels into a single information space. Recognizable visual symbols (a modern typography and logo) and archetypal images (a smoker, an alcoholic, family and children, a person who does not care about what they eat) were used.

EXPERIENCE AND EFFECTIVENESS OF PREVIOUS RUSSIAN AND FOREIGN INFORMATION AND COMMUNICATION CAMPAIGNS

Over the past few decades, media campaigns have been used to influence population health behaviours. These campaigns have primarily been aimed at reducing tobacco use and preventing cardiovascular diseases, as well as at reducing alcohol consumption and tackling numerous other health issues (11). These campaigns typically involve the placement of messages in various media that reach a wide audience – usually through television or radio advertisements, but also in outdoor media such as billboards and posters, and in print media such as magazines and newspapers. As a rule, these messages have a passive impact, which is a side-effect of routinely using the media (11, 12).

A number of population-based studies note a decrease in the prevalence of risk factors for noncommunicable diseases when media campaigns are combined with other approaches, such as tobacco control measures, increasing excise taxes on tobacco products and banning smoking in public places (11). Based on international experience and multiple information campaigns to increase health literacy (13–17), it is possible to develop policies that target behavioural change. These campaigns are typically aimed at specific illnesses, conditions or concrete population groups (14–16), or at the environment in which people live, study and work (17).

Global experience proves the effectiveness of population-based awareness-raising campaigns as a way of changing or correcting people's behaviour regarding their health, provided that the messages delivered by these campaigns are delivered regularly and repeatedly, aimed at the target audience and focused on changing the behaviour of a certain population (18).

WHO has developed a list of effective measures that are recommended for addressing the problem of noncommunicable diseases in accordance with the *Global Action Plan for the Prevention and Control of NCDs 2013–2020* (19). A list of options is presented for each of the four key risk factors for noncommunicable diseases (tobacco, harmful use of alcohol, unhealthy diet and physical inactivity), with evidence-based mass-media campaigns being included as a main, or an additional, measure.

For the past 10 years the Russian Federation has, under the guidance of the Ministry of Health, conducted a number of federal information campaigns to promote a healthy lifestyle and eliminate habits that are bad for human health: “Healthy Russia” [Здоровая Россия], “Let's Change!” [Давайте меняться] and “Let's Make a Conscious Change!” [Давайте меняться сознательно]. In conjunction with regulatory measures such as restricting the size and number of smoking areas and introducing restrictions on the sale of alcohol, as well as the work being carried out by medical professionals on the ground, these initiatives have led to a noticeable positive trend in the public perception of a healthy lifestyle and people's attitudes towards risk factors (20).

According to the Russian Public Opinion Research Center (VCIOM), since 2008, 6–13% of the population started exercising on a regular or frequent basis; the number of people who watch what they eat has increased by 3–8%; and up to 10% of respondents have quit smoking or smoke less than they did before (21). Experts at the public opinion foundation “ФОМ Media” also confirm a reduction in alcohol consumption, and the degree to which state information campaigns have penetrated public consciousness is demonstrated by the fact that “Ministry of Health warns” [Минздрав предупреждает] has now become a catchphrase in the country (22).

Key messages from previous information campaigns consistently note the importance of health in the absolute sense of the word. For example, “Being healthy means being happy /making others happy/ being cool.” In order to maintain this continuity while at the same time somewhat revising the position of the Ministry of Health of the Russian Federation, a similar message was formulated that included a comparative adjective: “The Ministry of Health affirms - you are stronger” [Минздрав утверждает: ты сильнее].

DESCRIPTION OF THE INFORMATION AND COMMUNICATION CAMPAIGN

The phrase “You are stronger” became the main slogan of the campaign. It was used to create individual sketches of situations that are familiar to every member of the target group. The main character, a successful representative of the reference group, is faced with the choice of continuing with a dangerous habit, making an impulse decision, or taking conscious action to improve his or her own health moving forward. The accessibility of the slogan made it possible to launch viral campaigns on social networks with the hashtag #тысильнее (meaning “you are stronger”).

The slogan, which focuses on more specific goals, is adaptive and can be used for a significantly longer period of time than any previously developed versions. What is more, it is applicable to all the main areas of work: tobacco, harmful use of alcohol, unhealthy diet and physical inactivity. The slogan fits neatly into the modern informational context, attracting the attention of all target audiences and all target groups. We should stress here that, despite its use of an informal Russian second person pronoun, the slogan is also aimed at older generations – people aged between 40 and 55 who live in the Russian Federation’s major cities and are actively involved in sports, taking part not only in traditional forms of exercise, but also in fitness, yoga, Pilates, etc.

In order to communicate the message effectively, it is necessary to show people where they are succeeding to give them motivation to keep going. It is important to focus on the positive changes that have already taken place and that may take place in the future, to stress that leading a healthy lifestyle is the personal success of every individual and to give it even greater value. It is important to go beyond talk about giving up bad habits and show what is to be gained from making the choice to lead a healthy lifestyle. Part of implementing the priority project in target areas of the information and communication campaign “You are stronger” involved the creation of advertising and information materials: 34 radio segments; 20 television segments; 12 internet videos; 16 design layouts for outdoor media; 14 design layouts for advertisements on public transport; 84 web banners; 15 layouts for contextual advertising; and 40 design layouts for promotional merchandise. The campaign also included the development of 27 original TV programmes and interviews with leading experts from the Ministry of Health of the Russian Federation on various aspects of leading a healthy lifestyle, totalling 297 minutes and to be broadcast a total of 80 times across seven federal television channels. Some 25 dynamic advertisements

were also developed and placed on these federal television channels, appearing a total of 4174 times. A total of 48 special projects (original stories, broadcasts and live programmes etc.) devoted to a healthy lifestyle were aired on five radio stations. Each segment was under two minutes in length, and there were 256 airings in total. In addition, radio podcast totalling 140 minutes in length were broadcast on six stations. The campaign also extended to print media, with 32 informational items on all aspects of the information and communication campaign appearing in six of the Russian Federation’s top ten most-read newspapers. Furthermore, informational materials promoting a healthy lifestyle were placed on advertising structures (335 banners in total) and on the sides of 80 public transport vehicles (buses, trolleybuses and trams).

The campaign was held all over the country from September to December 2018. It is also continuing in 2019 and will be covered by the framework of the federal project “Public Health Promotion” until 2024. All the materials related to the campaign are available to the public on the healthy lifestyle internet portal: www.takzdorovo.ru.

STRATEGY FOR GETTING CELEBRITIES INVOLVED IN THE CAMPAIGN

An important aspect of the campaign “You are stronger” was the involvement of media personalities through their personal communication channels (their social media pages), as well as through public engagements (public events, interviews, social advertising). The strategy for getting media personalities involved consisted of three stages: a brief analysis of the most popular media personalities; an assessment of how committed they are to leading a healthy lifestyle; and the prospects of cooperation with them. The target audience for this part of the campaign was teenagers and young adults (the 12–25 age range). Many celebrities see a healthy lifestyle as an important part of their image and talk about topics such as proper nutrition and exercise on their social media pages, sharing their own weight loss experiences after switching to a healthier diet and giving examples of how they managed to give up bad habits. It was therefore important to ensure that any celebrities included in the campaign had accurate and reliable information on healthy living.

Stars from the stage, screen and television, as well as bloggers, musicians and famous athletes all took part in the campaign. The following considerations were used to determine the most

promising media personalities and opinion leaders in terms of promoting the priorities of a healthy lifestyle:

- 1) The person's general popularity and their core audience – how large is their reach and does their audience match the campaign's target audience?
- 2) The person's attitude to a healthy lifestyle – does the celebrity actively advocate a healthy lifestyle? Are they against leading a healthy lifestyle? Or do they not care one way or another?

- 3) The person's reputation and the potential risks of working with them – how likely is it that they will be involved in highly publicized scandals or that references to them in connection with a healthy lifestyle will be given a negative connotation?

Accordingly, only media personalities that met all three parameters were chosen. Tables 2–4 show the features and types of activity used to promote a healthy lifestyle among the younger generation through celebrities.

TABLE 2. FEATURES OF THE YOUTH AUDIENCE

The target audience does not generally think about the long-term consequences of their lifestyle and is more interested in having fun "right here, right now."	Messages should focus on the "immediate" benefits of a healthy lifestyle (quit drinking and you will feel great; quit smoking and you will not smell like tobacco).
Many people see bad habits in a positive light, as evidence of a person's "maturity," "coolness" and decisiveness.	The essence of the slogan "You are stronger" is that you are mature and cool not when you succumb to alcohol and tobacco, but when you find the strength and courage to not drink or smoke.
Increased attention to the opposite sex and interpersonal relationships is, in this regard, a heightened attitude towards one's own physical attractiveness.	Going deeper into the topic of reproductive health and a healthy diet (which equals a healthy weight, an attractive physique and healthy skin) in the context of relations with the opposite sex.

TABLE 3. PROMOTION OF A HEALTHY LIFESTYLE FOR YOUNG AUDIENCES THROUGH CELEBRITIES WHO ARE WELL-KNOWN ADVOCATES OF LEADING A HEALTHY LIFESTYLE

Type of channels	Name of channel	Types of activities to promote a healthy lifestyle
Personal channels	Facebook, Vkontakte ^a	<ul style="list-style-type: none"> Two to three posts per week about how the celebrity follows a healthy lifestyle (physical exercise, healthy diet instead of fast food, etc.). Once a month (or every two months) – direct contact with subscribers on the issue of a healthy lifestyle, for example in a question and answers session. Once per quarter – an online healthy lifestyle party. The celebrity hosts a live stream where they perform an exercise routine along with subscribers, who post photos of themselves taking part. The celebrity "likes" these pictures and posts comments on them.
	Instagram	<ul style="list-style-type: none"> Two to four photos per week on topics related to a healthy lifestyle. Once or twice a month – a competition/giveaway for subscribers, with the prize being an autograph or some kind of accessory for exercising.
	Own website	<ul style="list-style-type: none"> A special "My Lifestyle" section on the website where the celebrity shares his or her principles on how to lead a healthy lifestyle and, if relevant, their experience giving up a bad habit.
External channels	Public events	<ul style="list-style-type: none"> If the event has a exhibition area dedicated to the topic of leading a healthy lifestyle – a live broadcast of the celebrity's "story" on social media, photos with the campaign's hashtags If the event does not have an exhibition area dedicated to the topic of leading a healthy lifestyle – a photo with a non-alcoholic drink and relevant hashtags.
	Interviews	<ul style="list-style-type: none"> Reminders that the celebrity is committed to leading a healthy lifestyle. Active work with publications and websites that write about issues related to a healthy lifestyle.
	Participation in advertisements	<ul style="list-style-type: none"> Refusing to advertise brands that do not reflect the values of healthy living (tobacco, carbonated drinks, etc.).

^aRussian speaking social media platform, equivalent to Facebook.

TABLE 4. PROMOTION OF A HEALTHY LIFESTYLE FOR YOUNG AUDIENCES THROUGH MEDIA PERSONALITIES WHO DID NOT PREVIOUSLY LEAD A HEALTHY LIFESTYLE

Type of channels	Name of channel	Types of activity to promote a healthy lifestyle
Personal channels	Facebook, Vkontakte ^a	<ul style="list-style-type: none"> Starting the campaign – the celebrity announces that they have decided to start leading a healthier lifestyle (no matter how small the changes may be) and invites their subscribers to join them in their journey. Over the course of a given period, the celebrity posts photos on the topic. Subscribers post their own reports with hashtags, as well as comments to the celebrity's post and links to it. At the end of the social media campaign, the most active participants receive a prize from the celebrity – an autograph, invitation to an event, sporting accessory, etc. After the campaign – have a weekly "test," entitled, for example healthy Tuesday, where subscribers who participated in the campaign post updates every Tuesday confirming that they are sticking to their healthy lifestyles.
	Instagram	<ul style="list-style-type: none"> Two to four photos per week on topics related to a healthy lifestyle under the heading "I'm finding it hard too, but I'm trying" (for example).
	Own website	<ul style="list-style-type: none"> A special "My Lifestyle" section on the website where the celebrity shares his or her principles on how to lead a healthy lifestyle and, if relevant, their experience giving up a bad habit.
External channels	Public events	<ul style="list-style-type: none"> Only if the event has an exhibition area dedicated to the topic of leading a healthy lifestyle – a live broadcast of the celebrity's "story" on social media and photos with the hashtag of the campaign.
	Interviews	<ul style="list-style-type: none"> My journey to a healthy lifestyle – why the celebrity made the decision to transition to a healthy lifestyle, what difficulties they encountered and how they overcame them.
	Participation in advertisements	<ul style="list-style-type: none"> Refusing to advertise brands that do not reflect the values of healthy living (tobacco, carbonated drinks, etc.).

^a Russian speaking social media platform, equivalent to Facebook.

CONCLUSION

In 2018 the Russian Federation launched a federal information and communication campaign to promote a healthy lifestyle in the population segmented by target audience, communication channel and key message.

The campaign was implemented under the federal project "Public Health Promotion"¹ which is a part of the national framework "Demographics"², that was approved at a meeting of the Presidium of the Presidential Council on Strategic Development and National Projects on 24 December 2018. The main goals of the national project are: to increase the healthy life expectancy, increase of the total fertility rate, and increase the proportion of citizens leading a healthy lifestyle and citizens who are exercising systematically. The main goals of the federal project "Public Health Promotion" are: strengthening legislation to reduce the consumption of alcohol, tobacco and electronic cigarettes; raise awareness

regarding healthy lifestyle; and strengthen social advertising aimed at its promotion.

Additionally, in 2018, the national project entitled "Healthcare"³ was approved. It included two federal projects "Fighting Cardiovascular Diseases"⁴ and "Fighting Oncological Diseases"⁵; the activities of the two projects included the information and communication components similar to those of the "Promoting Public Health" federal project.

The implementation of all national projects started in January 2019 and will be carried out until December 2024.

The campaign was developed on the basis of modern scientific and practical knowledge, the data available and an analysis of Russian and foreign experience in preventing and tackling noncommunicable diseases.

¹ Passport of the federal project "Public Health Promotion": <https://rosmintrud.ru/ministry/programms/demography/4>.

² Passport of the national project "Demographics": <https://rosmintrud.ru/ministry/programms/demography>.

³ Passport of the national project "Healthcare": <http://government.ru/info/35561/>.

⁴ Passport of the federal project "Fighting Cardiovascular Diseases": <https://www.rosminzdrav.ru/poleznye-resursy/natsproektzdravooхранenie/bssz>.

⁵ Passport of the federal project "Fighting Oncological Diseases": <https://www.rosminzdrav.ru/poleznye-resursy/natsproektzdravooхранenie/onko>.

The information and communication campaign was a large-scale and all-encompassing initiative that took place in 15 target regions of the Russian Federation from September to December 2018. The concept for the campaign focused on four target areas (tobacco, harmful use of alcohol, unhealthy diet and irresponsible attitude to reproductive health) and covered all communication channels.

However, as we all know, an awareness of the risk factors and a willingness to lead a healthy lifestyle does not always lead to real action in this regard. It is therefore important to reinforce initiatives to improve people's knowledge of health issues with legislative measures. The real effectiveness of the information and awareness-raising campaign cannot be gauged by the number of likes or the amount of reposts, but rather by tangible improvements in people's knowledge of health matters – that is, exactly how and where people get information about health issues, how they understand this information, apply it to themselves and their loved ones and ultimately how they use it. The first population-based study to measure the health literacy of the Russian population will take place in late 2019.

Acknowledgement: The authors would like to express their gratitude to the employees of the Department of Epidemiology, Chronic Noncommunicable Diseases, the Department of Primary Prevention of Chronic Noncommunicable Diseases in the Health Care System, the Department of Integrated Programs, Research and Analysis of Epidemiological Research and Preventive Technologies of the Federal State Budget Scientific Research Center for Preventive Medicine and the representatives from the pilot regions that implemented this campaign.

Source of funding: None declared.

Conflict of interest: None declared.

Disclaimer: The authors alone are responsible for the views expressed in this publication and they do not necessarily represent the decisions or policies of the World Health Organization.

REFERENCES⁶

1. Проект Межведомственной стратегии формирования здорового образа жизни населения, профилактики и контроля неинфекционных заболеваний на период до 2025 года. [Draft Intersectoral Strategy on Healthy Lifestyle

Promotion, Prevention and Control of Noncommunicable Diseases for the Period until 2025]. Москва: Министерство здравоохранения Российской Федерации; 2016 (https://www.gnicpm.ru/UserFiles/PROEKT_STRATEGII_NIZ-210616.pdf) (in Russian).

2. Научно-организационный комитет проекта ЭССЕ-РФ. Эпидемиология сердечно-сосудистых заболеваний в различных регионах России (ЭССЕ-РФ). Обоснование и дизайн исследования.. [Research organizing committee of the esse-rf project. Epidemiology of cardiovascular diseases in different regions of Russia (ESSE-RF). The rationale for and design of the study. The Russian Journal of Preventive Medicine. 2013;6:25-34]. (<https://www.mediasphera.ru/issues/profilakticheskaya-meditcina/2013/6/031726-6130201365/annotation>) (in Russian).
3. Шальнова С. А., Баланова Ю. А., Деев А. Д., Концевая А. В., Имаева А. Э., Капустина А. В., Муромцева Г. А., Евстифеева С. Е., Драпкина О. М. Интегральная оценка приверженности здоровому образу жизни как способ мониторинга эффективности профилактических мер [Integral Assessment of Adherence to a Healthy Lifestyle as a Way to Monitor the Effectiveness of Preventive Measures.]. The Russian Journal of Preventive Medicine. 2018;21(4):65–72. doi:10.17116/profmed201821465. (in Russian).
4. Баланова Ю. А., Концевая А. В., Шальнова С. А., Деев А. Д., Артамонова Г. В., Гатагонова Т. М. и др. Распространенность поведенческих факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний в российской популяции по результатам исследования ЭССЕ-РФ [Prevalence of behavioral risk factors for cardiovascular disease in the Russian population: Results of the ESSE-RF epidemiological study]. The Russian Journal of Preventive Medicine. 2014; 5:42–52 (in Russian).
5. "Healthy living: what is a healthy lifestyle?" Copenhagen: WHO Regional Office for Europe;1999 (<http://apps.who.int/iris/handle/10665/108180>).
6. Паспорт федерального проекта «Укрепление общественного здоровья» [Passport of the federal project "Public Health Promotion"] [website] (<https://rosmintrud.ru/ministry/programms/demography/4>) (in Russian).
7. Sexual and reproductive health. [website] Copenhagen: WHO Regional office for Europe (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/sexual-and-reproductive-health>).
8. Джамалудинова А. Ф., Гонян М. М. Репродуктивное здоровье населения России [The Reproductive Health of the Russian Population]. Young Scientist, 2017, No. 14.2 pp. 10–13. (<https://moluch.ru/archive/148/41893/>) (in Russian).
9. Аполихин О. И., Москалева Н. Г., Комарова В. А. Современная демографическая ситуация и проблемы улучшения репродуктивного здоровья населения России [The Current Demographic Situation and the Problem of Improving the Reproductive Health of the

⁶ All references were accessed 19 August 2019.

- Russian Population]. *Experimental and Clinical Urology*, 2015, No. 4. (in Russian).
10. Концепция охраны репродуктивного здоровья населения Российской Федерации на 2016–2025 годы [The Concept of the Reproductive Health of the Russian Population for the Period 2016–2025]. [website] (www.bocpsr.ru/media/uploads/koncepciya.pdf) (in Russian).
 11. M. A. Wakefield, B. Loken, R. C. Hornik. Use of Mass Media Campaigns to Change Behavior. *Lancet* 2010; 376(9748): 1261–1271. doi: 10.1016/S0140-6736(10)60809-4.
 12. Y. Le Bodo, C. Blouin, N. Dumas, P. De Wals, J. Laguë. The Quebec Experience in Promoting Healthy Lifestyles and Preventing Obesity: How Can We Do Better? *Obes Rev*. 2017 Sep;18(9):967–986. doi: 10.1111/obr.12559.
 13. N. Elorriaga, O. U. Garay, M. Belizán, V. B. González, M. L. Rossi, M. Chaparro, J. E. Caporale, M. Ruggiero, M. C. Antún, A. Pichon-Riviere, A. Rubinstein, V. Irazola, F. Augustovski. Health Impact Assessment of the Program Healthy Centers in the Autonomous City of Buenos Aires, Argentina. *Rev Panam Salud Publica*. 2018 Sep 24;42:e150. doi: 10.26633/RPSP.2018.150.
 14. H. Kawabe, T. Azegami, A. Takeda, T. Kanda, I. Saito, T. Saruta, H. Hirose. Features of and Preventive Measures against Hypertension in the Young. *Hypertens Res*. 2019 Mar 20. doi: 10.1038/s41440-019-0229-3.
 15. M. Schwenk, R. Bergquist, E. Boulton, J. M. Van Ancum, C. Nerz, M. Weber, C. Barz, et al. The Adapted Lifestyle-Integrated Functional Exercise Program for Preventing Functional Decline in Young Seniors: Development and Initial Evaluation. *Gerontology*. 2019 May 21:1-13. doi: 10.1159/000499962.
 16. M. Nitsch, T. Adamcik, S. Kuso, M. Zeiler and K. Waldherr. Usability and Engagement Evaluation of an Unguided Online Program for Promoting a Healthy Lifestyle and Reducing the Risk for Eating Disorders and Obesity in the School Setting. *Nutrients*. 2019 Mar 27;11(4). pii: E713. doi: 10.3390/nu11040713.
 17. A. Henteleff and H. Wall. The HANS KAI Project: A Community-Based Approach to Improving Health and Well-Being Through Peer Support. *Health Promot Chronic Dis Prev Can*. 2018 Mar;38(3):135–146. doi:10.24095/hpcdp.38.3.04.
 18. I. Kickbusch, M. Jürgen, J. M. Pelikan, F. Apfel and A. D. Tsouros. *Health Literacy: The Solid Facts*. Copenhagen: World Health Organization; 2013 (<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/health-literacy-the-solid-facts>).
 19. Tackling NCDs: 'Best Buys' and Other Recommended Interventions for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases. Geneva: World Health Organization; 2017 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/259232>).
 20. Муромцева Г. А., Шальнова С. А., Деев А. Д., Константинов В. В., Капустина А. В., Баланова Ю. А., Имаева А. Э., Евстифеева С. Е. Отношение к факторам риска и ассоциации с социально-экономическими и демографическими показателями. [Attitude to Risk Factors and Associations with Socioeconomic and Demographic Indicators]. *Russian Journal of Preventive Medicine and Public Health*, 6, 2016 12-20 doi: 10.17116/profmed201619512-20 (in Russian).
 21. «Здоровый образ жизни: мониторинг» [Healthy Lifestyle: Monitoring]. [infographic]; 2018 (<https://infographics.wciom.ru/theme-archive/society/social-problems/smoking/article/zdorovyi-obraz-zhizni-monitoring.html>) (in Russian).
 22. Public Opinion Foundation, "Lifestyle and Health" Survey, 2017 (<https://fom.ru/Zdorove-i-sport/13883>) (in Russian). ■

ОТЧЕТ

Национальная информационно-коммуникационная кампания по формированию здорового образа жизни населения: российский опыт

Драпкина О. М.¹, Концевая А. В.¹, Лопатина М. В.¹, Попович М. В.¹, Салагай О. О.²

¹Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр профилактической медицины» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва, Российская Федерация

²Министерство здравоохранения Российской Федерации, Москва, Российская Федерация

Автор, отвечающий за переписку: Мария Владимировна Лопатина (адрес электронной почты: ms.lopatina@gmail.com)

АННОТАЦИЯ

Одной из основных причин высокой частоты развития неинфекционных заболеваний является большая распространенность предотвратимых факторов риска, связанных с нездоровым образом жизни, – употреблением табака, нерациональным характером питания, недостаточной физической активностью, пагубным употреблением алкоголя. Формирование здорового образа жизни населения в целях профилактики неинфекционных заболеваний и борьбы с ними является одним из важнейших межотраслевых направлений развития Российской Федерации.

В 2018 г. в Российской Федерации был утвержден Федеральный проект «Укрепление общественного здоровья», в рамках которого был запланирован комплекс мер законодательного и информационно-коммуникационного характера, направленных на основные поведенческие факторы риска.

Данная статья представляет опыт Российской Федерации по разработке и внедрению национальной информационно-коммуникационной кампании, направленной на формирование здорового образа жизни населения в качестве меры по повышению грамотности в вопросах здоровья.

Несмотря на широкий масштаб и использование доказательных подходов к формированию информационно-коммуникационной кампании, сегментированной по аудитории, каналам коммуникации и ключевым сообщениям, необходимо внедрение системы оценки и мониторинга эффективности принимаемых мер, направленных на повышение грамотности населения в вопросах здоровья. Проведение пилотного измерения уровня грамотности в вопросах здоровья на популяционном уровне планируется в Российской Федерации в конце 2019 г.

Ключевые слова: ИНФОРМАЦИОННО-КОММУНИКАЦИОННАЯ КАМПАНИЯ, ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ, ГРАМОТНОСТЬ В ВОПРОСАХ ЗДОРОВЬЯ, РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ

ВВЕДЕНИЕ

Основные четыре типа неинфекционных заболеваний (сердечно-сосудистые заболевания, рак, хронические респираторные заболевания и диабет) являются ведущей причиной временной нетрудоспособности, инвалидности и смертности населения и оказывают выраженное негативное воздействие на социально-экономическое положение страны. Согласно официальным данным за 2016 г., в Российской Федерации смертность от основных неинфекционных заболеваний составила 68,5% от общей смертности населения, которая, несмотря на определенные успехи по ее снижению, остается на очень высоком уровне (1).

По данным популяционного исследования «Эпидемиология сердечно-сосудистых заболеваний и их факторов риска в регионах Российской Федерации» (ЭССЕ-РФ) (2), отмечается значимая распространенность факторов риска неинфекционных заболеваний у населения Российской Федерации (3). Так, распространенность курения составила 23,5% (40% среди мужчин и 12,8% среди женщин). Алкоголь в Российской Федерации преимущественно употребляют в умеренных количествах 73,2% населения, избыточно – 3,8% (6,3% мужчин и 2,2% женщин). В отношении питания недостаточное потребление свежих овощей и фруктов составляет 41,9%, избыточное потребление соли наблюдается у 49,9% населения. Распространенность недостаточной физической активности

составляет 38,8%, причем в большей степени среди женщин, чем среди мужчин (40,8% и 36,1% соответственно); наибольшая распространенность недостаточной физической активности выявлена в молодом и среднем возрасте (4).

Согласно определению ВОЗ, здоровый образ жизни (ЗОЖ) – это образ жизни, снижающий риск серьезного заболевания или преждевременной смерти. Среди компонентов, составляющих основу ЗОЖ, ВОЗ выделяет отсутствие таких поведенческих факторов, как курение, недостаточная физическая активность и нездоровый рацион питания, а также чрезмерное потребление алкоголя (5).

В 2018 г. в Российской Федерации был утвержден Федеральный проект «Укрепление общественного здоровья» (6), в рамках которого был запланирован комплекс мер законодательного и информационно-коммуникационного характера для воздействия на основные поведенческие факторы риска.

Одна из тем информационно-коммуникационной кампании – ответственное отношение к репродуктивному здоровью. По определению ВОЗ, репродуктивное здоровье – «это состояние полного физического, умственного и социального благополучия, а не просто отсутствие болезней или недугов во всех сферах репродуктивной системы, ее функциях и процессах» (7). К факторам, оказывающим негативное влияние на репродуктивное здоровье как мужчин, так и женщин и зависящим от их образа жизни, относят табакокурение, употребление алкоголя, низкий уровень физической активности, несоблюдение норм питания, стресс, раннее начало половой жизни, заболевания органов мочеполовой системы, а также инфекции, передающиеся половым путем (8, 9).

В Российской Федерации доля женщин, куривших и употреблявших алкоголь во время беременности, составляет 12% и 11% соответственно (10). До 42% женщин вступают в половую жизнь до наступления совершеннолетия, при этом 41% из них не используют методы контрацепции (8). Проблема безответственного отношения к репродуктивному здоровью может быть решена при условии выявления факторов, оказывающих негативное влияние на репродуктивную систему человека. Информированность населения и грамотность в вопросах репродуктивного здоровья позволит разумно использовать контрацепцию, предупредить нежелательную беременность и инфекции (8, 9).

В рамках реализации данного приоритетного проекта Министерством здравоохранения Российской Федерации

совместно с ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр профилактической медицины» Минздрава России (НМИЦ ПМ) были разработаны концепция информационно-коммуникационной кампании по формированию здоровьесберегающего поведения населения и материалы по ее реализации.

Цель данной публикации – представить российский опыт и подходы к разработке и внедрению национальной информационно-коммуникационной кампании по формированию здорового образа жизни населения. Представленный опыт может быть интересен практикам здравоохранения и экспертам в области общественного здоровья, занимающимся разработкой информационно-коммуникационных кампаний на популяционном уровне.

ОПИСАНИЕ И ПОДХОДЫ К РАЗРАБОТКЕ ИНФОРМАЦИОННО- КОММУНИКАЦИОННОЙ КАМПАНИИ

Концепция кампании была ориентирована на четыре целевых направления: сокращение потребления алкоголя, сокращение потребления табака, ответственное отношение к рациону питания, ответственное отношение к репродуктивному здоровью. Для каждого направления кампании были выбраны целевые группы населения. Описание выбранных целевых групп представлено в таблице 1.

При сегментации целевых групп учитывалось множество разнообразных критериев, отражающих основные социально-демографические характеристики, определенные путем экспертного опроса в ходе консультаций с психологами и социологическими службами. Сегментация позволила ответить на вопросы о том, является ли проблема актуальной для человека, как он относится к проблеме, каковы ее последствия и приоритеты для человека, как выглядит основной канал получения информации для данной группы и на каком языке разговаривает аудитория. В итоге было сформировано дерево сегментации, которое включало в себя 320 потенциальных целевых групп по каждому из направлений. Ключевые сообщения были сформулированы исходя из потребностей, а также негативных последствий нездорового образа жизни для каждой из целевых групп кампании.

ТАБЛИЦА 1. ЦЕЛЕВЫЕ ГРУППЫ НАСЕЛЕНИЯ В РАМКАХ ИНФОРМАЦИОННО-КОММУНИКАЦИОННОЙ КАМПАНИИ ПО ЗОЖ

Направление кампании	Целевая группа	Характеристика
Сокращение потребления табака и иных форм потребления никотина	Люди, начавшие курить недавно и еще не сформировавшие никотиновую зависимость (12–18 лет, 19–35 лет)	Данная целевая группа воспринимает курение как средство самоутверждения (казаться взрослее), как привычку для снятия стресса, расслабления, проведения времени в компании.
	Люди, имеющие признаки заболевания и сильной никотиновой зависимости (19–35 лет, 36–50 лет)	Люди, осознающие свою зависимость или уже столкнувшиеся с ее последствиями для здоровья. Важным сообщением для данной целевой группы является информация о действенных способах прекратить курить, ничего при этом не потеряв.
Сокращение потребления алкоголя	12–18 лет	Подростки могут использовать алкоголь в качестве средства укрепления авторитета среди сверстников и из страха потери статуса в группе. Последствия употребления алкоголя (особенно в этом возрасте) могут стать катастрофическими.
	19–35 лет	Праздники являются традиционным поводом для употребления алкоголя; зачастую людям неудобно отказаться от его употребления, то есть «оторваться от коллектива». Кроме того, многие считают, что алкоголь позволяет расслабиться, что ведет к все более частому его употреблению и, как следствие, к алкоголизму.
	36–50 лет	В этой группе наблюдается сокращение использования алкоголя в качестве средства расслабления, при этом исключительно устойчивыми поводами употребления являются праздники и скука. Наиболее проблемная группа, поскольку отказ от алкоголя многим представляется невозможным.
Ответственное отношение к рациону питания	12–35 лет	Молодые люди являются основными потребителями фастфуда, газированных напитков, снеков. Для данной аудитории актуальны проблемы с кожей и зубами, а также избыточный вес. При этом целевая группа не соотносит неправильное питание с проблемами внешности.
	36+ лет	Люди старшего возраста злоупотребляют солью, сахаром и жирами. Данная целевая группа, преимущественно мужчины, часто сталкиваются со следующими проблемами: сердечно-сосудистые заболевания, ожирение, проблемы репродуктивного здоровья. При этом целевая группа не всегда соотносит проблемы со здоровьем с привычками питания.
Ответственное отношение к репродуктивному здоровью	18–25 лет	Следование определенным этическим установкам, таким как верность партнеру и стремление к созданию семьи, может предотвратить проблемы с репродуктивным здоровьем в будущем.
	26–40 лет	Многие считают, что семья является препятствием для развития личности, однако по сути – это необходимое условие для самореализации как мужчин, так и женщин. При этом семья обязательно предполагает наличие детей.

Первый уровень сегментации предполагал оценку аудитории по степени подверженности риску. Выделение факторов риска позволило учесть актуальность ключевых сообщений для аудитории, не углубляясь в степень такого риска. На втором уровне сегментации целевые группы были разделены по половому признаку, что позволило уточнить ключевые сообщения для целевых групп, так как мужчины и женщины зачастую имеют разные приоритеты, мотивы, отношение к своему здоровью и подходы к решению проблем. Третий этап сегментации целевой

аудитории – возраст. По результатам экспертного опроса установлено, что аудитория старше 40 лет не является приоритетной ввиду ригидности мышления, крепких установок и стереотипов, несмотря на то, что люди старше 40 лет составляют 48,5% населения. Более перспективной является молодежь, так как именно у молодых людей есть возможность значительно продлить свою жизнь, а значит и период экономической активности. Четвертый этап сегментации аудитории позволил разбить ее в зависимости от основных каналов получения информации. Спецификация каналов

коммуникации позволяет разместить информацию именно там, где аудитория ее увидит, и на том языке, на котором она говорит.

Сегментация по каналам получения информации являлась универсальной для всех направлений. Важно отметить, что для молодой аудитории предпочтительным каналом являются социальные сети и новостные сайты, однако в силу региональных особенностей распространения интернета, а также уровней дохода, коммуникация проводилась и через телевидение. Для 30-летних граждан также актуальна коммуникация по радио, особенно при наличии у аудитории личного автомобиля.

Предложенная сегментация целевой аудитории позволила выделить 80 целевых групп населения, для каждой из которых дополнительно выделялся приоритетный канал коммуникации. Далее эти целевые группы были объединены по общим каналам коммуникации в несколько больших групп.

Исходя из выделенных потребностей и последствий для здоровья, были сформулированы ключевые сообщения для этих целевых групп. При этом формулировка ключевого сообщения была обусловлена каналом коммуникации. Ключевое сообщение позволило объединить все каналы коммуникации в единое информационное пространство. Использовались хорошо воспринимаемые визуальные символы (современная типографика и логотип) и архетипичные образы (курильщик; человек, злоупотребляющий алкоголем; семья и дети; человек, не заботящийся о своем рационе питания).

ОПЫТ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЗАРУБЕЖНЫХ И РОССИЙСКИХ ИНФОРМАЦИОННО-КОММУНИКАЦИОННЫХ КАМПАНИЙ ПРОШЛЫХ ЛЕТ

В течение последних нескольких десятилетий кампании в средствах массовой информации использовались для того, чтобы повлиять на поведение в отношении здоровья в популяции. Такие кампании в первую очередь были направлены на сокращение употребления табака и профилактику сердечно-сосудистых заболеваний, а также на сокращение потребления алкоголя и многие другие вопросы, связанные со здоровьем (11). Обычно в рамках кампании

размещают сообщения в средствах массовой информации, которые обеспечивают охват большой аудитории, чаще всего через телевидение или радио, но также и в наружных средствах массовой информации, таких как рекламные щиты и плакаты, и в печатных средствах массовой информации, например в журналах и газетах. Воздействие таких сообщений, как правило, пассивно, что является побочным эффектом частого использования средств массовой информации (11, 12).

Ряд популяционных исследований показывает снижение распространенности факторов риска НИЗ, когда кампании в средствах массовой информации сочетаются с другими стратегиями борьбы, например такими мерами борьбы против табака, как повышение акцизов на табачные изделия или политика запрета курения в общественных местах (11). Опираясь на международный опыт и большое количество проводимых информационных кампаний по повышению грамотности в вопросах здоровья (13–17), необходимо разрабатывать меры, которые направлены на изменение поведения населения. Как правило, такие кампании ориентированы на конкретные заболевания, состояния людей, отдельные группы населения (14–16) или окружение, в котором люди живут, учатся, работают (17).

Мировой опыт доказывает эффективность популяционных коммуникационных кампаний как способа изменения или коррекции поведения в отношении здоровья граждан при условии, что в рамках этих кампаний распространяются регулярные и периодически повторяющиеся сообщения, направленные на целевую аудиторию и ориентированные на изменение поведения групп населения (18).

ВОЗ разработала перечень эффективных мер, рекомендуемых для решения проблемы неинфекционных заболеваний, согласно Глобальному плану действий по профилактике НИЗ и борьбе с ними на 2013–2020 гг. (19). Перечни мер представлены по каждому из четырех ключевых факторов риска НИЗ (употребление табака, вредное употребление алкоголя, нездоровое питание и недостаточная физическая активность), причем проведение эффективных кампаний в средствах массовой информации включено в них в качестве одной из основных или дополнительных мер.

В Российской Федерации на протяжении 10 лет под руководством Минздрава России проводятся федеральные информационные кампании по поддержке здорового образа жизни и борьбе с вредными привычками «Здоровая Россия», «Давайте меняться!», «Давайте меняться сознательно!». Благодаря этим кампаниям, в совокупности

с нормативными мерами, такими как ограничение курения в общественных местах и ограничение продажи алкоголя, а также с работой, проводимой сотрудниками медицинских учреждений на местах, стала проявляться положительная динамика в том, что касается восприятия населением здорового образа жизни и отношения к факторам риска (20).

По данным Всероссийского центра изучения общественного мнения (ВЦИОМ), начиная с 2008 г. наблюдается позитивная тенденция: население регулярнее и чаще стало заниматься физической активностью. Постоянные или регулярные занятия физкультурой стали частью жизни 6–13% респондентов, на 3–8% увеличилось число граждан, следящих за рационом питания, до 10% опрошенных бросили курить или сократили потребление табака (21). Экспертные оценки фонда «Общественное мнение» подтверждают сокращение потребления алкоголя, а степень воздействия государственных информационных кампаний демонстрирует тот факт, что фраза «Минздрав предупреждает» стала крылатым выражением (22).

Ключевые сообщения проводимых ранее информационных кампаний последовательно утверждали важность здоровья в абсолютном выражении, например «быть здоровым значит быть счастливым / радовать окружающих / круто». В целях сохранения преемственности и одновременно обновления позиции Минздрава в ключевое сообщение был включен аналогичный посыл, но с добавлением прилагательного в сравнительной степени: «Минздрав утверждает: ты **сильнее**».

ОПИСАНИЕ ИНФОРМАЦИОННО- КОММУНИКАЦИОННОЙ КАМПАНИИ

Основным слоганом кампании стала фраза «Ты сильнее». Слоган обыгрывался в виде отдельных зарисовок-ситуаций, знакомых каждому представителю целевой группы. Ключевой персонаж, представитель референтной группы, демонстрирует возможность выбрать между следованием вредной привычке, сиюминутному импульсу, и осознанным действием в пользу собственного здорового будущего. Удобная форма слогана дала возможность запускать вирусные акции в социальных сетях и создать хэштег #тысильнее.

Этот слоган, ориентированный на более конкретные цели, является адаптивным и может использоваться значительно дольше предыдущих аналогов, соответствует всем основным направлениям работы: борьба с курением и употреблением алкоголя, а также безответственным отношением к рациону питания и недостаточной физической активностью. Слоган удачно вписывается в современный информационный контекст, привлекая внимание абсолютно всех целевых аудиторий и целевых групп. Стоит подчеркнуть, что, несмотря на использование в слогане неформального общения «ты», слоган ориентирован и на старшее поколение – в городах-миллионниках активно занимаются спортом и люди в возрасте 40–55 лет, принимающие участие не только в традиционных видах физической активности, но и в занятиях по фитнесу, йоге, пилатесу и т. д.

Для успешной коммуникации необходимо продемонстрировать людям их успехи и дать мотивацию их приумножить. Важно сделать акценты на тех положительных изменениях, которые уже произошли и могут произойти в будущем; сказать, что здоровый образ жизни – их личный успех, и придать ему еще большую ценность. Важно не только говорить об отказе от вредных привычек, но и показать то, что приобретает человек благодаря своему выбору в пользу здоровья.

В рамках реализации приоритетного проекта по целевым направлениям коммуникационной программы были созданы рекламно-информационные материалы: 34 аудиоролика, 20 видеороликов для телевидения, 12 видеороликов для размещения в сети Интернет, 16 дизайн-макетов для размещения на наружных носителях, 14 дизайн-макетов информационных плакатов для размещения в общественном транспорте, 84 дизайн-макета баннеров для размещения в сети Интернет, 15 макетов для контекстной рекламы, 40 дизайн-макетов сувенирной продукции. Также в рамках кампании были разработаны и размещены на семи федеральных телеканалах 27 оригинальных программ и интервью с ведущими специалистами Минздрава России, посвященных различным аспектам здорового образа жизни общим хронометражем 297 минут и общим количеством 80 показов. Разработано и размещено на указанных федеральных каналах 25 динамических заставок в общем объеме 4174 показа. Данные телеканалы были выбраны с учетом ориентированности на женскую, мужскую, молодежную, семейную аудиторию. На пяти радиостанциях вышли в эфир 48 спецпроектов (оригинальных сюжетов, передач, трансляций и т. д.), посвященных здоровому образу жизни, хронометражем на менее двух минут каждый, в общем объеме 256 выходов. На шести радиостанциях реализовано размещение созданных

аудиороликов с общим хронометражем 140 минут. В шести газетах, входящих в первую десятку по популярности среди населения, в тираж вышло 32 публикации с информационными материалами по всем направлениям коммуникационной программы. Информационные материалы, посвященные здоровому образу жизни, были размещены в виде 335 баннеров на рекламных конструкциях, а также на 80 единицах общественного транспорта (автобусы, троллейбусы, трамваи). Информационно-коммуникационная кампания проходила во всех регионах РФ с сентября по декабрь 2018 г. Кампания продолжается в 2019 г. и в рамках Федерального проекта «Укрепление общественного здоровья» будет продолжаться до 2024 г. Все материалы информационно-коммуникационной кампании размещены в открытом доступе на портале о здоровом образе жизни www.takzdorovo.ru.

СТРАТЕГИЯ ПРИВЛЕЧЕНИЯ ИЗВЕСТНЫХ МЕДИЙНЫХ ЛИЧНОСТЕЙ

Важным аспектом кампании «Ты сильнее» стало привлечение известных медийных личностей через их личные каналы коммуникации (страницы в социальных сетях), а также внешние каналы (мероприятия, интервью, участие в социальной рекламе). Стратегия привлечения медийных личностей включала в себя три этапа: краткий анализ наиболее популярных из них, оценку приверженности теме ЗОЖ и перспектив сотрудничества. Целевая аудитория кампании с участием медийных личностей

включала подростков и молодежь (12–25 лет). Многие медийные личности считают здоровый образ жизни важной частью своего имиджа и в своих социальных сетях затрагивают такие темы, как правильное питание и спорт, опыт снижения веса благодаря переходу на более здоровое питание, примеры отказа от вредных привычек. В связи с этим было очень важно обеспечить их достоверной и надежной информацией в отношении ЗОЖ.

В кампании принимали участие звезды театра и кино, телевидения, блогеры, музыканты, спортсмены. Для определения наиболее перспективных медийных личностей и лидеров общественного мнения с точки зрения продвижения приоритетов ЗОЖ были использованы следующие критерии:

- 1) популярность в целом и их основная аудитория – насколько велик охват и совпадает ли он с целевой аудиторией кампании;
- 2) отношение к теме ЗОЖ – является ли медийная личность активным пропагандистом ЗОЖ, антагонистом ЗОЖ или относится к нему нейтрально;
- 3) репутация медийной личности и потенциальные риски – какова вероятность скандальных публикаций, упоминания личности или темы ЗОЖ в негативном контексте.

В результате данного анализа были отобраны медийные личности, которые отвечали всем трем критериям.

ТАБЛИЦА 2. ОСОБЕННОСТИ МОЛОДЕЖНОЙ АУДИТОРИИ

Аудитория в основном не просчитывает долгосрочные последствия образа жизни, ориентирована на получение удовольствия от жизни «здесь и сейчас».	В коммуникации акцентировать «быстрые» преимущества ЗОЖ (отказался от алкоголя – и чувствуешь себя отлично, отказалась от сигареты – и не пахнешь табаком).
Вредные привычки многими воспринимаются положительно, как свидетельство «взрослости», «крутости», самостоятельности в решениях.	Раскрытие слогана «Ты сильнее» – ты взрослый и крутой не тогда, когда поддался на уговоры и выпил/закурил, а когда нашел в себе силы и смелость отказаться.
Повышенное внимание к противоположному полу , межличностным отношениям, в этой связи – обостренное отношение к собственной физической привлекательности .	Раскрытие тем репродуктивного здоровья и здорового питания (=нормального веса, красивой фигуры, здоровой кожи) в контексте отношений с противоположным полом.

ТАБЛИЦА 3. ПОПУЛЯРИЗАЦИЯ В МОЛОДЕЖНОЙ АУДИТОРИИ ЧЕРЕЗ МЕДИЙНЫХ ЛИЧНОСТЕЙ, ИЗВЕСТНЫХ АДЕПТОВ ЗОЖ

Виды каналов	Название канала	Виды мероприятий по продвижению ЗОЖ
ЛИЧНЫЕ КАНАЛЫ	Facebook ВКонтакте	<ul style="list-style-type: none"> Два-три поста в неделю о том, как сама звезда следует ЗОЖ (спорт, здоровая еда вместо фаст-фуда и пр.). Один раз в месяц или в два месяца – прямой контакт с подписчиками на тему ЗОЖ, например опросы или ответы на вопросы. Один раз в квартал – ЗОЖ вечеринка онлайн, звезда выполняет упражнения и ведет прямую трансляцию, в это время подписчики тоже делают упражнения и размещают фото в комментариях.
	Instagram	<ul style="list-style-type: none"> Две-четыре фотографии в неделю на тему ЗОЖ. Один раз в месяц или в два месяца – конкурс/розыгрыш среди подписчиков. Приз – автограф звезды или спортивный аксессуар.
	Собственный сайт	<ul style="list-style-type: none"> Создание специального раздела «Мой образ жизни», где звезда делится своими принципами и, если есть, опытом избавления от вредных привычек.
ВНЕШНИЕ КАНАЛЫ	Мероприятия	<ul style="list-style-type: none"> Если на мероприятии есть тематическая зона, связанная с ЗОЖ, – прямая трансляция оттуда на страницу звезды, фотографии с хэштегом кампании. Если на мероприятии нет тематической зоны, фото с безалкогольным напитком с хэштегом кампании.
	Интервью	<ul style="list-style-type: none"> Упоминание о приверженности ЗОЖ в интервью. Активная работа с изданиями и сайтами, которые пишут о ЗОЖ.
	Участие в рекламе	<ul style="list-style-type: none"> Отказ от рекламы брендов, которые не соответствуют ценностям ЗОЖ (табак, газированные напитки и пр.).

ТАБЛИЦА 4. ПОПУЛЯРИЗАЦИЯ В МОЛОДЕЖНОЙ АУДИТОРИИ ЧЕРЕЗ МЕДИЙНЫХ ЛИЧНОСТЕЙ, КОТОРЫЕ РАНЕЕ НЕ БЫЛИ АДЕПТАМИ ЗОЖ

Виды каналов	Название канала	Виды мероприятий по продвижению ЗОЖ
ЛИЧНЫЕ КАНАЛЫ	Facebook ВКонтакте	<ul style="list-style-type: none"> Старт кампании – звезда сообщает о решении начать вести более здоровый образ жизни и приглашает подписчиков присоединиться. На протяжении определенного времени звезда публикует фотографии на тему, подписчики размещают свои отчеты с хэштегом. В результате самые активные получают приз от звезды – автограф, приглашение на мероприятие, спортивный аксессуар и пр. После этого один день в неделю объявляется контрольным, например здоровый вторник – каждую неделю по вторникам бывшие участники кампании размещают подтверждение, что они продолжают придерживаться правил ЗОЖ.
	Instagram	<ul style="list-style-type: none"> Две-четыре фотографии в неделю на тему ЗОЖ. Рубрика «Мне тоже сложно, но я стараюсь».
	Собственный сайт	<ul style="list-style-type: none"> Создание специального раздела «Мой образ жизни», где звезда делится своими принципами и, если есть, опытом избавления от вредных привычек.
ВНЕШНИЕ КАНАЛЫ	Мероприятия	<ul style="list-style-type: none"> Только если на мероприятии есть тематическая зона, связанная с ЗОЖ, – прямая трансляция оттуда на страницу звезды, фотографии с хэштегом кампании.
	Интервью	<ul style="list-style-type: none"> Свой путь к ЗОЖ – почему было принято решение, какие сложности были и как звезда их преодолела.
	Участие в рекламе	<ul style="list-style-type: none"> Отказ от рекламы брендов, которые не соответствуют ценностям ЗОЖ (табак, газированные напитки и пр.).

В таблицах 2–4 в качестве примера представлены особенности и виды мероприятий по продвижению ЗОЖ в молодежной аудитории через медийных личностей.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В Российской Федерации в 2018 г. была реализована федеральная информационно-коммуникационная кампания по формированию здорового образа жизни среди населения, сегментированная по аудитории, каналам коммуникации и ключевым сообщениям.

Кампания была реализована в рамках Федерального проекта «Укрепление общественного здоровья» национально-го проекта «Демография»¹, который был утвержден на заседании президиума Совета при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и национальным проектам 24 декабря 2018 г. Ключевые цели проекта – увеличение ожидаемой продолжительности здоровой жизни, увеличение суммарного коэффициента рождаемости, увеличение доли граждан, ведущих здоровый образ жизни, и граждан, систематически занимающихся физической культурой и спортом. Основными направлениями Федерального проекта «Укрепление общественного здоровья»² стали укрепление законодательства по снижению потребления алкоголя и табака, электронных сигарет, повышение осведомленности о здоровом образе жизни, укрепление социальной рекламы, направленной на пропаганду здорового образа жизни. Также в 2018 г. был утвержден национальный проект «Здравоохранение»³, включающий федеральные проекты «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями»⁴ и «Борьба с онкологическими заболеваниями»⁵, мероприятия которых также включают информационно-коммуникационный компонент федерального проекта «Укрепление общественного здоровья». Реализация национальных проектов проводится с января 2019 г. по декабрь 2024 г.

Кампания была разработана на основе современных научных и практических знаний, имеющихся фактических данных и анализа зарубежного и российского опыта профилактики неинфекционных заболеваний и борьбы с ними.

Информационно-коммуникационная кампания представляла собой широкомасштабное и комплексное мероприятие, проходившее во всех регионах Российской Федерации с сентября по декабрь 2018 г. Концепция кампании была ориентирована на четыре целевых направления (сокращение потребления алкоголя, сокращение потребления табака, ответственное отношение к рациону питания, ответственное отношение к репродуктивному здоровью) и охватывала все возможные каналы коммуникации.

Как известно, осведомленность в отношении факторов риска и готовность вести здоровый образ жизни не всегда означает реальные действия. Важно, чтобы меры по повышению грамотности в вопросах здоровья подкреплялись мерами законодательного характера. Оценить реальную эффективность информационно-коммуникационных кампаний поможет не количество публикаций, лайков и перепостов размещенной информации, а измерение уровня грамотности в вопросах здоровья, то есть именно того, как и где люди получают информацию в отношении здоровья, как они затем ее понимают, осмысливают в отношении себя и своих близких и в итоге используют. Первое популяционное исследование по измерению грамотности в вопросах здоровья запланировано в Российской Федерации на конец 2019 г.

Выражение признательности: авторы выражают благодарность сотрудникам отдела эпидемиологии хронических неинфекционных заболеваний, отдела первичной профилактики хронических неинфекционных заболеваний в системе здравоохранения, отдела интегрированных программ профилактики, лаборатории экономического анализа эпидемиологических исследований и профилактических технологий ФГБУ «НМИЦ профилактической медицины» Минздрава России и представителям пилотных регионов, реализовавшим данную кампанию.

Источники финансирования: не заявлены.

Конфликт интересов: не заявлен.

Ограничение ответственности: авторы несут самостоятельную ответственность за мнения, выраженные в данной публикации, которые необязательно представляют решения или политику Всемирной организации здравоохранения.

¹ Паспорт национального проекта «Демография»: <https://rosmintrud.ru/ministry/programms/demography>.

² Паспорт федерального проекта «Укрепление общественного здоровья»: <https://rosmintrud.ru/ministry/programms/demography/4>.

³ Паспорт национального проекта «Здравоохранение»: <http://government.ru/info/35561/>.

⁴ Паспорт федерального проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями»: <https://www.rosminzdrav.ru/poleznye-resursy/natsproektzdravooohranenie/bssz>.

⁵ Паспорт федерального проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями»: <https://www.rosminzdrav.ru/poleznye-resursy/natsproektzdravooohranenie/onko>.

БИБЛИОГРАФИЯ⁶

1. Проект Межведомственной стратегии формирования здорового образа жизни населения, профилактики и контроля неинфекционных заболеваний на период до 2025 года, Москва: Министерство здравоохранения Российской Федерации; 2016 (https://www.gnicpm.ru/UserFiles/PROEKT_STRATEGII_NIZ-210616.pdf).
2. Научно-организационный комитет проекта ЭССЕ-РФ. Эпидемиология сердечно-сосудистых заболеваний в различных регионах России (ЭССЕ-РФ). Обоснование и дизайн исследования. Профилактическая медицина. 2013;6:25-34 (<https://www.mediasphera.ru/issues/profilakticheskaya-meditcina/2013/6/031726-6130201365>).
3. Шальнова С. А., Баланова Ю. А., Деев А. Д., Концевая А. В., Имаева А. Э., Капустина А. В., Муромцева Г. А., Евстифеева С. Е., Драпкина О. М. Интегральная оценка приверженности здоровому образу жизни как способ мониторинга эффективности профилактических мер. Профилактическая медицина. 2018;21(4):65-72. <https://doi.org/10.17116/profmed201821465>.
4. Баланова Ю. А., Концевая А. В., Шальнова С. А., Деев А. Д., Артамонова Г. В., Гатагонова Т. М. и др. Распространенность поведенческих факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний в российской популяции по результатам исследования ЭССЕ-РФ. Профилактическая медицина. 2014;5:42-52.
5. «Здоровый образ жизни: что такое здоровый образ жизни?». Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 1999. (<http://apps.who.int/iris/handle/10665/108180>).
6. Паспорт федерального проекта «Укрепление общественного здоровья» [веб-сайт] (<https://rosmintrud.ru/ministry/programms/demography/4>).
7. Сексуальное и репродуктивное здоровье [веб-сайт], Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ (<http://www.euro.who.int/ru/health-topics/Life-stages/sexual-and-reproductive-health>).
8. Джамалудинова А. Ф., Гонян М. М. Репродуктивное здоровье населения России // Молодой ученый. 2017. № 14.2. (<https://moluch.ru/archive/148/41893/>).
9. Аполихин О. И., Москалева Н. Г., Комарова В. А. Современная демографическая ситуация и проблемы улучшения репродуктивного здоровья населения России. Экспериментальная и клиническая урология. 2015. № 4.
10. Концепция охраны репродуктивного здоровья населения Российской Федерации на 2016–2025 годы [веб-сайт] (www.bocpsr.ru/media/uploads/koncepciya.pdf).
11. Wakefield M.A., Loken B. Hornik R.C. Use of mass media campaigns to change behavior. Lancet 2010; 376(9748): 1261–1271. doi: 10.1016/S0140-6736(10)60809-4.
12. Le Bodo Y., Blouin C., Dumas N., De Wals P., Laguë J. The Quebec experience in promoting healthy lifestyles and preventing obesity: how can we do better? Obes Rev. 2017 Sep;18(9):967-986. doi: 10.1111/obr.12559.
13. Elorriaga N., Garay O.U., Belizán M., González V.B., Rossi M.L., Chaparro M., Caporale J.E., Ruggiero M., Antún M.C., Pichon-Riviere A., Rubinstein A., Irazola V., Augustovski F. Health impact assessment of the Program Healthy Centers in the Autonomous City of Buenos Aires, Argentina Avaliação do impacto na saúde do Programa Estações Saudáveis na Cidade Autônoma de Buenos Aires, Argentina. Rev Panam Salud Publica. 2018 Sep 24;42:e150. doi: 10.26633/RPSP.2018.150.
14. Kawabe H., Azegami T., Takeda A., Kanda T., Saito I., Saruta T., Hirose H. Features of and preventive measures against hypertension in the young. Hypertens Res. 2019 Mar 20. doi: 10.1038/s41440-019-0229-3.
15. Schwenk M., Bergquist R., Boulton E., Van Ancum J.M., Nerz C., Weber M., Barz C. et al. The Adapted Lifestyle-Integrated Functional Exercise Program for Preventing Functional Decline in Young Seniors: Development and Initial Evaluation. Gerontology. 2019 May 21:1-13. doi: 10.1159/000499962.
16. Nitsch M., Adamcik T., Kuso S., Zeiler M., Waldherr K. Usability and Engagement Evaluation of an Unguided Online Program for Promoting a Healthy Lifestyle and Reducing the Risk for Eating Disorders and Obesity in the School Setting. Nutrients. 2019 Mar 27;11(4). pii: E713. doi: 10.3390/nu11040713.
17. Henteleff A., Wall H. The HANS KAI Project: a community-based approach to improving health and well-being through peer support. Health Promot Chronic Dis Prev Can. 2018 Mar;38(3):135-146. doi:10.24095/hpcdp.38.3.04.
18. Kickbusch I., Jürgen M. Pelikan J.M., Apfel F., Tsouros A.D. Санитарная грамотность. Убедительные факты. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2013 (<http://www.euro.who.int/ru/publications/abstracts/health-literacy-the-solid-facts>).
19. Борьба с НИЗ: решения, оптимальные по затратам, и другие рекомендуемые мероприятия по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2017 (<http://apps.who.int/iris/handle/10665/259464>).
20. Муромцева Г. А., Шальнова С. А., Деев А. Д., Константинов В. В., Капустина А. В., Баланова Ю. А., Имаева А. Э., Евстифеева С. Е. Отношение к факторам риска и ассоциации с социально-экономическими и демографическими показателями. Профилактическая медицина, 6, 2016 12-20 doi: 10.17116/profmed201619512-20.
21. «Здоровый образ жизни: мониторинг» [инфографика]. Москва: Всероссийский центр изучения общественного мнения; 2018 (<https://infographics.wciom.ru/theme-archive/society/social-problems/smoking/article/zdorovyi-obraz-zhizni-monitoring.html>).
22. Фонд «Общественное мнение», опрос «Образ жизни и здоровье», 2017 (<https://fom.ru/Zdorove-i-sport/13883>). ■

⁶ Все ссылки приводятся по состоянию на 26 августа 2019 г.

REPORT

Acting together – WHO National Health Literacy Demonstration Projects (NHLDPs) address health literacy needs in the European Region

Mark Matthijs Bakker^{1*}, Polina Putrik^{1*}, Anna Aaby², Xavier Debussche³, Janis Morrissey⁴, Christine Råheim Borge⁵, Dulce Nascimento do Ó⁶, Peter Kolarčík⁷, Roy Batterham⁸, Richard H. Osborne⁸, Helle Terkildsen Maindal²

*contributed equally

¹Rheumatology division, Internal Medicine, Maastricht University Medical Centre and Care and Public Health Research Institute, Maastricht, the Netherlands

²Department of Public Health, Aarhus University, Aarhus, Denmark

³Centre of Clinical and Epidemiological Investigations, French National Institute of Health and Medical Research, University Hospital Felix Guyon, La Réunion, France

⁴Irish Heart Foundation, Dublin, Ireland

⁵Lovisenberg Diaconal Hospital, Oslo, Norway

⁶Portuguese Diabetes Association, Lisbon, Portugal

⁷Department of Health Psychology, P.J. Šafárik University, Košice, Slovakia

⁸Centre of Global Health and Equity, Swinburne University of Technology, Melbourne, Australia

Corresponding author: Mark Matthijs Bakker (email: mark.bakker@mumc.nl)

ABSTRACT

The burden of noncommunicable diseases (NCDs) is increasing worldwide with the European Region of no exception. This poses economic and social challenges, which contribute to persisting health inequities. Sustainable Development Goal (SDG) target 3.4 specifically focuses on reducing premature mortality from NCDs by a third through prevention and treatment, and promoting mental health and well-being. The promising role of health literacy is increasingly recognized in relation to the prevention and treatment of NCDs throughout the life course. In support of this, WHO has initiated National Health Literacy Demonstration Projects (NHLDPs) in the European

Region to generate evidence and accelerate NCD intervention development. The current European NHLDPs use the Optimising HEalth Literacy and Access (Ophelia) approach. This manuscript presents the methods, aims, status and preliminary outcomes of the seven flagship European NHLDPs, which cover a broad scope of settings (such as schools, hospitals and communities), health conditions (such as cardiovascular disease, renal failure and chronic obstructive pulmonary disease) and life stages. While the long-term impact of these NHLDPs on the NCD curve is too early to predict, the processes of engagement and action in each of the projects are promising.

Keywords: NONCOMMUNICABLE DISEASES, HEALTH LITERACY, OPTIMISING HEALTH LITERACY AND ACCESS (OPHELIA), INTERVENTION RESEARCH, CO-DESIGN

INTRODUCTION

The burden of noncommunicable diseases (NCDs) is increasing worldwide due to population growth, ageing, and lifestyle-related factors, and the European Region is no exception (1). NCDs are the leading cause of death around the world, contributing to 73.4% of total deaths in 2017 (2). NCDs affect individuals and their families throughout the life course and impede both social and economic growth (3, 4). The burden of NCDs hits hardest on

socially or economically disadvantaged people and contributes to persisting health inequities (5, 6). One of the Sustainable Development Goal targets (SDG target 3.4) is focused on reducing premature mortality from NCDs by one third through prevention and treatment, and promoting mental health and well-being (7).

At the 9th Global Conference on Health Promotion in Shanghai in 2016, health literacy was recognized as one of the key health promotion pillars to achieve the 2030 Agenda

for Sustainable Development (8). Multiple definitions of health literacy have been proposed over the last decade. A particularly comprehensive definition – acknowledging both individual and organizational health literacy – was put forward by the International Union for Health Promotion and Education. “Health literacy is the combination of personal competencies and situational resources needed for people to access, understand, appraise and use information and services to make decisions about health. It includes the capacity to communicate, assert and act upon these decisions. Health literacy responsiveness describes the way in which services, organizations and systems make health information and resources available and accessible to people according to health literacy strengths and limitations” (9).

Rapid advances in health technologies and treatment options inevitably result in the increased complexity of health systems. This poses a risk for vulnerable people and communities, with lower health literacy, to be left behind due to reduced access, knowledge and understanding (9). Vulnerable groups include people who have limited education, a migration background, multiple morbidities, or experience loneliness, among others whose voices are often left unheard (10). When interventions fail to address the specific needs of these groups and communities, average improvements in population health can conceal widening health inequalities. Therefore, we should always question whether new interventions reach those who are often not considered, in order to prevent the unintentional widening of the health gap.

Innovative approaches – accounting for the variable health literacy needs of individuals and communities – could accelerate the development of effective interventions and improve the reach and impact of interventions currently in place. As health literacy is associated with health outcomes through different pathways (11), multilevel solutions of a diverse nature are required. By genuinely and effectively involving all stakeholders, including vulnerable groups, interventions are likely to be more appropriate for a wider number of people and thus support WHO’s mission to leave no one behind (12).

In their mission to reduce the impact of NCDs, WHO and its Member States are investing in several initiatives to address health literacy. One of these is led by the WHO Global Coordination Mechanism on the Prevention and Control of NCDs (GCM/NCD) through its Global Working Group 3.3 on health education and health literacy for NCDs (13). The Working Group developed the innovative concept of WHO National Health Literacy Demonstration Projects (NHLDPs). NHLDPs are local case studies that are proof of concept

projects, which measure and improve health literacy in a local or regional context, and which have the potential and intention to be scaled up to improve health literacy at a national level (14). The first NHLDP was successfully initiated in Egypt and they are now being implemented in the European Region and beyond to generate evidence on how health literacy can accelerate NCD intervention development, implementation and scale-up. To date, seven research and implementation projects in Europe have been designated as WHO NHLDPs. This paper focuses on the development of these flagship European NHLDPs and has the following objectives:

- to describe the methodological approach for health literacy intervention development used in the NHLDPs;
- to describe the aims and status of each of the seven NHLDPs currently underway, based in Denmark, France (Réunion Island), Ireland, the Netherlands, Norway, Portugal and Slovakia, across diverse health settings, in populations with a diversity of NCDs and at different life stages;
- to discuss the potential role of WHO NHLDPs to advance health and equity.

METHODOLOGICAL APPROACH: THE OPTIMISING HEALTH LITERACY AND ACCESS (OPHELIA) PROCESS

All of the current NHLDPs are inspired by the Ophelia process for intervention development (15, 16). The Ophelia process involves the collaboration of a wide range of community members, community leaders and health workers to develop health literacy interventions that are based on the diverse health literacy strengths and weaknesses identified within a community (16). Ophelia projects build on eight core principles as presented in Table 1 (15).

The Ophelia process includes three phases (Fig. 1), with the eight principles strongly embedded from the outset in order to maximize the potential impact on equity and health outcomes (15). Phase 1 involves a local needs assessment, using multidimensional tools such as the Health Literacy Questionnaire (HLQ) (17) or the Information and Support for Health Actions Questionnaire (ISHA-Q) (18), combined with local data such as on service engagement or organizational responsiveness. This is followed by workshops with stakeholders including local professionals (health professionals, community

TABLE 1. OPHELIA (OPTIMISING HEALTH LITERACY AND ACCESS) CORE PRINCIPLES

1. Outcomes focused	Improved health and reduced health inequities
2. Equity driven	All activities at all stages prioritise disadvantaged groups and those experiencing inequity in access and outcome
3. Co-design approach	In all activities at all stages, relevant stakeholders engage collaboratively to design solutions
4. Needs-diagnostic approach	Participatory assessment of local needs using local data
5. Driven by local wisdom	Intervention development and implementation is grounded in local experience and expertise
6. Sustainable	Optimal health literacy practice becomes normal practice and policy
7. Responsiveness	Recognise that health literacy needs and appropriate responses vary across individuals, contexts, countries, cultures and time
8. Systematically applied	A multilevel approach in which resources, interventions, research and policy are organised to optimise health literacy

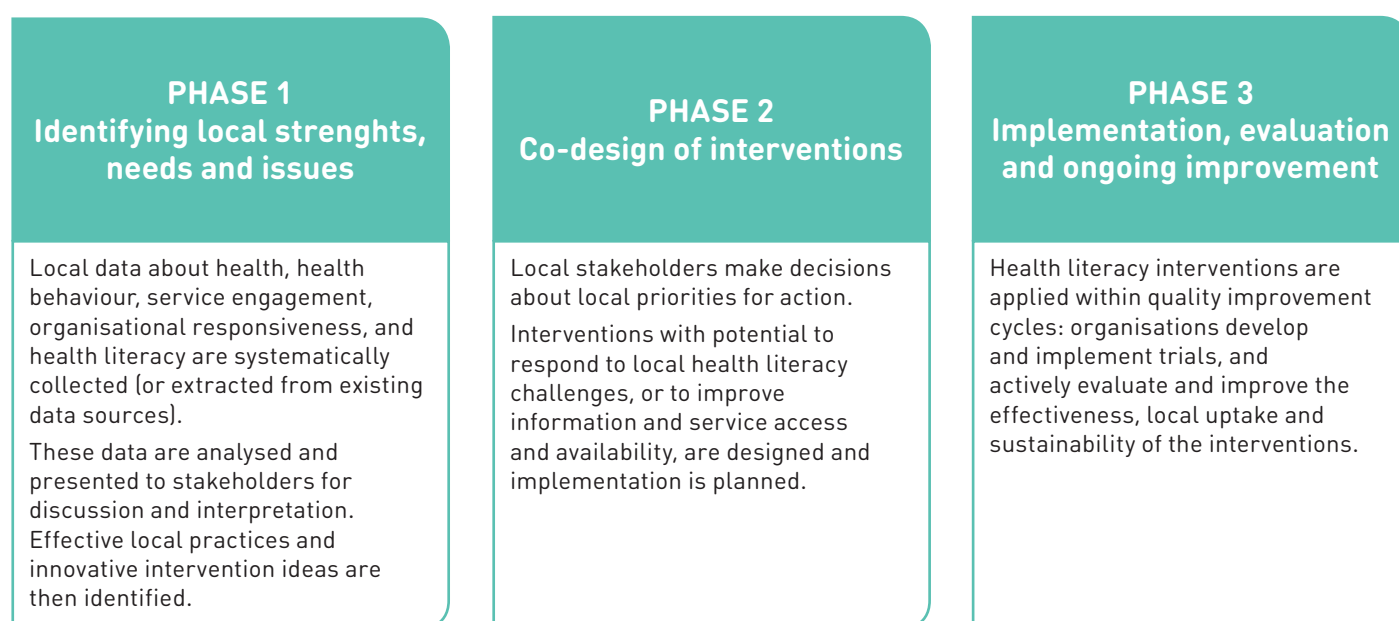
Source: reproduced from Beauchamp et al., 2017 (15)

workers, managers etc.) and members of the community, in which so-called vignettes, generated from the locally collected data, are presented and discussed. The vignettes capture groupings of strengths and weaknesses across health literacy domains, as well as demographic background and lived experience of a diverse range of individuals within the population, by creating narratives about individuals within each grouping. The vignettes ensure the data collected come across as real-life examples of the diversity of individuals living in the community. Stakeholders reflect on the vignettes, utilizing local wisdom to address the identified challenges, needs and strengths of a range of community members. Phase 2 entails the co-design of interventions into implementable packages, in collaboration with local stakeholders, using the results from Phase 1. Phase 3 then focuses on the testing, implementation and quality improvement, evaluation and embedding of selected interventions (15, 16). A more thorough description of the different phases has been published elsewhere (15, 16, 19).

WHO NHLDPs

As of today, seven European projects have been designated as a WHO NHLDP. They are united under the newly established WHO European Action Network on Health Literacy for Prevention and Control of NCDs, launched in January 2019 (20). This Action Network seeks to generate

FIG. 1. THE THREE PHASES OF THE OPHELIA PROCESS



Source: amended from Beauchamp et al., 2017 (15)

a European community of practice and build up evidence on the on the NHLDP approach's impact on tackling the burden of NCDs. The seven initial projects are diverse in nature, dealing with a broad range of health settings, in populations with diverse health conditions and at different life stages (Table 2). These projects explore the utility of the Ophelia process in generating better care, more sustainable health-care services, better health and equity for people with NCDs. The network also enables teams to exchange experiences and build expertise and capacity within the European Region. We briefly introduce the seven projects below.

NHLDP DENMARK

The Heart Skills Project in Denmark aims to develop specific health literacy interventions targeting participation and health outcomes in people referred to a cardiac rehabilitation unit in a Danish municipality. The strong positive impact of cardiac rehabilitation on health outcomes, including quality of life following cardiac disease onset, is well documented (21). Understanding the condition, self-management and the ability to navigate the health system by patients all play a central role in recovery and prevention of complications. These competences are dimensions of health literacy and low health literacy is strongly associated with the prevalence of cardiac conditions and with cardiac risk behaviour (22).

The needs assessment of the Heart Skills Project focused on both the health literacy of individuals and on the health literacy responsiveness of the unit. HLQ profiles of 161 people referred to a cardiac rehabilitation unit were generated, along with an organizational self-assessment based on the Organisational Health Literacy Responsiveness (Org-HLR) framework (23). The latter provided an overview of the capacity for health literacy responsiveness of the unit and initiated a transformation: to use health literacy to guide future approaches in identifying and managing vulnerable patients. Patients, staff and managers participated in co-design workshops, generating many improvement ideas. These ideas were incorporated into programme theory, which included several new initiatives for improving attendance and participation. Based on these processes, the Heart Skills Project is currently testing two interventions in the rehabilitation unit focusing on patients' social support and support by health-care providers.

NHLDP FRANCE

The French project aims to design interventions to improve digital health literacy and health equity on Réunion Island, where the Indian Ocean health innovation digital platform is currently being developed to address the burden of the most

prevalent chronic diseases in the region. Digital health literacy is an individual's ability to successfully search for, access, understand and evaluate desired health information and services from electronic sources, and then use this information to manage a health problem (24).

The needs assessment (using the HLQ, eHLQ and qualitative interviews) includes people with chronic diseases such as diabetes, cardiovascular disease and kidney disease in outpatient hospital settings, health-care management networks, dialysis centres, and pharmacies (n=600). Early results from the assessment of health literacy needs and strengths of people living with long-standing diabetes on Réunion Island show difficulties in getting and appraising health information. It also revealed great diversity in people's ability to navigate health services depending on location (for example, limited access to specialists in remotes areas) and the presence of a primarily functional (or one-way) relationship to treatment and disease follow-up, where patients leave it up to health professionals to provide directions and initiatives. In contrast, respondents actively engaged in exercise and healthy food practices. The study also demonstrated that social support for health as well as relationships with professionals and health-care services are important determinants for successfully managing health (25). In Phase 2, these data will be used to provide the essential elements for co-design, engaging all professional, institutional and consumer stakeholders in generating interventions to improve access and equity in health for people with chronic diseases.

NHLDP IRELAND

The project in Ireland addresses cardiovascular disease and obesity in children and adolescents. Childhood obesity has been acknowledged as one of the most serious public health challenges of the 21st century due to its increasing prevalence and associated health consequences (26). Obesity can affect a child's immediate health, educational attainment and quality of life (27) as well as tracking into adulthood, bringing the negative consequences of NCDs (28). Despite health literacy being identified as a critical factor in preventing NCDs and addressing health inequalities, there is little research exploring the effectiveness of health literacy interventions, especially among adolescents. The Irish Heart Foundation Schools Health Literacy Project aims to conduct research on adolescent health literacy levels and develop a school-based intervention addressing health literacy in disadvantaged communities. The project will use the Ophelia process to develop a health literacy intervention for students aged 12–16 years in DEIS (delivering equality of opportunity in schools) schools. Data on the health literacy needs of the students, parents and teachers will be gathered, followed by co-design workshops with relevant stakeholders. It

is envisaged that the intervention will encompass a whole-school approach using cutting-edge technology, embedded within the Wellbeing curriculum. Scalability and transferability are being factored in from the outset.

NHLDP THE NETHERLANDS

The project in the Netherlands is focused on addressing the needs of patients with the three most common rheumatic conditions (rheumatoid arthritis (RA), spondyloarthritis (SpA) and gout) in specialized outpatient rheumatology care in a hospital setting. Rheumatic and musculoskeletal diseases are highly prevalent and their impact on the global burden of disease has increased by 65.9% between 1990 and 2017 due to population growth, population ageing and improved diagnostics (1). Considering that one in every three people in the Netherlands has limited health literacy (29), and that there is a large equity gap in the prescription of costly rheumatic medication (30), there is potential to reduce the burden of rheumatic conditions by addressing health literacy needs.

The HLQ-based needs assessment involved a clinically diverse sample of nearly 900 patients from three geographically and socio-demographically diverse regions. Additionally, this project measured health professionals' perceptions of their patients' health literacy in order to explore patterns in eventual under- or overestimation. During the needs assessment phase, the study team observed a remarkable increase in the clinical staff's awareness of health literacy and their engagement in the project. Collaboration with primary care and public health professionals will be sought to achieve maximum impact during Phase 2 and 3 of the project.

NHLDP NORWAY

The Norwegian project targets people with chronic obstructive pulmonary disease (COPD), a disease with serious symptoms such as breathlessness, fatigue, depression, anxiety and pain, as well as physical impairment and low quality of life. Exacerbations and repeated readmission to hospitals are common (31). Accessing, utilizing and following-up on treatment is complex for these patients. Thus, people with COPD may have many health literacy challenges, but health literacy has been little investigated in this population.

NHLDP Norway is the only European NHLDP in Phase 3 as of June 2019. It followed the Ophelia phases with the following activities. First, a cross-sectional needs assessment study was performed among 158 patients, using the HLQ and focus group interviews of patients with COPD and health-care professionals. Focus group interviews identified four main focal areas of health literacy to be addressed: 1) to increase

security to feel less anxious; 2) to increase knowledge of patients and professionals, improve follow-up and maintain information flow between patients and professionals, as well as between specialist health-care services and community health-care services; 3) to increase motivation for endurance and self-management; and 4) to increase dignity. Further analysis from the cross-sectional study showed that low health literacy was associated with higher readmission rates, more disease-related problems, low well-being, low self-efficacy, living alone, smoking habits and poor handling of medication. In Phase 2, these factors were discussed in workshops with health professionals from the community and specialist services, patients with COPD and researchers. This led to the development of a health literacy intervention that is currently being tested in comparison to the standard care in Phase 3. After hospitalization, the intervention group receives follow-up by specialized COPD nurses who are trained in motivational interviewing. Follow-up includes weekly home visits for eight weeks and monthly telephone calls for an additional four months. Additionally, medical specialists and community health-care services collaborate to provide patients with a supporting intervention, tailored to the individual. This may include tools to improve knowledge of COPD, use of medication and technical equipment (such as oxygen therapy or respiratory support), aid to quit smoking, nutritional support, psychosocial support or assistance in finding and participating in health-care-related activities in the community. Effects on hospital readmission, health literacy, self-management, quality of life and health expenditure are currently being investigated in a randomized controlled trial.

NHLDP PORTUGAL

The main objective of the NHLDP in Portugal is to develop innovative, responsive approaches to promote health literacy, focused on the prevention of Diabetes Mellitus Type 2 (T2DM) and its complications, as well as the promotion of well-being in the general population. T2DM represents a serious public health problem with increasing worldwide incidence and prevalence (32). T2DM is considered a health priority because of its human, social and economic burden, its chronicity and its association with serious complications (33, 34). Both prevention and treatment of T2DM can be a daunting task, requiring people to have substantial health literacy to manage adequate self-care and be motivated and able to make informed decisions regarding their health.

The initial needs assessment using the HLQ involved 453 patients from the Portuguese Diabetes Association (APDP – Diabetes Portugal). The health literacy profiles resulting from these data will be used in co-design workshops with patients

and professionals to identify the priorities, strategies and activities APDP should focus on. Simultaneously, stakeholder working groups (with staff and people with T2DM) guided by the Org-HLR framework (23) will determine priorities for organizational improvement. Phase 2 will be community-based, involving the Lisbon and Oeiras municipalities and their health centres. Therefore, the Phase 1 needs assessment will be replicated in these settings with local participants with diabetes or pre-diabetes, community stakeholders and health-care professionals. Besides health literacy, the project will also assess diabetes empowerment and self-care activities through questionnaires. Overall, these partnerships will allow a thorough diagnosis of needs, identification of priorities, and co-design of innovative solutions with scaling-up potential.

NHLDP SLOVAKIA

The Slovakian project targets people with various chronic health conditions. While people with chronic renal failure receiving dialysis are the primary focus, people with cervical dystonia, periodontitis, precancerous conditions or endometrial cancer, and endometriosis are also included.

The number of people requiring dialysis treatment is continuously increasing because of an increasing prevalence of chronic kidney disease, although recently growth has slowed (35). Dialysis patients require complicated therapeutic care and adherence to treatment protocols is crucial for their successful management (36, 37). Health literacy is known to be associated with treatment adherence (38). In this project, health literacy profiles will be used to guide the process to improve health-care efficiency and increase the responsiveness of the Slovakian health-care system.

Needs assessment involved 565 patients from 20 dialysis clinics across Slovakia. Self-reported data were collected on health literacy, using the HLQ, and quality of life and adherence through additional questionnaires. Diverse clinical data (for example, fluid overload, phosphoremia, kalaemia, blood pressure, haemodynamic status) were obtained from medical records. Data are currently being analysed to generate vignettes to facilitate Phase 2, which will be in collaboration with patients and health-care providers from dialysis centres. Stakeholders will be invited to participate in several workshops to co-design interventions based on real-life data.

DISCUSSION

The global burden of NCDs is increasing; it poses economic and social challenges through ever-increasing health system

expenditure and persisting health inequities (1, 4–6). Health literacy is increasingly recognized as a means of addressing inequity – especially in relation to the prevention of NCDs in all phases of the life course and in population groups that have been insufficiently engaged with in the past (39). The problem is apparent; now is the time to act.

In this report, we have outlined the basis of the emerging NHLDP Action Network, initiated under the auspices of WHO. Through the eight guiding principles embedded in the Ophelia approach (Table 1), NHLDPs work to improve health outcomes and equity (15). While each of the NHLDPs is at a different stage, they each highlight specific principles in achieving this goal. The Norwegian project, for example, currently best showcases the focus on outcomes (Principle 1), with an ongoing randomized controlled trial measuring the effects on hospital readmission, quality of life, self-management and health expenditure. The French project, on the other hand, best emphasizes the equity-driven approach (Principle 2), as data are collected in a disadvantaged population of Réunion Island (40). NHLDP Slovakia notably focuses on involving stakeholders from multiple levels (for example, consumers, clinicians and managers) (Principle 3) to address low treatment adherence. The NHLDPs of Portugal and the Netherlands are making particular efforts to undertake needs assessments in multiple settings to get data specific to local needs (Principles 4 and 5) while aiming to inform policy and practice for wider populations. Meanwhile, NHLDP Ireland demonstrates responsiveness (Principle 7) well by adapting the methodology to measure health literacy needs of a younger generation. Last but not least, systematic project application through a multilevel approach (Principle 8) is exemplified by NHLDP Denmark where patient health literacy is addressed alongside organizational health literacy responsiveness. This opens the door for interventions and developments at the level of patient-physician interaction, as well as the organizational and policy-making level, recognizing the multiple pathways through which health literacy is associated with health outcomes (11). As the NHLDPs are all still currently within their project period, sustainability (Principle 6), where optimal health literacy practice becomes standard practice and policy, has yet to be demonstrated. However, the projects in Phase 2 and 3 have shown that all stakeholders involved take ownership of the intervention, which makes for a well-integrated comprehensive strategy and bodes well for their long-term impact, after the initial project period comes to a close.

The NHLDP Network offers a number of opportunities, by simultaneously implementing the NHLDP projects in multiple settings and contexts, and showing potential for

TABLE 2. THE SEVEN WHO NHLDPs IN THE EUROPEAN REGION (AS OF APRIL 2019)

Country and current Ophelia phase	Focus disease(s) and target population	Setting	Lead and partner organizations	Reason for project	Aims	Progress to date	Funding
Denmark - Phase 2	Cardiac conditions Targets patients undergoing cardiac rehabilitation	A municipal rehabilitation unit	Lead: Department of Public Health, Aarhus University Partners: Randers Municipality and their collaborators	Suboptimal attendance and adherence to a recommended cardiac rehabilitation programme	To develop a specific health literacy intervention targeting participation and health outcomes in people recovering from cardiac disease	Performed organization- and user-based health literacy needs assessments Co-designed interventions based on vignettes, focusing on social support and support from health-care professionals Pilot test of interventions based on PDSA-cycle is underway	External grants from the Danish Heart Association, regional authorities and a private fund along with an internal research grant
France (Réunion Island) - Phase 1	Chronic illness (kidney failure, diabetes, CVD) Targets patients representing the general population of Réunion	Local pharmacies, dialysis centres, primary care network and specialized outpatient clinics (diabetes, nephrology, cardiology)	Lead: CIC-EC 1410 INSERM, CHU Réunion Partners: ICARE unit, University of Réunion, OIIS eHealth platform, health-care provider associations, Regional Health Agency of Réunion	Inequality in access, accessibility, and use of digital health information and tools, and the development of the OIIS regional eHealth platform	To assess health literacy and digital health literacy in chronically ill populations, disadvantaged as a result of geographical, social or psychosocial, economic, educational or cultural reasons To assess the potential contribution of existing tools, via the OIIS digital platform To improve access and equity in health for the chronically ill	Performed health literacy and digital health literacy needs assessments	French interregional fund for health research
Ireland - Phase 1	Obesity and CVD in children and adolescents Targets young people (aged 12–16) and their families in schools and communities	Secondary schools and communities in disadvantaged areas The project will be scalable nationally and have international transferability	Lead: Irish Heart Foundation Partners: Dublin City University; University College Dublin	High levels of childhood obesity, affecting children's current health, and throughout the life course	To assess adolescent health literacy levels To co-design a curriculum-based health literacy intervention, using cutting-edge technology in disadvantaged secondary schools to address cardiovascular health inequalities	Performed literature review of adolescent health literacy Establishment of project working group Dialogue with a technology partner is ongoing	Irish Heart Foundation funding Additional funding being sought

TABLE 2. THE SEVEN WHO NHLDPs IN THE EUROPEAN REGION (AS OF APRIL 2019)

Country and current Ophelia phase	Focus disease(s) and target population	Setting	Lead and partner organizations	Reason for project	Aims	Progress to date	Funding
The Netherlands - Phase 1	Rheumatic conditions (RA, SpA, gout) Targets patients in three hospital-based centres, representative of the national diversity in specialized rheumatic care	Specialized outpatient rheumatology clinics	Lead: Maastricht UMC+ Partners: Medisch Spectrum Twente Hospital Enschede, Maasstad Hospital Rotterdam	Increasing burden of rheumatic diseases and inequity in the prescription of costly anti-rheumatic drugs	To tailor care to health literacy needs of patients, improve equity in care by co-designing health literate clinics To explore health professionals' perceptions of patient health literacy in regular care	Performed health literacy needs assessment Observed increased awareness of health literacy among clinical staff	Internal research budgets of the participating centres & Niels Stensen Fellowship Additional funding being sought
Norway - Phase 3	COPD Targets patients after hospitalization and subsequent follow-ups in four community sites in the Oslo region	Cooperation between hospital and community care	Lead: Lovisenberg Diaconal Hospital. Partners: University of Oslo and the community sites; Grünerløkka, Gamle Oslo, St. Hanshaugen and Sagene	High readmission rates for COPD patients, as well as high disease impact: multiple symptoms, low quality of life and difficulties in coping	To develop and evaluate a health literacy partnership health promotion intervention, in collaboration with patients, hospitals, municipalities and the university	Performed health literacy needs assessment Co-designed the intervention, currently being evaluated in an RCT	Norwegian ExtraFoundation for Health and Rehabilitation, internal budgets of lead and partner organizations
Portugal - Phase 1	Type 2 Diabetes Mellitus Targets patients in communities and from a national patient organization	Diabetes outpatient clinic with community involvement	Lead: NOVA School of Public Health and APDP – Diabetes Portugal Partners: Health centres and municipalities	Increased prevalence of type 2 diabetes and low health literacy levels in the population, especially among those with low socioeconomic status	To reduce the incidence of type 2 diabetes To improve the responsiveness of the health services to health literacy and self-care management To promote healthy lifestyles and improve disease control	Performed literature review of diabetes and health literacy Translation and validation of HLQ for the Portuguese population Evaluation of organizational responsiveness of APDP – Diabetes Portugal underway	Internal research budgets at APDP and NOVA School of Public Health Additional funding being sought
Slovakia - Phase 1	Chronic illness, primary focus on dialysis patients Targets patients from 20 dialysis centres across Slovakia	Specialized dialysis centres	Lead: Department of Health Psychology, Faculty of Medicine, P.J. Šafárik University in Kosice Partners: Fresenius Medical Care – dialysis services	Suboptimal adherence of dialysis patients to recommended treatment	To improve the efficiency of chronic disease management and responsiveness of the health-care system and health-care providers	Performed health literacy needs assessment	Slovak Research and Development Agency

Abbreviations: CVD = cardiovascular disease, RA = rheumatoid arthritis, SpA = spondyloarthritis, COPD = chronic obstructive pulmonary disease, CIC-EC 1410 INSERM = Centre of Clinical and Epidemiological Investigations, French National Institute of Health and Medical Research, CHU = University Hospital, ICARE = Austral Cooperative Institute of Research in Education, OHS = Indian Ocean Health Innovation, UMC = University Medical Centre, APDP = Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal [Portuguese Diabetes Association], PDSA = plan, do, study, act, RCT = randomized controlled trial, HLQ = Health Literacy Questionnaire

promising interventions to develop from small pilots to larger-scale programmes. Moreover, the network of researchers and clinicians from different backgrounds working on projects based on similar principles offers a wealth of opportunities for mutual support, ideas and expertise exchange. Within the NHLDP Network, important methodological discussions are already under way regarding robust process development and outcome measures of the ongoing projects. Sharing and reflecting the upcoming results of Phases 2 and 3 from multiple projects will shed much needed light on what are potentially generalizable processes to tackle health and inequality among vulnerable groups in Europe, which would be hard to ascertain from a single project.

In conclusion, the European NHLDPs successfully apply the Ophelia principles to generate knowledge and develop interventions that aim to advance health and equity through health literacy. One of the most promising aspects in all the NHLDPs is the observed engagement from local partners at all stages of the intervention development process. This bodes well for the NHLDPs to generate wanted, effective and sustainable interventions that have a lasting effect on NCD outcomes. Project teams also report that extensive local capacity building is taking place. The NHLDPs currently in the most advanced phases (Norway and Denmark) highlight the potential of practical outcomes of the co-design phase, such as new communication strategies and coping tools. The long-term outcomes of the NHLDPs ability to bend the NCD curve are still too early to predict. However, the processes of engagement and action are promising for the future.

Acknowledgements: The authors acknowledge the project teams in each country for their contribution to the NHLDP Network and this paper (Table 3).

Sources of funding: Polina Putrik was supported by a Niels Stensen Fellowship between 01/02/2018 and 31/12/2018. Anna Aaby and Helle Terkildsen Maindal were supported by the Danish Heart Foundation [15-R99-A5895-22939]; Central Region Denmark [1-15-1-72-13-09]; Karen Elise Jensen's Foundation; and Aarhus University [18296471]. Xavier Debussche was supported by GIRCI Sud-ouest Outre-mer Hospitalier, Bordeaux, France [APITHEM 2018]. Christine Råheim Borge was supported by the Norwegian ExtraFoundation for Health and Rehabilitation [2017/FO147263]. Peter Kolarčík was supported by the Slovak Research and Development Agency [APVV-16-0490]. Richard Osborne was funded in part through a National

Health and Medical Research Council (NHMRC) of Australia Principal Research Fellowship [#APP1155125].

Ethical considerations: All individual projects described in this paper have been individually assessed and approved by the ethics committees of the lead organizations in each country. All participants in each of the projects have provided informed consent.

Conflict of interest: None declared.

Disclaimer: The authors alone are responsible for the views expressed in this publication and they do not necessarily represent the decisions or policies of the World Health Organization.

TABLE 3. NHLDP TEAMS

Country	Project team	Contact email
Denmark	Helle Terkildsen Maindal, Anna Aaby	aaby@ph.au.dk
France (Réunion Island)	Xavier Debussche, Maryvette Balcou-Debussche, Emmanuel Chirpaz, Delphine Ballet, Fanny David, Jessica Caroupin, Roselyne Coppens	xavier.debussche@chu-reunion.fr
Ireland	Tim Collins, Laura Hickey, Janis Morrissey, Sarahjane Belton, Johann Issartel, Celine Murrin, Clare McDermott	jmorrissey@irishheart.ie
The Netherlands	Annelies Boonen, Polina Putrik, Mark Matthijs Bakker, Marc Kok, Hanneke Voorneveld, Mart van de Laar, Harald Vonkeman	mark.bakker@mumc.nl
Norway	Astrid Wahl, Christine Råheim Borge, Marie H. Larsen, Marit Andersen	chrr@lds.no
Portugal	Maria Isabel Loureiro, Dulce do Ó, Ana Rita Goes, Sónia Dias, João Filipe Raposo	dulce.o@apdp.pt
Slovakia	Peter Kolarčík, Ivana Skoumalová, Jaroslav Rosenberger	peter.kolarcik@upjs.sk

REFERENCES¹

1. Global Burden of Disease Study 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of

¹ All references were accessed on 7 August 2019.

- Disease Study 2017. *Lancet*. 2018;392(10159):1789–858. doi:10.1016/S0140-6736(18)32279-7.
2. Global Burden of Disease Study 2017 Causes of Death Collaborators. Global, regional, and national age-sex-specific mortality for 282 causes of death in 195 countries and territories, 1980–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*. 2018;392(10159):1736–88. doi:10.1016/S0140-6736(18)32203-7.
3. Bloom DE, Cafiero ET, Jané-Llopis E, Abrahams-Gessel S, Bloom LR, Fathima S et al. The Global Economic Burden of Noncommunicable Diseases. Geneva: World Economic Forum; 2011 (https://www.world-heart-federation.org/wp-content/uploads/2017/05/WEF_Harvard_HE_GlobalEconomicBurdenNonCommunicableDiseases_2011.pdf).
4. Chaker L, Falla A, van der Lee SJ, Muka T, Imo D, Jaspers L et al. The global impact of non-communicable diseases on macro-economic productivity: a systematic review. *Eur J Epidemiol*. 2015;30(5):357–95. doi:10.1007/s10654-015-0026-5.
5. Global status report on noncommunicable diseases. Geneva: World Health Organization; 2014 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/148114/9789241564854_eng.pdf;jsessionid=DAF3C34643B503186316DACD5F280C5C?sequence=1).
6. Mackenbach JP, Valverde JR, Artnik B, Bopp M, Bronnum-Hansen H, Deboosere P et al. Trends in health inequalities in 27 European countries. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2018;115(25):6440–5. doi:10.1073/pnas.1800028115.
7. UN General Assembly, Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development; 21 October 2015 (A/RES/70/1; <https://www.refworld.org/docid/57b6e3e44.html>).
8. Shanghai Declaration on promoting health in the 2030 Agenda for Sustainable Development. Geneva: WHO; 2016 (<http://www.who.int/entity/healthpromotion/conferences/9gchp/shanghai-declaration.pdf>).
9. Bröder J, Chang P, Kickbusch I, Levin-Zamir D, McElhinney E, Nutbeam D et al. IUHPE Position Statement on Health Literacy: a practical vision for a health literate world. *Glob Health Promot*. 2018;25(4):79–88. doi:10.1093/heapro/daw103.
10. Beauchamp A, Buchbinder R, Dodson S, Batterham RW, Elsworth GR, McPhee C, et al. Distribution of health literacy strengths and weaknesses across socio-demographic groups: a cross-sectional survey using the Health Literacy Questionnaire (HLQ). *BMC Public Health*. 2015;15(1):678. doi:10.1186/s12889-015-2056-z.
11. Paasche-Orlow MK, Wolf MS. The causal pathways linking health literacy to health outcomes. *Am J Health Behav*. 2007;31 Suppl 1:S19–26. doi:10.5555/ajhb.2007.31.supp.S19
12. Dornecq JP, Prutsky G, Elraiyah T, Wang Z, Nabhan M, Shippee N et al. Patient engagement in research: a systematic review. *BMC Health Serv Res*. 2014;14:89. doi:10.1186/1472-6963-14-89.
13. The WHO GCM/NCD Working Group on health education and health literacy for NCDs (Working Group 3.3, 2016–2017). In: World Health Organization [website]. Geneva: World Health Organization; 2018 (<https://www.who.int/global-coordination-mechanism/working-groups/working-group-3-3/en/>).
14. World Health Organization Global Coordination Mechanism on the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases. Considerations for setting up a National Health Literacy Demonstration Project (NHLDP). Melbourne: Deakin University; 2017.
15. Beauchamp A, Batterham RW, Dodson S, Astbury B, Elsworth GR, McPhee C et al. Systematic development and implementation of interventions to OPTimise Health Literacy and Access (Ophelia). *BMC Public Health*. 2017;17(1):230. doi:10.1186/s12889-017-4147-5.
16. Batterham RW, Buchbinder R, Beauchamp A, Dodson S, Elsworth GR, Osborne RH. The OPTimising HEalth LIterAcy (Ophelia) process: Study protocol for using health literacy profiling and community engagement to create and implement health reform. *BMC Public Health*. 2014;14:694. doi:10.1186/1471-2458-14-694.
17. Osborne RH, Batterham RW, Elsworth GR, Hawkins M, Buchbinder R. The grounded psychometric development and initial validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ). *BMC Public Health*. 2013;13:658. doi:10.1186/1471-2458-13-658.
18. Dodson S, Beauchamp A, Batterham R, Osborne R. Information sheet 13: Information and Supports for Health Actions Questionnaire (ISHA-Q). In: Health Literacy Toolkit For Low- and Middle-Income Countries. A series of information sheets to empower communities and strengthen health systems. New Delhi: World Health Organization; 2014 (http://apps.searo.who.int/PDS_DOCS/B5148.pdf).
19. Batterham RW, Hawkins M, Collins PA, Buchbinder R, Osborne RH. Health literacy: Applying current concepts to improve health services and reduce health inequalities. *Public Health*. 2016;132:3–12. doi:10.1016/j.puhe.2016.01.001.
20. Health literacy as a lever to prevent and control NCDs – workshop in Portugal, 17–18 January 2019, Lisbon, Portugal; 2019 [website] (<http://www.euro.who.int/en/media-centre/events/events/2019/01/health-literacy-as-a-lever-to-prevent-and-control-ncds-workshop-in-portugal>).
21. Anderson L, Taylor RS. Cardiac rehabilitation for people with heart disease: an overview of Cochrane systematic reviews. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014(12):Cd011273. doi:10.1002/14651858.CD011273.pub2.
22. Aaby A, Friis K, Christensen B, Rowlands G, Maindal HT. Health literacy is associated with health behaviour and

- self-reported health: A large population-based study in individuals with cardiovascular disease. *Eur J Prev Cardiol.* 2017;24(17):1880–8. doi:10.1177/2047487317729538.
23. Trezona A, Dodson S, Osborne RH. Development of the Organisational Health Literacy Responsiveness (Org-HLR) self-assessment tool and process. *BMC Health Serv Res.* 2018;18(1). doi:10.1186/s12913-018-3499-6.
 24. Kayser L, Karnoe A, Furstrand D, Batterham R, Christensen KB, Elsworth G et al. A Multidimensional Tool Based on the eHealth Literacy Framework: Development and Initial Validity Testing of the eHealth Literacy Questionnaire (eHLQ). *J Med Internet Res.* 2018;20(2):e36. doi:10.2196/jmir.8371.
 25. Debussche X, Balcou-Debussche M. Analyse des profils de littératie en santé chez des personnes diabétiques de type 2 : la recherche ERMIES-Ethnosocio. [Health literacy profiles in type 2 diabetes: The ERMIES-Ethnosocio study]. *Sante Publique (Bucur).* 2018;S1(HS1):145–56. doi:10.3917/spub.184.0145 (in French).
 26. Prioritizing areas for action in the field of population-based prevention of childhood obesity. Geneva: World Health Organization; 2012 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/80147>).
 27. Report of the Commission on Ending Childhood Obesity. Geneva: World Health Organization; 2016 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/204176>).
 28. Han JC, Lawlor DA, Kimm SY. Childhood obesity. *Lancet.* 2010;375(9727):1737–48. doi:10.1016/S0140-6736(10)60171-7.
 29. Heijmans M, Brabers A, Rademakers J. Health Literacy in Nederland. [Health Literacy in the Netherlands]. Utrecht: Nivel; 2018 (https://nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Gezondheidsvaardigheden_in_Nederland.pdf) (in Dutch).
 30. Putrik P, Ramiro S, Lie E, Keszei AP, Kvien TK, van der Heijde D et al. Less educated and older patients have reduced access to biologic DMARDs even in a country with highly developed social welfare (Norway): Results from Norwegian cohort study NOR-DMARD. *Rheumatology (Oxford).* 2016. doi:10.1093/rheumatology/kew048.
 31. Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease; 2019 (<https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2018/11/GOLD-2019-v1.7-FINAL-14Nov2018-WMS.pdf>).
 32. International Diabetes Federation. Diabetes Atlas 7th Edition. 7th Edition ed. Brussels: International Diabetes Federation; 2015 (<https://www.idf.org/component/attachments/attachments.html?id=1093&task=download>).
 33. American Diabetes Association. Introduction: Standards of Medical Care in Diabetes—2018. *Diabetes Care.* 2018;41(Supplement 1):S1–S2. doi:https://doi.org/10.2337/dc18-Sint01.
 34. SPD. Diabetes: Factos e Números. Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes. O Ano de 2015. [Facts and numbers, Annual Report of the National Diabetes Observatory. The Year 2015]. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Diabetologia; 2015 (https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/03/OND-2017_Anexo2.pdf) (in Portuguese).
 35. Heaf J. Current trends in European renal epidemiology. *Clin Kidney J.* 2017;10(2):149–53. doi:10.1093/ckj/sfw150.
 36. Ghimire S, Castelino RL, Jose MD, Zaidi STR. Medication adherence perspectives in haemodialysis patients: a qualitative study. *BMC Nephrol.* 2017;18(1):167. doi:10.1186/s12882-017-0583-9.
 37. Kammerer J, Garry G, Hartigan M, Carter B, Erlich L. Adherence in patients on dialysis: strategies for success. *Nephrol Nurs J.* 2007;34(5):479–86.
 38. Miller TA. Health literacy and adherence to medical treatment in chronic and acute illness: A meta-analysis. *Patient Educ Couns.* 2016;99(7):1079–86. doi:10.1016/j.pec.2016.01.020.
 39. Vámos S, Rootman I. Health Literacy as a Lens for Understanding Non-communicable Diseases and Health Promotion. In: McQueen D, editor. *Global Handbook on Noncommunicable Diseases and Health Promotion.* New York: Springer; 2013:169–87.
 40. Balcou-Debussche M, Rogers C. Promoting health education in a context of strong social and cultural heterogeneity: the case of the Reunion island. In: Simovska, Venka, Mannix M, Patricia, editors. *Schools for Health and Sustainability.* Dordrecht: Springer Netherlands; 2015:291–312. ■

ОТЧЕТ

Общее дело: Национальные демонстрационные проекты ВОЗ по развитию грамотности в вопросах здоровья (НДПГВЗ) служат удовлетворению потребностей в этой сфере в Европейском регионе

Mark Matthijs Bakker^{1*}, Polina Putrik^{1*}, Anna Aaby², Xavier Debussche³, Janis Morrissey⁴, Christine Råheim Borge⁵, Dulce Nascimento do Ó⁶, Peter Kolarčík⁷, Roy Batterham⁸, Richard H. Osborne⁸, Helle Terkildsen Maindal²

*Равноценный вклад в подготовку статьи

¹ Отделение ревматологии, кафедра внутренних болезней, Медицинский центр и Научно-исследовательский институт проблем медицинской помощи и общественного здоровья при Маастрихтском университете, Маастрихт, Нидерланды

² Факультет общественного здоровья, Орхусский университет, Дания

³ Центр клинических и эпидемиологических исследований, Французский национальный институт здравоохранения и медицинских исследований, Университетская больница имени Феликса Гийона, Реюньон, Франция

⁴ Ирландский фонд сердца, Дублин, Ирландия

⁵ Больница колледжа Lovisenberg Diaconal, Осло, Норвегия

⁶ Португальская ассоциация сахарного диабета, Лиссабон, Португалия

⁷ Кафедра психологии здоровья, Университет П. Й. Шафарика, Кошице, Словакия

⁸ Центр глобальных проблем здоровья и социальной справедливости, Технологический университет Суинберн, Мельбурн, Австралия

Автор, отвечающий за переписку: Mark Matthijs Bakker (адрес электронной почты: mark.bakker@mumc.nl)

АННОТАЦИЯ

Во всем мире растет бремя неинфекционных заболеваний (НИЗ), и Европейский регион не является исключением. Это создает сложные экономические и социальные проблемы, которые способствуют сохранению несправедливости в отношении здоровья. Сформулированная в Целях в области устойчивого развития (ЦУР) задача 3.4 прямо предусматривает снижение на одну треть преждевременной смертности от НИЗ посредством профилактики и лечения и поддержания психического здоровья и благополучия. Все большее признание получает многообещающая роль санитарной грамотности в профилактике и лечении НИЗ на всех этапах жизни. В поддержку этой тенденции и с целью получения фактических данных и ускорения разработки мер вмешательства по борьбе с НИЗ ВОЗ инициировала в Европейском регионе серию Национальных демонстрационных

проектов по развитию грамотности в вопросах здоровья (НДПГВЗ). В осуществляемых в настоящее время НДПГВЗ применяется методика OPHELIA («Оптимизация мер по развитию грамотности в вопросах здоровья и улучшению доступа»). В настоящей статье описываются методы, цели, статус и предварительные итоги семи флагманских европейских НДПГВЗ, в которых охватывается широкий спектр социальных контекстов (например, школы, больницы и местные сообщества), нарушений здоровья (например, сердечно-сосудистые заболевания, почечная недостаточность и ХОБЛ) и этапов жизни. Прогнозировать долгосрочное влияние этих НДПГВЗ на кривую заболеваемости НИЗ слишком рано, однако процессы вовлечения участников и осуществления практических действий в каждом из проектов обнадеживают.

Ключевые слова: НЕИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ГРАМОТНОСТЬ В ВОПРОСАХ ЗДОРОВЬЯ, ОПТИМИЗАЦИЯ МЕР ПО РАЗВИТИЮ ГРАМОТНОСТИ В ВОПРОСАХ ЗДОРОВЬЯ И УЛУЧШЕНИЮ ДОСТУПА (OPHELIA), ИССЛЕДОВАНИЯ С ВМЕШАТЕЛЬСТВОМ, СОВМЕСТНАЯ РАЗРАБОТКА

ВВЕДЕНИЕ

Во всем мире вследствие роста численности и старения населения и воздействия факторов, связанных с образом жизни, наблюдается рост бремени неинфекционных заболеваний, и Европейский регион здесь не исключение (1). НИЗ являются ведущей причиной смерти во всем мире: в 2017 г. ими были вызваны 73,4% всех случаев смерти (2). НИЗ поражают отдельных лиц и их семьи и негативно сказываются на всей их жизни, мешают как социальному, так и экономическому росту (3, 4). Сильнее всего бремя НИЗ бьет по людям, находящимся в неблагоприятном социальном или экономическом положении, и способствует закреплению несправедливости в отношении здоровья (5, 6). Одна из задач, сформулированных в Целях в области устойчивого развития (ЦУР), – задача 3.4 – предусматривает снижение на одну треть преждевременной смертности от неинфекционных заболеваний посредством профилактики и лечения и поддержания психического здоровья и благополучия (7).

На Девятой глобальной конференции по укреплению здоровья, состоявшейся в 2016 г. в Шанхае, грамотность в вопросах здоровья была признана одной из главных предпосылок укрепления здоровья для выполнения требований Повестки дня в области устойчивого развития на период до 2030 года (8). В течение всего последнего десятилетия предлагалось множество определений грамотности в вопросах здоровья. Особенно всеобъемлющее определение, в котором грамотность в вопросах здоровья признается как на индивидуальном уровне, так и на уровне организаций, было выдвинуто Международным союзом укрепления здоровья и медико-санитарного просвещения: «Грамотность в вопросах здоровья – это сочетание личностных компетенций и ситуационных ресурсов, необходимых людям для получения доступа к информации и услугам, их понимания, оценивания и использования для принятия решений, касающихся здоровья. Она включает способность излагать эти решения, заявлять о них и действовать в соответствии с ними. Чувствительность к проблемам и потребностям в сфере грамотности в вопросах здоровья характеризует то, как службы, организации и системы здравоохранения предоставляют и делают доступными для людей медико-санитарную информацию и ресурсы в соответствии с сильными и слабыми сторонами грамотности в вопросах здоровья» (9).

Быстрый прогресс в развитии медицинских технологий и вариантов лечения неизбежно ведет к усложнению систем здравоохранения. Это создает для уязвимых людей

и сообществ, обладающих низким уровнем грамотности в вопросах здоровья, риск того, что они окажутся забытыми, останутся без внимания со стороны системы из-за сниженных возможностей доступа, знаний и понимания (9). К уязвимым группам относятся люди, имеющие ограниченное образование, прибывшие в страну как мигранты, страдающие сочетанными заболеваниями или испытывающие одиночество, наряду с другими категориями людей, чей голос часто никто не слышит (10). Когда принимаемые меры вмешательства не предполагают удовлетворения специфических потребностей этих групп и сообществ, за средними улучшениями в состоянии здоровья населения может скрываться расширяющееся неравенство в отношении здоровья. Вот почему мы должны всегда спрашивать себя, доходят ли новые вмешательства до тех, кого часто не принимают во внимание, чтобы не допустить непреднамеренного расширения разрыва в показателях здоровья.

Применение инновационных подходов, в которых учитываются разнообразные потребности отдельных лиц и целых сообществ в грамотности в вопросах здоровья, могло бы ускорить разработку новых действенных мер вмешательства и улучшить охват и эффект уже осуществляемых вмешательств. Поскольку грамотность в вопросах здоровья связана с итоговыми показателями здоровья населения многими нитями (11), нужны решения различного характера на нескольких уровнях. Если к принятию решений будут по-настоящему и полноценно привлечены все заинтересованные стороны, включая уязвимые группы, меры вмешательства будут, скорее всего, полнее соответствовать потребностям большего числа людей и тем самым будут служить поддержкой ВОЗ в выполнении ее предназначения – никого не оставлять без внимания (12).

Выполняя свою миссию по уменьшению негативных последствий НИЗ, ВОЗ и государства-члены вкладывают средства в несколько инициатив по развитию грамотности в вопросах здоровья. Одна из таких инициатив осуществляется при ведущей роли Глобального координационного механизма по профилактике НИЗ и борьбе с ними (ГКМ/НИЗ), в рамках которого для этого создана Глобальная рабочая группа 3.3 по санитарному просвещению и грамотности в вопросах НИЗ (13). Этой Рабочей группой разработана инновационная концепция Национальных демонстрационных проектов ВОЗ по развитию грамотности в вопросах здоровья (НДПГВЗ). НДПГВЗ – это местные ситуационные исследования, представляющие собой проекты, реализуемые с целью доказательства правильности концепции, в ходе которых

проводится количественная оценка и повышение уровня грамотности в вопросах здоровья в местном или региональном контексте и которые могут и должны быть расширены по своим масштабам таким образом, чтобы улучшить состояние грамотности в вопросах здоровья во всей стране (14). Первый НДПГВЗ был успешно инициирован в Египте, а теперь такие проекты осуществляются в Европейском регионе и за его пределами, чтобы получить фактические данные о том, как грамотность в вопросах здоровья может ускорить разработку, реализацию и расширение масштабов вмешательств по профилактике НИЗ и борьбе с ними. На сегодняшний день статус НДПГВЗ ВОЗ получили семь проектов научных исследований и практического применения знаний, осуществляемых в Европе. В данной статье рассматривается развитие этих флагманских европейских НДПГВЗ и ставятся следующие цели:

- описать методологический подход к разработке вмешательств по развитию грамотности в вопросах здоровья, применяемый в НДПГВЗ;
- описать цели и статус каждого из семи НДПГВЗ, которые осуществляются в настоящее время в Дании, Ирландии, Нидерландах, Норвегии, Португалии, Словакии и Франции (остров Реюньон) в самых различных социальных контекстах, в группах людей, страдающих различными НИЗ и находящихся на разных этапах жизни;
- обсудить потенциальную роль НДПГВЗ ВОЗ в повышении уровня здоровья и социальной справедливости.

МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД: ПРОЦЕСС ОПТИМИЗАЦИИ МЕР ПО РАЗВИТИЮ ГРАМОТНОСТИ В ВОПРОСАХ ЗДОРОВЬЯ И УЛУЧШЕНИЮ ДОСТУПА (ORHELIA)

Во всех осуществляемых в настоящее время проектах серии НДПГВЗ исполнители при разработке вмешательств руководствуются принципами процесса ORHELIA («Оптимизация мер по развитию грамотности в вопросах здоровья и улучшению доступа») (15, 16). Процесс ORHELIA предполагает сотрудничество широкого круга

участников – членов местного сообщества, лидеров местного сообщества и медицинских работников, которые вместе вырабатывают меры вмешательства по развитию грамотности в вопросах здоровья исходя из различных сильных и слабых сторон грамотности, выявленных в данном сообществе (16). Проекты ORHELIA строятся на восьми основных принципах, приведенных в таблице 1 (15).

ТАБЛИЦА 1. ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ МЕТОДИКИ ORHELIA («ОПТИМИЗАЦИЯ МЕР ПО РАЗВИТИЮ ГРАМОТНОСТИ В ВОПРОСАХ ЗДОРОВЬЯ И УЛУЧШЕНИЮ ДОСТУПА»)

1. Ориентированность на конечный результат	Улучшение здоровья и уменьшение несправедливости в отношении здоровья
2. Стремление к обеспечению социальной справедливости	Во всех мероприятиях на всех этапах приоритетом являются интересы обездоленных групп и тех, кто сталкивается с несправедливостью в доступе к помощи и исходе лечения
3. Участие заинтересованных сторон в разработке вмешательств	Во всех мероприятиях на всех этапах в выработке решений принимают равноправное участие заинтересованные партнеры
4. Диагностирование потребностей как основа разработки вмешательств	Оценка местных потребностей с использованием местных данных совместно с заинтересованными сторонами
5. Использование местных знаний и опыта как руководства при разработке вмешательств	Разработка и осуществление вмешательств опирается на местный опыт и знания местных жителей
6. Долгосрочная устойчивость	Оптимальная практика развития и поддержания грамотности в вопросах здоровья становится обычной практикой и нормой в политике
7. Чувствительность к конкретным обстоятельствам	Признание того, что потребности в развитии грамотности в вопросах здоровья и правильно выбранные ответные меры бывают разными для разных людей, контекстов, стран, культур и в разное время
8. Системность в реализации	Многоуровневый подход, при котором ресурсы, меры вмешательства, научные исследования и политика организованы так, чтобы добиться оптимальной грамотности в вопросах здоровья

Источник: воспроизведено из работы Beauchamp et al., 2017 (15).

Процесс ORNELIA состоит из трех этапов (рис. 1), и в него с самого начала прочно встроены все восемь принципов, чтобы потенциальное воздействие проектов на социальную справедливость и итоговые показатели здоровья было максимальным (15). Первый этап включает оценку местных потребностей, для чего применяются такие многоаспектные инструменты, как «Вопросник об уровне грамотности в вопросах здоровья» (HLQ) (17) или «Вопросник о наличии информации и поддержки для принятия мер в отношении здоровья» (ISHA-Q) (18), вместе с которыми используются местные данные, например об участии служб или чувствительности организаций к существующим потребностям. Затем проводятся семинары с заинтересованными партнерами, в том числе с местными специалистами (медицинскими работниками, социальными работниками, работниками управленческого звена) и членами местного сообщества, на которых представляются и обсуждаются так называемые виньетки, или короткие красочные сообщения, составленные из собранных на местах данных. В этих виньетках отражены группы с сильными и слабыми сторонами в разных сферах грамотности в вопросах здоровья,

а также демографические характеристики и пережитый опыт разнообразного спектра индивидов, входящих в данную совокупность людей, для чего готовятся рассказы об отдельных лицах в каждой группе. Благодаря виньеткам собранные данные воспринимаются собравшимися как примеры из реальной жизни, демонстрирующие разнообразие индивидов, живущих в данном сообществе. Заинтересованные партнеры осмысливают представленные им виньетки и используют свои местные знания и практический опыт для нахождения путей решения проблем и удовлетворения потребностей, выявленных у целого ряда членов сообщества, с учетом их сильных сторон. Второй этап связан с совместной разработкой вмешательств и включением их в выполнимые пакеты мероприятий совместно с местными заинтересованными сторонами; при этом используются результаты, достигнутые на первом этапе. На третьем этапе главные усилия направлены на апробирование, реализацию и улучшение качества выбранных вмешательств, их оценку и укоренение в практику (15, 16). Более подробное описание различных этапов содержится в других публикациях (15, 16, 19).

РИС. 1. ТРИ ЭТАПА ПРОЦЕССА ORNELIA («ОПТИМИЗАЦИЯ МЕР ПО РАЗВИТИЮ ГРАМОТНОСТИ В ВОПРОСАХ ЗДОРОВЬЯ И УЛУЧШЕНИЮ ДОСТУПА»)



Источник: воспроизведено из работы Beauchamp et al., 2017 (15).

НАЦИОНАЛЬНЫЕ ДЕМОНСТРАЦИОННЫЕ ПРОЕКТЫ ВОЗ ПО РАЗВИТИЮ ГРАМОТНОСТИ В ВОПРОСАХ ЗДОРОВЬЯ (НДПГВЗ)

На сегодняшний день статус НДПГВЗ ВОЗ получили семь европейских проектов. Они объединены в недавно созданную Европейскую сеть действий ВОЗ по развитию грамотности в вопросах здоровья в поддержку профилактики и борьбы с НИЗ, которая официально начала свою деятельность в январе 2019 г. (20). Задача этой Сети действий состоит в формировании европейского сообщества практики и сборе фактических данных о воздействии методики НДПГВЗ на успехи в борьбе с НИЗ. Семь первых проектов разнообразны по своему характеру и охватывают широкий круг учреждений здравоохранения, групп населения с различными нарушениями здоровья и разные этапы жизни людей (таблица 2). В ходе этих проектов изучается полезность процесса OPHELIA для обеспечения более качественной помощи, более устойчивых в долгосрочной перспективе медико-санитарных услуг, повышения уровня здоровья и социальной справедливости для людей, живущих с НИЗ. Эта сеть также дает возможность группам работников, осуществляющих проекты в Европейском регионе, обмениваться опытом и наращивать свои знания и внутренний потенциал. Ниже приводится краткое описание всех семи проектов.

НДПГВЗ ДАНИЯ

Цель осуществляемого в Дании проекта «Навыки ведения болезней сердца» состоит в выработке конкретных мер вмешательства по развитию грамотности в вопросах здоровья, стимулирующих участие в процессе реабилитации людей, направляемых в кардиологическое реабилитационное отделение в одном из датских муниципалитетов, и способствующих улучшению итоговых показателей их здоровья. Имеется немало документальных подтверждений сильного положительного влияния реабилитации при болезнях сердца на итоговые показатели здоровья, включая качество жизни после наступления сердечно-сосудистого заболевания (21). Центральная роль в выздоровлении и предупреждении осложнений принадлежит пониманию пациентами своего состояния, умению самостоятельно вести его и способности ориентироваться в системе здравоохранения. Эти виды компетенции являются аспектами грамотности в вопросах здоровья, а низкий уровень

грамотности в вопросах здоровья тесно связан с распространенностью заболеваний сердца и поведением, создающим риск кардиологических заболеваний (22).

При оценке потребностей в проекте «Навыки ведения болезней сердца» внимание уделялось как грамотности в вопросах здоровья граждан, так и чувствительности реабилитационного отделения к потребностям в сфере грамотности в вопросах здоровья. По результатам изучения вопросников HLQ были составлены профили грамотности в вопросах здоровья для 161 пациента, направленного в кардиологическое реабилитационное отделение, а также была проведена самооценка организации с использованием системы оценки чувствительности организаций к потребностям в сфере грамотности в вопросах здоровья (Org-HLR) (23). Эта самооценка позволила получить представление о способности отделения проявлять чувствительность к потребностям в отношении грамотности в вопросах здоровья и дала толчок необходимому изменению: использованию уровня грамотности в вопросах здоровья в качестве ориентира при выработке будущих подходов к выявлению и ведению уязвимых пациентов. Пациенты, персонал и администрация отделений участвовали в семинарах по совместной выработке вмешательств, на которых было выдвинуто множество идей, касающихся улучшения работы. Эти идеи были включены в теоретическое обоснование программы, которая охватывала несколько новых инициатив по улучшению посещаемости отделения и участия пациентов в программе реабилитации. На основе этих процессов в настоящее время в проекте «Навыки ведения болезней сердца» проводится апробирование двух вмешательств в отделении реабилитации, в которых главное внимание уделяется социальной поддержке пациентов и поддержке со стороны поставщиков медико-санитарной помощи.

НДПГВЗ ФРАНЦИЯ

Целью французского проекта является выработка мер вмешательства по повышению уровня цифровой грамотности в вопросах здоровья и социальной справедливости в отношении здоровья на острове Режуньон, где в настоящее время разрабатывается цифровая платформа инноваций в области здравоохранения в регионе Индийского океана для снижения бремени наиболее распространенных хронических заболеваний в этом регионе. Цифровая грамотность в вопросах здоровья – это способность человека успешно искать, получать, понимать и оценивать желаемые медицинскую информацию и услуги из электронных источников, а затем использовать эту информацию для ведения того или иного нарушения здоровья (24).

Оценка потребностей (с использованием вопросников HLQ и eHLQ и качественных интервью) охватывала людей, страдающих такими хроническими заболеваниями, как сахарный диабет, сердечно-сосудистые заболевания и заболевания почек, в амбулаторных отделениях стационаров, в сетях организации медико-санитарной помощи, центрах диализа и аптеках (n=600). Первые результаты оценки потребностей и сильных сторон в сфере грамотности в вопросах здоровья у людей, живущих долгое время с сахарным диабетом, на острове Реюньон показывают трудности с получением и оцениванием медико-санитарной информации. Оценка также показала большие различия в способности людей ориентироваться в услугах и службах здравоохранения в зависимости от места проживания (например, ограниченный доступ к узким специалистам в самых отдаленных районах) и наличие преимущественно функционального (или одностороннего) отношения к лечению и последующему ведению заболевания, при котором пациенты оставляют на усмотрение медицинских работников все указания и предложения по ведению болезни. С другой стороны, респонденты активно участвовали в занятиях по лечебной физкультуре и здоровому питанию. Исследование также продемонстрировало, что важными детерминантами успеха в поддержании здоровья являются социальная поддержка мер по укреплению здоровья и взаимоотношения с медицинскими работниками и службами медико-санитарной помощи (25). На втором этапе эти данные будут использованы для обеспечения основных элементов, необходимых для совместной разработки вмешательств, и все заинтересованные стороны – медицинские работники, учреждения и потребители – будут участвовать в выработке мер вмешательства по улучшению доступа и повышению справедливости в отношении здоровья для людей, страдающих хроническими заболеваниями.

НДПГВЗ ИРЛАНДИЯ

Проект, осуществляемый в Ирландии, направлен на борьбу с сердечно-сосудистыми заболеваниями и ожирением у детей и подростков. Ожирение в детском возрасте признано одной из самых серьезных проблем общественного здравоохранения в XXI веке ввиду его растущей распространенности и ассоциирующихся с ним последствий для здоровья (26). Ожирение может негативно влиять на здоровье ребенка в данный момент, на его успехи в учебе и на качество жизни (27), а также продолжаться в зрелом возрасте и нести с собой негативные последствия в виде неинфекционных заболеваний (28). Несмотря на то что грамотность в вопросах здоровья была определена как один из критически важных факторов в профилактике

НИЗ и сокращении неравенства в отношении здоровья, научных исследований с целью изучения действенности вмешательств по развитию грамотности в вопросах здоровья, особенно среди подростков, мало. Цель проекта по развитию грамотности в вопросах здоровья в школах, осуществляемого Ирландским фондом сердца, состоит в том, чтобы изучить уровни грамотности в вопросах здоровья среди подростков и выработать меры вмешательства на базе школ по развитию грамотности в вопросах здоровья в сообществах, неблагополучных в социально-экономическом отношении. В проекте будет использована методика процесса OPHELIA для разработки вмешательства по развитию грамотности в вопросах здоровья у учащихся школ категории DEIS («Обеспечение равенства возможностей в школе») в возрасте 12–16 лет. Будет проведен сбор данных о потребностях в повышении уровня грамотности в вопросах здоровья среди учащихся, родителей и учителей, а затем с заинтересованными партнерами будет проведен семинар по совместной разработке вмешательства. Предполагается, что вмешательство будет охватывать всю школьную среду и в нем будет использована самая современная технология, а проводиться оно будет в рамках учебного плана по предмету «Благополучие». С самого начала в него закладываются возможности расширения масштабов и переноса в другие контексты.

НДПГВЗ НИДЕРЛАНДЫ

В Нидерландах проект нацелен на удовлетворение потребностей пациентов, страдающих тремя наиболее распространенными ревматическими заболеваниями (ревматоидным артритом – РА, спондилоартритом – СпА и подагрой), в специализированном отделении амбулаторной ревматологической помощи в стационарном учреждении. Ревматические заболевания и болезни костно-мышечной системы широко распространены во всем мире, и их вклад в глобальное бремя болезней в период 1990–2017 гг. вырос на 65,9%, что объясняется ростом численности населения, старением населения и совершенствованием методов диагностики (1). Если учесть, что у каждого третьего жителя Нидерландов грамотность в вопросах здоровья ограничена (29) и существует большой разрыв в социальной справедливости в отношении назначения дорогостоящих противоревматических препаратов (30), удовлетворение потребностей в повышении грамотности в вопросах здоровья в принципе может привести к снижению бремени ревматических болезней.

Для оценки потребностей с использованием вопросника HLQ была сформирована выборка численностью около 900 пациентов с разнообразными клиническими

состояниями, проживающих в трех регионах, различающихся по своим географическим и социально-демографическим характеристикам. Дополнительно в этом проекте проводилась оценка того, как медицинские работники воспринимают грамотность своих пациентов в вопросах здоровья, чтобы изучить закономерности в конечной недооценке или переоценке уровня грамотности. На этапе оценки потребностей группа проводивших исследование специалистов наблюдала заметный рост осведомленности лечащего персонала о грамотности в вопросах здоровья и его участия в проекте. На втором и третьем этапах проекта будут предприняты усилия по налаживанию сотрудничества с медицинскими работниками первичного звена и общественного здравоохранения для достижения на этих этапах максимального эффекта.

НДПГВЗ НОРВЕГИЯ

Проект в Норвегии нацелен на людей с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) – заболеванием с такими тяжелыми симптомами, как одышка, усталость, депрессия, беспокойство и боль, приводящим также к снижению физических возможностей и низкому качеству жизни; наблюдаются частые случаи обострений и повторной госпитализации (31). Таким пациентам трудно получить доступ к лечению, воспользоваться лечением и получать врачебную помощь после завершения лечения. Поэтому люди, страдающие ХОБЛ, могут испытывать множество проблем, связанных с грамотностью в вопросах здоровья, но уровень грамотности среди лиц этой категории изучен мало.

НДПГВЗ Норвегия является единственным европейским НДПГВЗ, достигшим по состоянию на июнь 2019 г. третьего этапа. В этом проекте были пройдены этапы процесса ORNELLIA, в ходе которых были проведены следующие мероприятия. Во-первых, было выполнено поперечное исследование с целью оценки потребностей у 158 пациентов с использованием вопросника HLQ и метода интервью в фокус-группах пациентов с ХОБЛ и медицинских работников. В результате интервью в фокус-группах были выявлены четыре главных, узловых области грамотности в вопросах здоровья, требующих вмешательства: 1) повысить ощущение защищенности, чтобы пациенты испытывали меньше беспокойства; 2) повысить уровень знаний у пациентов и медицинских работников, улучшить врачебное наблюдение и поддерживать постоянный поток информации между пациентами и медицинскими работниками, а также между специализированными службами медико-санитарной помощи и службами внестационарной медицинской помощи; 3) повысить степень мотивированности

к стойкому перенесению страданий и к самостоятельному ведению своего состояния; 4) повысить чувство собственного достоинства. Дальнейший анализ результатов поперечного исследования показал, что низкий уровень грамотности в вопросах здоровья ассоциирует с повышенной частотой повторной госпитализации, большим числом связанных с болезнью проблем, низким уровнем благополучия, низкой самооценкой, жизнью в одиночестве, привычкой к курению и неудовлетворительным соблюдением режима медикаментозного лечения. На втором этапе эти факторы обсуждались на семинарах с участием медицинских работников из местных служб и служб специализированной медицинской помощи, пациентов с ХОБЛ и научных работников, проводивших исследование. Это позволило разработать вмешательство по развитию грамотности в вопросах здоровья, которое в настоящее время на третьем этапе апробируется с целью его сравнения со стандартной методикой помощи. После госпитализации за группой пациентов, охваченных вмешательством, ведется катamnестическое наблюдение медицинскими сестрами, специализирующимися на ведении ХОБЛ, которые были обучены проведению мотивационных интервью. Катamnестическое наблюдение включает еженедельное посещение больных на дому в течение восьми недель и ежемесячные звонки по телефону еще на протяжении четырех месяцев. Дополнительно узкие специалисты и местные службы медико-санитарной помощи совместно организуют для пациентов поддерживающее вмешательство, адаптированное к индивидуальным особенностям каждого из них. Оно может включать различные методы повышения уровня знаний о ХОБЛ, применение медикаментозного лечения и технических средств (например, кислородной терапии или вспомогательной искусственной вентиляции легких), помощь в прекращении курения, алиментарную поддержку, психологическую поддержку или помощь в нахождении и участии в мероприятиях, связанных с медико-санитарной помощью, в местном сообществе. В настоящее время проводится рандомизированное контролируемое испытание для изучения влияния проекта на повторную госпитализацию, грамотность в вопросах здоровья, способность к самостоятельному ведению заболевания, качество жизни и расходы на здравоохранение.

НДПГВЗ ПОРТУГАЛИЯ

Главной целью проекта НДПГВЗ в Португалии является разработка инновационных, «отзывчивых» подходов к развитию грамотности в вопросах здоровья, сосредоточенных на профилактике сахарного диабета 2-го типа (СД2Т) и его осложнений, а также на повышении уровня благополучия среди населения в целом. СД2Т

представляет собой серьезную проблему общественного здоровья, во всем мире растет заболеваемость СД2Т и его распространенность (32). СД2Т ложится тяжким бременем на человека, общество и экономику, имеет хронический характер и ассоциирует с тяжелыми осложнениями, поэтому борьба с ним считается одним из приоритетов для системы здравоохранения (33, 34). Как профилактика СД2Т, так и его лечение могут быть очень трудной задачей, требующей, чтобы у людей была основательная грамотность в вопросах здоровья для ведения адекватной самопомощи и мотивация и способность к принятию осознанных решений относительно собственного здоровья.

В первоначальной оценке потребностей с использованием вопросника HLQ участвовали 453 пациента из Португальской ассоциации сахарного диабета (APDP). Составленные на основании полученных данных профили грамотности в вопросах здоровья будут использованы на семинарах по совместной разработке вмешательств с участием пациентов и медицинских работников, где будут определены приоритеты, выработаны стратегии и намечены мероприятия, на которых должна сосредоточить внимание APDP. Одновременно рабочие группы заинтересованных партнеров (в которых участвуют представители персонала и пациентов с СД2Т), руководствуясь системой оценки Org-HLR (23), определяют первоочередные задачи по улучшениям в самой организации. Второй этап будет проходить на базе и с участием местных сообществ, в нем будут участвовать муниципалитеты Лиссабон и Оэйраш и расположенные в них центры здоровья. Поэтому в этих муниципалитетах и центрах здоровья будет повторена оценка потребностей, проведенная на первом этапе, и в ней примут участие местные пациенты с сахарным диабетом или с преддиабетом, заинтересованные партнеры из местных сообществ и медицинские работники. Кроме грамотности в вопросах здоровья в ходе проекта с использованием вопросников будут также оцениваться мероприятия по расширению прав и возможностей больных сахарным диабетом и по организации помощи в самостоятельном ведении болезни. В целом такие партнерства позволят поставить точный диагноз потребностей, определить приоритеты и совместно выработать инновационные решения с возможностью последующего расширения масштабов их применения.

НДПГВЗ СЛОВАКИЯ

В проекте в Словакии в качестве целевого контингента выбраны люди с различными хроническими нарушениями здоровья. Хотя основное внимание в проекте уделяется больным хронической почечной недостаточностью, получающим диализное лечение, в него также включены лица

с цервикальной дистонией, периодонтитом, предраковыми состояниями или раком эндометрия и эндометриозом.

Число людей, которым необходимо диализное лечение, постоянно растет, так как растет распространенность хронической болезни почек, хотя в последнее время рост замедлился (35). Пациентам на диализе требуется сложная терапевтическая помощь, и для успешного ведения таких больных решающим условием является строгое соблюдение протоколов лечения (36, 37). Как известно, грамотность в вопросах здоровья ассоциирует с приверженностью лечению (38). В данном проекте ориентиром для процесса повышения рациональности медико-санитарной помощи и отзывчивости системы медико-санитарной помощи в Словакии будут служить профили грамотности в вопросах здоровья.

Оценкой потребностей было охвачено 565 пациентов из 20 центров диализа по всей Словакии. Данные о грамотности в вопросах здоровья собирались из ответов респондентов на вопросник HLQ, а для сбора данных о качестве жизни и приверженности лечению использовались дополнительные вопросники. Разнообразные клинические данные (например, перегрузка жидкостью, фосфоремия, калиемия, кровяное давление, гемодинамический статус) брались из медицинской документации. В настоящее время проводится анализ данных для составления виньеток, чтобы облегчить прохождение второго этапа, который будет осуществляться в сотрудничестве с пациентами и медицинскими работниками из центров диализа. Заинтересованные партнеры будут приглашены на семинары по совместной разработке вмешательств на основе реальных данных.

ОБСУЖДЕНИЕ

Рост глобального бремени НИЗ продолжается, и это создает экономические и социальные проблемы в виде постоянно растущих расходов системы здравоохранения и сохраняющейся несправедливости в отношении здоровья (1, 4–6). Все большее признание получает значение грамотности в вопросах здоровья как одного из средств уменьшения несправедливости, особенно в том, что касается профилактики НИЗ на всех этапах жизни и в группах населения, которым не уделялось достаточного внимания в прошлом (39). Проблема очевидна, теперь пора действовать.

**ТАБЛИЦА 2. СЕМЬ НАЦИОНАЛЬНЫХ ДЕМОНСТРАЦИОННЫХ ПРОЕКТОВ ВОЗ ПО РАЗВИТИЮ ГРАМОТНОСТИ
В ВОПРОСАХ ЗДОРОВЬЯ (НДПГВЗ) В ЕВРОПЕЙСКОМ РЕГИОНЕ (ПО СОСТОЯНИЮ НА АПРЕЛЬ 2019 г.)**

Страна и этап процесса ОРНЕРИА в настоящее время	Заболевание как объект проекта и целевой контингент	Учреждение, социальный контекст	Головная организация и организационные партнеры	Причина необходимости проекта	Цели	Прогресс, достигнутый на сегодняшний день	Финансирование
Дания – второй этап	Заболевания сердца Пациенты, проходящие кардиологическую реабилитацию	Муниципальное реабилитационное отделение	Головная: кафедрa общественного здоровья, Орхусский университет Партнеры: муниципалитет Рандерс и его сотрудники	Недостаточный уровень участия в рекомендованной программе кардиологической реабилитации и низкая приверженность соблюдению требований программы	Разработать специальное вмешательство по развитию грамотности в вопросах здоровья с целью повышения уровня участия в программе реабилитации и улучшения исхода у людей, выздоравливающих после ССЗ	Выполнены оценки потребностей в повышении грамотности в вопросах здоровья у организаций и пациентов Совместно разработаны вмешательства, основанные на материалах, представленных в виньетках, направленные на обеспечение социальной поддержки и поддержки со стороны медицинских работников Проходит апробация вмешательств в соответствии с циклом ПВИД	Внешние гранты от Датской ассоциации сердца, региональных органов и частного фонда, а также внутренний грант на проведение научных исследований
Франция (остров Реюньон) – первый этап	Хроническая болезнь (почечная недостаточность, сахарный диабет, ССЗ) Пациенты, представляющие все население Реюньона	Местные аптеки, центры диализа, сеть первичной медицинской помощи и специализированные амбулаторные клиники (сахарный диабет, нефрология, кардиология)	Головная: CIC-EC 1410 INSERM, CHU Реюньон Партнеры: отдел ICARE, Реюньонский университет, платформа электронного здравоохранения OIIS, Ассоциация поставщиков медицинской помощи, Региональное агентство здравоохранения Реюньона	Неравенство в возможностях доступа, доступности и использования информации и инструментов цифрового здравоохранения, а также необходимость разработки региональной платформы цифрового здравоохранения OIIS	Оценить грамотность в вопросах здоровья и в вопросах цифрового здравоохранения у хронических больных, находящихся в неблагоприятном положении вследствие географических, социальных или психосоциальных, экономических, образовательных или культурных факторов Оценить потенциальный вклад имеющихся инструментов через цифровую платформу OIIS Улучшить доступ к услугам и справедливость в отношении здоровья для хронических больных	Проведены оценки потребностей в повышении грамотности в вопросах здоровья и в вопросах цифрового здравоохранения	Французский межрегиональный фонд исследований в области здравоохранения

**ТАБЛИЦА 2. СЕМЬ НАЦИОНАЛЬНЫХ ДЕМОНСТРАЦИОННЫХ ПРОЕКТОВ ВОЗ ПО РАЗВИТИЮ ГРАМОТНОСТИ
В ВОПРОСАХ ЗДОРОВЬЯ (НДПГВЗ) В ЕВРОПЕЙСКОМ РЕГИОНЕ (ПО СОСТОЯНИЮ НА АПРЕЛЬ 2019 г.)**

Страна и этап процесса ORHELIA в настоящее время	Заболевание как объект проекта и целевой контингент	Учреждение, социальный контекст	Головная организация и организационные партнеры	Причина необходимости проекта	Цели	Прогресс, достигнутый на сегодняшний день	Финансирование
Ирландия – первый этап	Ожирение и ССЗ у детей и подростков Дети и подростки (в возрасте 12–16 лет) и их семьи в школах и местных сообществах	Средние школы и сообщества в районах, находящихся в неблагоприятной социально-экономической ситуации Проект можно будет распространить на всю страну и осуществлять в условиях других стран	Головная: Ирландский фонд сердца Партнеры: Дублинский городской университет; Университетский колледж Дублина	Высокие уровни распространения ожирения в детском возрасте, негативно влияющего на здоровье детей в настоящее время и на протяжении всей дальнейшей жизни	Оценить уровни грамотности подростков в вопросах здоровья Совместно разработать вмешательство по повышению уровня грамотности в вопросах здоровья на базе учебного плана с использованием новейших технических средств в школах, находящихся в неблагоприятном положении, для снижения неравенства в отношении здоровья сердечно-сосудистой системы	Выполнен обзор литературы по проблеме грамотности подростков в вопросах здоровья Создана рабочая группа по осуществлению проекта Продолжается диалог с одним из партнеров по техническим вопросам	Финансирование предоставляет Ирландский фонд сердца Ведется поиск дополнительных источников финансирования
Нидерланды – первый этап	Ревматические заболевания (РА, СпА, подагра) Пациенты в трех больничных центрах, отражающих существующее в стране разнообразие специализированной ревматологической помощи	Специализированные амбулаторные ревматологические клиники	Головная: Медицинский центр Маастрихтского университета Партнеры: больница Medisch Spectrum Twente в г. Энсхеде, больница Маастрада, Роттердам	Растущее бремя ревматических болезней и несправедливость в назначении дорогостоящих антиревматических препаратов	Адаптировать помощь к потребностям пациентов в повышении грамотности в вопросах здоровья, повысить справедливость в оказании помощи путем совместной разработки проекта «клиник, грамотных в вопросах здоровья» Изучить восприятие медицинскими работниками грамотности пациентов в вопросах здоровья при оказании обычной помощи	Выполнена оценка потребностей в повышении грамотности в вопросах здоровья Отмечен рост осведомленности среди лечащего персонала о грамотности в вопросах здоровья	Собственные бюджеты для целей научных исследований участвующих центров и стипендия Нильса Стенсена Проводится поиск дополнительных источников финансирования

**ТАБЛИЦА 2. СЕМЬ НАЦИОНАЛЬНЫХ ДЕМОНСТРАЦИОННЫХ ПРОЕКТОВ ВОЗ ПО РАЗВИТИЮ ГРАМОТНОСТИ
В ВОПРОСАХ ЗДОРОВЬЯ (НДПГВЗ) В ЕВРОПЕЙСКОМ РЕГИОНЕ (ПО СОСТОЯНИЮ НА АПРЕЛЬ 2019 г.)**

Страна и этап процесса ОРНЕРИА в настоящее время	Заболевание как объект проекта и целевой контингент	Учреждение, социальный контекст	Головная организация и организационные партнеры	Причина необходимости проекта	Цели	Прогресс, достигнутый на сегодняшний день	Финансирование
Норвегия – третий этап	ХОБЛ Пациенты, находящиеся под врачебным наблюдением после выписки из стационара, в четырех районах в регионе Осло	Сотрудничество между больницей и учреждениями внебольничной помощи	Головная: больница Lovisenberg Diaconal Партнеры: Университет Осло и районы Осло Грюнерлокка, Гамле Осло, Санкт-Хансхауген и Загене	Высокие показатели повторной госпитализации пациентов с ХОБЛ, а также высокий уровень негативных последствий заболевания: множественные симптомы, низкое качество жизни и трудности психосоциальной адаптации	Разработать и оценить вмешательство партнерства по развитию грамотности в вопросах здоровья с целью укрепления здоровья в сотрудничестве с пациентами, больницами, муниципалитетами и университетом	Выполнена оценка потребностей в повышении грамотности в вопросах здоровья Совместно разработано вмешательство, в настоящее время проводится его оценка путем РКИ	Норвежский фонд дополнительного финансирования здравоохранения и реабилитации, собственные бюджеты головной организации и организационных партнеров
Португалия – первый этап	Сахарный диабет 2-го типа Пациенты, живущие в местных общинах, и пациенты из национальной организации пациентов	Амбулаторная клиника сахарного диабета с участием местных сообществ	Головная: Школа общественного здравоохранения NOVA и Португальская ассоциация сахарного диабета Партнеры: центры здоровья и муниципалитеты	Возросшая распространенность сахарного диабета 2-го типа и низкие уровни грамотности населения в вопросах здоровья, особенно среди лиц с низким социально-экономическим статусом	Снизить заболеваемость сахарным диабетом 2-го типа Повысить чувствительность служб здравоохранения к проблеме грамотности в вопросах здоровья и к вопросам ведения самопомощи Содействовать здоровому образу жизни и улучшить контроль заболеваний	Выполнен обзор литературы о сахарном диабете и грамотности в вопросах здоровья Переведен и валидирован для населения Португалии вопросник HLQ В настоящее время осуществляется оценка чувствительности к проблеме грамотности в вопросах здоровья Португальской ассоциации сахарного диабета	Собственные бюджеты для целей научных исследований APDP и Школы общественного здравоохранения NOVA Проводится поиск дополнительных источников финансирования
Словакия – первый этап	Хроническая болезнь, основное внимание пациентам, получающим диализное лечение Пациенты из двадцати центров диализа во всей Словакии	Специализированные центры диализа	Головная: кафедра психологии здоровья медицинского факультета Университета П. Й. Шафарика в Кошице Партнеры: компания Fresenius Medical Care – услуги диализного лечения	Недостаточная приверженность находящихся на диализе пациентов рекомендованному лечению	Повысить рациональность ведения хронических заболеваний и чувствительность системы медико-санитарной помощи и поставщиков медико-санитарной помощи	Выполнена оценка потребностей в повышении грамотности в вопросах здоровья	Словацкое агентство научных исследований и разработок

Сокращения: ССЗ – сердечно-сосудистые заболевания, РА – ревматоидный артрит, СпА – спондилоартрит, ХОБЛ – хроническая обструктивная болезнь легких, CIC-EC 1410 INSERM – Центр клинических и эпидемиологических исследований, Французский национальный институт здравоохранения и медицинских исследований, CHU – Университетская больница, ICARE – Южный кооперативный институт исследований в области образования, OIIS – Инновации в области здравоохранения в регионе Индийского океана, APDP – Португальская ассоциация сахарного диабета, ПВИД – цикл «план, выполнение, изучение, действие», РКИ – рандомизированное контролируемое испытание, HLQ – вопросник об уровне грамотности в вопросах здоровья.

В настоящей статье мы кратко описали базу, на которой недавно возникла Сеть действий НДПГВЗ под эгидой ВОЗ. Проекты серии НДПГВЗ, в практике которых применяются все восемь руководящих принципов, заключенных в методике ORNELIA (таблица 1), служат улучшению итоговых показателей здоровья и повышению справедливости (15). И хотя каждый НДПГВЗ находится на разной стадии реализации, каждый из них наглядно демонстрирует конкретные принципы, которым он следует. Например, норвежский проект в настоящее время является наилучшей иллюстрацией ориентированности на конечные результаты (принцип 1): сейчас там проходит рандомизированное контролируемое испытание для оценки влияния проекта на повторную госпитализацию, качество жизни, самостоятельное ведение болезни и расходы на здравоохранение. С другой стороны, во французском проекте наилучшим образом подчеркивается стремление к обеспечению социальной справедливости (принцип 2), когда данные собираются среди жителей острова Реюньон, находящихся в неблагоприятном положении (40). Для НДПГВЗ Словакии характерно внимание, уделяемое вовлечению заинтересованных партнеров различного уровня (например, потребителей, лечащего персонала и управленческого звена – принцип 3), чтобы решать проблему низкой приверженности лечению. В НДПГВЗ в Португалии и Нидерландах особые усилия прилагаются к проведению оценок потребностей в различных социальных контекстах, чтобы получить данные, специфичные для местных потребностей (принципы 4 и 5), но при этом ставится цель определять на основании полученных данных содержание политики и практических действий для более широкого населения. В Ирландии НДПГВЗ успешно демонстрирует чувствительность к конкретным обстоятельствам (принцип 7), адаптируя методику к задаче оценки потребностей в развитии грамотности в вопросах здоровья у молодого поколения. Наконец, не менее важна системность в реализации проекта, предполагающая применение многоуровневого подхода (принцип 8), и здесь примером служит НДПГВЗ Дании, где проблема развития грамотности пациентов в вопросах здоровья решается одновременно с проблемой чувствительности организации к проблеме грамотности в вопросах здоровья. Это создает возможности для вмешательств и изменений на уровне взаимодействия между пациентом и врачом, а также на уровне организации и формирования политики, так как при этом подходе признается множественность нитей, которыми грамотность в вопросах здоровья связана с исходами болезней и итоговыми показателями здоровья (11). Поскольку НДПГВЗ в настоящее время еще не завершены, демонстрация устойчивости (принцип 6), когда

оптимальная практика развития и поддержания грамотности в вопросах здоровья становится обычной практикой и нормой в политике, пока является делом будущего. Однако проекты, находящиеся на втором и третьем этапе, показали, что все участвующие в них заинтересованные стороны принимают на себя всю полноту ответственности за вмешательство, и это является предпосылкой появления комплексной и всеобъемлющей стратегии и служит хорошим предзнаменованием того, что после завершения начального периода проектов они еще долго будут оказывать положительное влияние.

Сеть НДПГВЗ предоставляет немалые возможности, поскольку в ее рамках одновременно реализуются проекты в различных учреждениях и социальных контекстах и демонстрируется потенциал развития многообещающих мер вмешательства – от небольших экспериментальных проектов до более широкомасштабных программ. Кроме того, сеть, объединяющая ученых и медицинских работников из разных областей знаний и практики, работающих в проектах, основанных на одних и тех же принципах, открывает широкие перспективы для взаимной поддержки, обмена идеями, знаниями и опытом. В рамках Сети НДПГВЗ уже сегодня ведутся дискуссии по важным методологическим вопросам, касающимся развития процесса на прочной научной основе и мер оценки конечных результатов осуществляемых проектов. Когда в ближайшее время будут получены результаты второго и третьего этапов нескольких проектов, обмен этими результатами и их осмысление прольет столь необходимый свет на то, какими должны быть те процессы, которые в принципе можно было бы разворачивать повсеместно для решения проблем здоровья и несправедливости среди уязвимых групп населения в Европе; пока же по результатам единственного проекта определить это было бы трудно.

В европейских НДПГВЗ успешно применяются принципы ORNELIA для выработки знаний и разработки мер вмешательства, направленных на укрепление здоровья населения и повышение справедливости посредством развития грамотности в вопросах здоровья. Одним из наиболее многообещающих аспектов всех НДПГВЗ является наблюдаемое заинтересованное участие местных партнеров на всех этапах процесса разработки вмешательств. Это позволяет с уверенностью говорить о том, что благодаря НДПГВЗ будут успешно разрабатываться нужные, действенные и устойчивые в долгосрочной перспективе вмешательства, стабильно оказывающие положительное влияние на результаты борьбы с НИЗ. Сотрудники проектов также сообщают о том, что в широких масштабах

происходит укрепление местного кадрового потенциала. Проекты, находящиеся сегодня на наиболее продвинутых стадиях реализации (в Норвегии и Дании), наглядно демонстрируют потенциал достижения практических результатов этапа совместной разработки вмешательств, таких как новые стратегии коммуникации и инструменты психосоциальной адаптации. Предсказывать долгосрочные последствия способности НДПГВЗ изменять направление кривой заболеваемости НИЗ пока слишком рано. Однако процессы вовлечения и практические действия сулят хорошие перспективы.

Этические соображения: каждый отдельно взятый проект, описанный в настоящей статье, прошел оценку и получил одобрение комитета по этике головной организации в каждой стране. Все участники каждого проекта дали свое информированное согласие.

Источники финансирования: Polina Putrik получала поддержку в форме стипендии имени Нильса Стенсена в период с 1 февраля 2018 г. по 31 декабря 2018 г. Anna Aaby и Helle Terkildsen Maindal получали поддержку от Датского фонда сердца [15-R99-A5895-22939], региона Центральная Ютландия [1-15-1-72-13-09], фонда Карен Элизы Йенсен и Орхусского университета [18296471]. Xavier Debussche получал поддержку от GIRCI Sud-ouest Outre-mer Hospitalier, Бордо, Франция [APITHM 2018]. Christine Råheim Borge получала поддержку от Норвежского фонда дополнительного финансирования здравоохранения и реабилитации [2017/FO147263]. Peter Kolarčík получал поддержку от Словацкого агентства научных исследований и разработок [APVV-16-0490]. Richard Osborne частично получал финансовую поддержку в форме стипендии главного научного сотрудника от Национального совета Австралии по исследованиям в области здравоохранения и медицины (NHMRC) [#APP1155125].

Выражение признательности: авторы выражают признательность группам по реализации проекта в каждой стране за их вклад в деятельность Сети НДПГВЗ и в подготовку настоящей статьи (таблица 3).

Конфликт интересов: не заявлен.

Ограничение ответственности: авторы несут самостоятельную ответственность за мнения, выраженные в данной публикации, которые необязательно представляют решения или политику Всемирной организации здравоохранения.

**ТАБЛИЦА 3. ГРУППЫ ПО РЕАЛИЗАЦИИ
НАЦИОНАЛЬНЫХ ДЕМОНСТРАЦИОННЫХ ПРОЕКТОВ
ПО РАЗВИТИЮ ГРАМОТНОСТИ В ВОПРОСАХ
ЗДОРОВЬЯ (НДПГВЗ)**

Страна	Группа по реализации проекта	Адрес электронной почты для контактов
Дания	Helle Terkildsen Maindal, Anna Aaby	aaby@ph.au.dk
Франция (остров Реюньон)	Xavier Debussche, Maryvette Balcou-Debussche, Emmanuel Chirpaz, Delphine Ballet, Fanny David, Jessica Caroupin, Roselyne Coppens	xavier.debussche@chu-reunion.fr
Ирландия	Tim Collins, Laura Hickey, Janis Morrissey, Sarahjane Belton, Johann Issartel, Celine Murrin, Clare McDermott	jmorrissey@irishheart.ie
Нидерланды	Annelies Boonen, Polina Putrik, Mark Matthijs Bakker, Marc Kok, Hanneke Voorneveld, Mart van de Laar, Harald Vonkeman	mark.bakker@mumc.nl
Норвегия	Astrid Wahl, Christine Råheim Borge, Marie H. Larsen, Marit Andersen	chrr@lds.no
Португалия	Maria Isabel Loureiro, Dulce do Ó, Ana Rita Goes, Sónia Dias, João Filipe Raposo	dulce.o@apdp.pt
Словакия	Peter Kolarčík, Ivana Skoumalová, Jaroslav Rosenberger	peter.kolarcik@upjs.sk

БИБЛИОГРАФИЯ¹

1. Global Burden of Disease Study 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet* 2018;392(10159):1789-858. doi:10.1016/S0140-6736(18)32279-7.
2. Global Burden of Disease Study 2017 Causes of Death Collaborators. Global, regional, and national age-sex-specific mortality for 282 causes of death in 195 countries and territories, 1980–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*. 2018;392(10159):1736-88. doi:10.1016/S0140-6736(18)32203-7.

¹ Все ссылки приводятся по состоянию на 25 августа 2019 г.

3. Bloom DE, Cafiero ET, Jané-Llopis E, Abrahams-Gessel S, Bloom LR, Fathima S, et al. The Global Economic Burden of Noncommunicable Diseases. Geneva: World Economic Forum; 2011 (https://www.world-heart-federation.org/wp-content/uploads/2017/05/WEF_Harvard_HE_GlobalEconomicBurdenNonCommunicableDiseases_2011.pdf).
4. Chaker L, Falla A, van der Lee SJ, Muka T, Imo D, Jaspers L, et al. The global impact of non-communicable diseases on macro-economic productivity: a systematic review. *Eur J Epidemiol*. 2015;30(5):357-95. doi:10.1007/s10654-015-0026-5.
5. Global status report on noncommunicable diseases. Geneva: World Health Organization; 2014 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/148114/9789241564854_eng.pdf;jsessionid=DAF3C34643B503186316DACD5F280C5C?sequence=1).
6. Mackenbach JP, Valverde JR, Artnik B, Bopp M, Bronnum-Hansen H, Deboosere P, et al. Trends in health inequalities in 27 European countries. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2018;115(25):6440-5. doi:10.1073/pnas.1800028115.
7. Генеральная Ассамблея ООН, Преобразование нашего мира: Повестка дня в области устойчивого развития на период до 2030 года, 21 октября 2015 г. (A/RES/70/1: <https://www.refworld.org/docid/57b6e3e44.html>).
8. Всемирная организация здравоохранения. Шанхайская декларация по укреплению здоровья в рамках Повестки дня в области устойчивого развития на период до 2030 года. *Health Promot Int*. 2017;32(1):7-8. (https://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/Shanghai_declaration_final_draft_Ru.pdf?ua=1).
9. Bröder J, Chang P, Kickbusch I, Levin-Zamir D, McElhinney E, Nutbeam D, et al. IUHPE Position Statement on Health Literacy: a practical vision for a health literate world. *Glob Health Promot*. 2018;25(4):79-88. doi:10.1093/heapro/daw103.
10. Beauchamp A, Buchbinder R, Dodson S, Batterham RW, Elsworth GR, McPhee C, et al. Distribution of health literacy strengths and weaknesses across socio-demographic groups: a cross-sectional survey using the Health Literacy Questionnaire (HLQ). *BMC Public Health*. 2015;15(1):678. doi:10.1186/s12889-015-2056-z.
11. Paasche-Orlow MK, Wolf MS. The causal pathways linking health literacy to health outcomes. *Am J Health Behav*. 2007;31 Suppl 1:S19-26. doi:10.5555/ajhb.2007.31.suppl.S19.
12. Domecq JP, Prutsky G, Elraiyah T, Wang Z, Nabhan M, Shippee N, et al. Patient engagement in research: a systematic review. *BMC Health Serv Res*. 2014;14:89. doi:10.1186/1472-6963-14-89.
13. Всемирная организация здравоохранения. Рабочая группа ВОЗ GCM/NCD по санитарному просвещению и санитарной грамотности в отношении НИЗ (Рабочая группа 3.3, 2016-2017). 2018 (<https://www.knowledge-action-portal.com/ru/content/who-gcmncd-working-group-health-literacy-and-health-education-and-health-literacy-ncds-wg-33>).
14. World Health Organization Global Coordination Mechanism on the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases. Considerations for setting up a National Health Literacy Demonstration Project (NHLDP). Melbourne, Australia: Deakin University; 2017.
15. Beauchamp A, Batterham RW, Dodson S, Astbury B, Elsworth GR, McPhee C, et al. Systematic development and implementation of interventions to OPTimise Health Literacy and Access (Ophelia). *BMC Public Health*. 2017;17(1):230. doi:10.1186/s12889-017-4147-5.
16. Batterham RW, Buchbinder R, Beauchamp A, Dodson S, Elsworth GR, Osborne RH. The OPTimising HHealth LiterAcY (Ophelia) process: Study protocol for using health literacy profiling and community engagement to create and implement health reform. *BMC Public Health*. 2014;14:694. doi:10.1186/1471-2458-14-694.
17. Osborne RH, Batterham RW, Elsworth GR, Hawkins M, Buchbinder R. The grounded psychometric development and initial validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ). *BMC Public Health*. 2013;13:658. doi:10.1186/1471-2458-13-658.
18. Dodson S, Beauchamp A, Batterham R, Osborne R. Information sheet 13: Information and Supports for Health Actions Questionnaire (ISHA-Q). In *Health Literacy Toolkit For Low- and Middle-Income Countries*. A series of information sheets to empower communities and strengthen health systems. New Delhi, India: World Health Organization; 2014 (http://apps.searo.who.int/PDS_DOCS/B5148.pdf).
19. Batterham RW, Hawkins M, Collins PA, Buchbinder R, Osborne RH. Health literacy: Applying current concepts to improve health services and reduce health inequalities. *Public Health*. 2016;132:3-12. doi:10.1016/j.puhe.2016.01.001.
20. Семинар на тему «Грамотность в вопросах здоровья как инструмент профилактики и борьбы с НИЗ» (Португалия) [веб-сайт]. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2019 (<http://www.euro.who.int/ru/media-centre/events/events/2019/01/health-literacy-as-a-lever-to-prevent-and-control-ncds-workshop-in-portugal>).
21. Anderson L, Taylor RS. Cardiac rehabilitation for people with heart disease: an overview of Cochrane systematic reviews. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014(12):Cd011273. doi:10.1002/14651858.CD011273.pub2.
22. Aaby A, Friis K, Christensen B, Rowlands G, Maindal HT. Health literacy is associated with health behaviour and self-reported health: A large population-based study in individuals with cardiovascular disease. *Eur J Prev Cardiol*. 2017;24(17):1880-8. doi:10.1177/2047487317729538.
23. Trezona A, Dodson S, Osborne RH. Development of the Organisational Health Literacy Responsiveness (Org-HLR) self-assessment tool and process. *BMC Health Serv Res*. 2018;18(1). doi:10.1186/s12913-018-3499-6.

24. Kayser L, Karnoe A, Furstrand D, Batterham R, Christensen KB, Elsworth G, et al. A Multidimensional Tool Based on the eHealth Literacy Framework: Development and Initial Validity Testing of the eHealth Literacy Questionnaire (eHLQ). *J Med Internet Res*. 2018;20(2):e36. doi:10.2196/jmir.8371.
25. Debussche X, Balcou-Debussche M. Analyse des profils de littératie en santé chez des personnes diabétiques de type 2 : la recherche ERMIES-Ethnosocio. [Health literacy profiles in type 2 diabetes: The ERMIES-Ethnosocio study]. *Sante Publique (Bucur)*. 2018;S1(HS1):145-56. doi:10.3917/spub.184.0145 (на французском языке).
26. Определение приоритетных направлений работы в области популяционной профилактики детского ожирения. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2012 (<https://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/tools/ru/>).
27. Доклад Комиссии по ликвидации детского ожирения. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2016 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA70/A70_31-ru.pdf).
28. Han JC, Lawlor DA, Kimm SY. Childhood obesity. *Lancet*. 2010;375(9727):1737-48. doi:10.1016/S0140-6736(10)60171-7.
29. Heijmans M, Brabers A, Rademakers J. Health Literacy in Nederland. [Health Literacy in the Netherlands]. Utrecht: Nivel; 2018 (https://nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Gezondheidsvaardigheden_in_Nederland.pdf) (на голландском языке).
30. Putrik P, Ramiro S, Lie E, Keszei AP, Kvien TK, van der Heijde D, et al. Less educated and older patients have reduced access to biologic DMARDs even in a country with highly developed social welfare (Norway): Results from Norwegian cohort study NOR-DMARD. *Rheumatology (Oxford)*. 2016. doi:10.1093/rheumatology/kew048.
31. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. 2019 (<https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2018/11/GOLD-2019-v1.7-FINAL-14Nov2018-WMS.pdf>).
32. International Diabetes Federation. Diabetes Atlas 7th Edition. 7th Edition ed. Brussels: International Diabetes Federation; 2015 (<https://www.idf.org/component/attachments/attachments.html?id=1093&task=download>).
33. American Diabetes Association. Introduction: Standards of Medical Care in Diabetes—2018. *Diabetes Care*. 2018;41(Supplement 1):S1-S2. doi:https://doi.org/10.2337/dc18-Sint01.
34. SPD. Diabetes: Factos e Números. Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes. O Ano de 2015. [Facts and numbers, Annual Report of the National Diabetes Observatory. The Year 2015]. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Diabetologia; 2015 (https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/03/OND-2017_Anexo2.pdf) (на португальском языке).
35. Heaf J. Current trends in European renal epidemiology. *Clin Kidney J*. 2017;10(2):149-53. doi:10.1093/ckj/sfw150.
36. Ghimire S, Castellino RL, Jose MD, Zaidi STR. Medication adherence perspectives in haemodialysis patients: a qualitative study. *BMC Nephrol*. 2017;18(1):167. doi:10.1186/s12882-017-0583-9.
37. Kammerer J, Garry G, Hartigan M, Carter B, Erlich L. Adherence in patients on dialysis: strategies for success. *Nephrol Nurs J*. 2007;34(5):479-86.
38. Miller TA. Health literacy and adherence to medical treatment in chronic and acute illness: A meta-analysis. *Patient Educ Couns*. 2016;99(7):1079-86. doi:10.1016/j.pec.2016.01.020.
39. Vámos S, Rootman I. Health Literacy as a Lens for Understanding Non-communicable Diseases and Health Promotion. In: McQueen D, editor. *Global Handbook on Noncommunicable Diseases and Health Promotion*. New York: Springer; 2013:169-87.
40. Balcou-Debussche M, Rogers C. Promoting health education in a context of strong social and cultural heterogeneity: the case of the Reunion island. In: Simovska, Venka, Mannix M, Patricia, editors. *Schools for Health and Sustainability*. Dordrecht: Springer Netherlands; 2015:291-312. ■

POLICY AND PRACTICE

Transforming health systems and societies by investing in health literacy policy and strategy

Kristine Sørensen¹, Anita Trezona², Diane Levin-Zamir³, Urska Kosir⁴, Don Nutbeam⁵

¹Global Health Literacy Academy, Risskov, Denmark

²Trezona Consulting Group, Melbourne, Australia

³School of Public Health, University of Haifa and Department of Health Promotion and Education and Clalit Health Services, Israel

⁴University of Oxford, Oxford, United Kingdom

⁵Sydney University, Sydney, Australia

Corresponding author: Kristine Sørensen (email: contact@globalhealthliteracyacademy.org)

ABSTRACT

According to WHO, today's disease-centred, reaction-based health services are not fit for the challenges of the 21st century. In contrast, health systems oriented around the needs of people and communities are more effective, cost less, improve health literacy and patient engagement, and are better

prepared to respond to health crises. This paper discusses how health systems and societies can be transformed by investing in health literacy policy and strategy, and provides recommendations on how governments and other policy stakeholders can engage in health literacy policy development.

Keywords: HEALTH LITERACY, POLICY, PRACTICE, PEOPLE-CENTRED CARE

INTRODUCTION

Globally, health literacy is gaining traction politically in efforts to transform health systems. According to WHO, today's disease-centred, reaction-based health services are not fit for the challenges of the 21st century. Approximately half the world's population lacks access to essential health care and where health care is accessible, it is often fragmented and of poor quality. A transformation is needed to orient health systems around the needs of people and communities, which will not only make them more effective and cost-efficient but also improve health literacy and patient engagement, and ensure that health systems are better prepared to respond to health crises (1). Yet, health literacy is not yet a well-known concept among politicians and decision-makers. In order to increase awareness and further the impact of health literacy policy the aim of this paper is to introduce the concept of health literacy, together with the rationale for policy development, and to discuss how governments and other policy stakeholders can engage in developing health literacy policies and strategies.

Health literacy concerns the knowledge, motivation and competency to access, understand, appraise and apply information to form a judgement and make decisions concerning health care, disease prevention and health promotion in everyday life to maintain and improve the quality of life through the life course (2). Improving the health literacy of people and organizations has the potential to improve the safety and quality of health care, reduce disparities in health outcomes and assure more prosperous and equitable societies (3). In addition, people and patients with low health literacy have worse health outcomes than people and patients with higher levels of health literacy (4).

HEALTH LITERACY POLICIES AND STRATEGIES

The Shanghai Declaration on promoting health in the 2030 Sustainable Development Agenda has set a clear global mandate for the prioritization of health literacy within public policy; promoting the role and responsibility of governments to act (5). Within the WHO European Region, the publication

of *Health literacy: the solid facts* (6) raised political awareness of the importance of health literacy, building on the findings of the first European health literacy survey (7). In addition, the WHO Health Evidence Network synthesis report on health literacy policy in the WHO European Region (8) provided evidence of the demand for guidance on effective health literacy policy development.

Examples of countries with national health literacy policy initiatives include Australia, where improving health literacy is a national priority and reported on by the Commission on Health System Safety and Quality (3); Austria, which has adopted the advancement of health literacy as one of 10 national health goals; and Portugal, which is committed to optimizing the health literacy levels of its population (9, 10). Furthermore, the United States was among the first to adopt a health literacy policy when the National Action Plan to Improve Health Literacy was launched in association with the Patient Protection and Affordable Care Act (11).

REVIEW OF HEALTH LITERACY POLICIES AND POLICY BRIEFS

A recent study analysed the health literacy policies of Australia, Austria, China, New Zealand, Scotland and the United States, to assess their key strengths and limitations and make some judgements about their potential to improve health literacy and health outcomes (12). The very existence of national health literacy policies and strategies in various countries shows that governments across the world have recognized their responsibility to respond to the challenges posed by inadequate health literacy in their populations. There were many positives observed across all the policies examined, particularly regarding the acknowledgement of the challenge of improving health literacy, with priority being given to improving the responsiveness of the health system, as well as to improving the education and training of front-line staff in the health system. There was less focus on developing health literacy through community health education, despite the fact that this approach has a greater potential for developing health literacy skills across settings and through the life course. Both approaches must be prioritized and operationalized in policies to advance health literacy in populations. The findings of this policy review on health literacy provide a rich resource for learning and guidance on the development of future health literacy policies.

In support of health literacy policy development, the Global Working Group on Health Literacy of the International Union for Health Promotion and Education (IUHPE) recently launched a health literacy position statement with a practical vision for a health-literate world. The Working Group was initiated in 2010 and represents a wide range of global stakeholders involved in health literacy from a health-promotion perspective. The position statement provides three political arguments: 1) health literacy is a measurable outcome, either as a result of life experience or as an outcome of health education/promotion interventions, 2) health literacy is an asset that can support a wide range of health actions to improve health and well-being and to prevent and better manage ill-health, and 3) limited health literacy is a threat to the outcome of health care, to improving population health and to achieving health equity (13).

From a European perspective, a Brussels-based non-profit organization, the European Health Parliament, developed a set of health literacy policy recommendations that rely on three main pillars: 1) assuring the availability of and accessibility to reliable online health information, 2) educating the health workforce in order to promote health literacy via all media and 3) continuous and meaningful patient involvement in the development of health literacy tools, resources and methods. The latter would include a standardization of patient-reported outcome measures across the European Region and thus would not only facilitate a paradigm shift by empowering patients but also decrease the data/approach fragmentation across the region. The idea of including health literacy among the European Core Health Indicators represents a first step forward (14).

HEALTH LITERACY AND HEALTH SYSTEM TRANSFORMATION

The WHO Framework on integrated people-centred health services is a call for a fundamental shift in the way we fund, manage and deliver health services and systems. The programme supports countries' progress towards universal health coverage by shifting away from disease-centred health systems and institutions towards health systems designed for and with people (15).

However, if health systems are to be transformed, the paradigm shift from disease- and reaction-based medical care to patient-centred systems will require a continuous investment in health literacy. It takes a new mindset to truly enhance people-centred

health services in the 21st century to put citizens and their needs first in order to develop meaningful, people-centred solutions. The focus needs to be on improving people's skills to meet the complex demands of systems (16) (Fig. 1), as well as on the development of the health system's capability to meet the complex demands of people (Fig. 2).

BUILDING THE HEALTH LITERACY POLICY CASE

Notably, health literacy is a highly relevant political topic for decision-makers and politicians alike; it spans sectors, it can be measured, it is feasible to implement and it pertains to everybody (17). Through research the importance of health literacy has been made evident with regards to health management and interaction with services – both from an individual perspective and from an organizational perspective (18). In addition, health literacy can be measured at individual, organizational and population levels (7). Monitoring mechanisms can help build the foundation for evidence-based interventions (6). Furthermore, overcoming any barriers by implementing solutions in support of functional, interactive and critical health literacy for example, is feasible and can be linked to quality standards of care, health system performance indicators, organizational audits and accreditation, digital health development and self-management programmes (3). Specific initiatives include, for example, the use of clear language, cultural competence, personalized treatment, shared decision-making and support in navigating health-care systems (19). Health literacy is an essential asset for the public good, and the lack thereof presents a prevailing public health challenge. Adopting health literacy policies and strategies is a way to provide the foundations that will enable citizens to take an active role in maintaining and improving their own

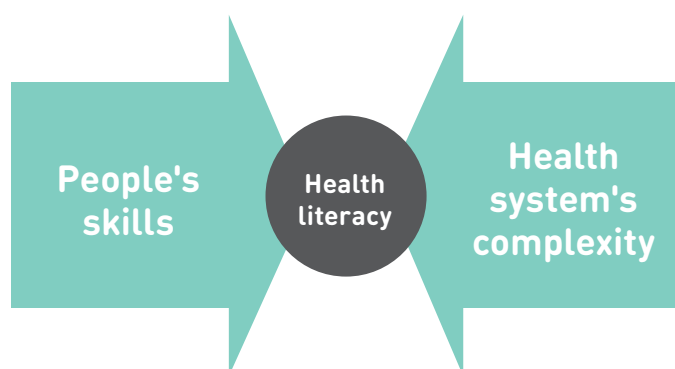
health and to successfully engage in community-wide action for health and well-being promotion. Notably, in her speech endorsing the Shanghai Declaration, Margaret Chan, the former Director-General of WHO, stated that “we need health literacy at the political level, in the interest of policy coherence, spanning multiple sectors” (20).

IMPLICATIONS FOR POLICY DEVELOPMENT

The implications of health literacy policies developed to date should be considered by governments in countries and regions when embarking on the development and implementation of new policies. Learning from early adopters may be a useful starting-point. Hence, looking to countries such as Australia, Austria and Portugal can inspire local adoption of policies and strategies. Measuring the health literacy of the target population as a basis for advocacy and policy design may be another. Pitching health literacy as a stand-alone topic may work in some contexts, while in other contexts it may be more feasible and effective to embed health literacy actions within an existing policy agenda. A powerful example is alignment with the issue of health system quality and safety. An evaluation of policies is needed to improve the evidence on policy effectiveness in the field of health literacy, which in turn may be useful for developing effective programmes and interventions. Markedly, policy responses need to be implemented at different levels (national, state, regional and local) to support tangible, practicable solutions. Alignment with consumer and community stakeholders can sustain engagement and commitment, and it can be the gateway to a broader range of opportunities.

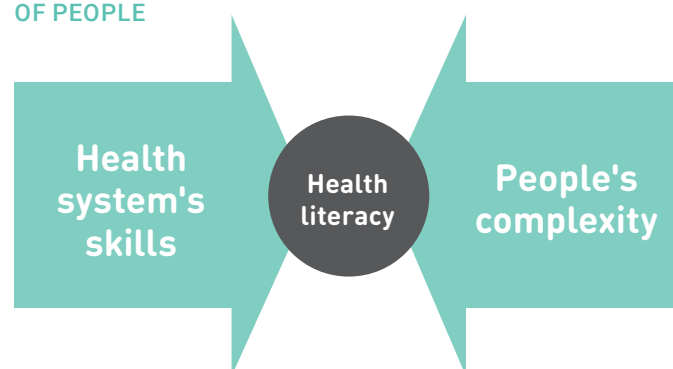
Policies are more likely to be effective when they 1) establish a clear purpose and measurable goals and objectives, 2) specify

FIG. 1. IMPROVING PEOPLE'S SKILLS TO MEET THE COMPLEX DEMANDS OF SYSTEMS



Source: adapted from Hernandez LM, 2009 (16).

FIG. 2. DEVELOPING THE HEALTH SYSTEM'S CAPABILITY TO MEET THE COMPLEX DEMANDS OF PEOPLE



Source: adapted from Sørensen K, 2018 (15).

clear and actionable strategies, 3) specify mechanisms for monitoring, evaluating and reporting on implementation progress and policy outcomes and 4) articulate the roles and responsibilities of stakeholders in developing and implementing elements of the policy, in particular, the active engagement of front-line workers (12).

CONCLUSIONS

As concluding remarks, we propose a set of recommendations for advocates, decision-makers, politicians and all other relevant stakeholders to facilitate the initial phases of the development of health literacy policies and strategies at any level:

- Develop a national action plan on health literacy, if your country does not have one.
- Choose a definition of health literacy for your action plan that serves your purpose.
- Use existing national action plans on health literacy as templates for the preparation of new action plans and for updating previous health literacy documents to improve their quality.
- Establish effective communication with the civil society regarding the implementation and/or evaluation of the national action plan on health literacy.
- Appoint an institution to ensure effective governance, coordination and accountability.
- Increase the involvement of all stakeholders and agencies in all stages of the preparation of national health literacy action plans (strategic consulting, drafting, implementation and evaluation) whenever possible.
- Learn from strengths and weaknesses related to the process of developing, implementing and evaluating health literacy action plans in other countries.
- Ensure that your country's health literacy action plan covers all the key areas that should be included in a quality-oriented initiative.
- Ensure appropriate financial resources for the implementation and maintenance of the national action plan on health literacy.

- Ensure that detailed instructions for the implementation of the national health literacy action plan are developed.
- Allocate specifically trained human resources for the implementation process, and outline how they will be involved within the execution of the national action plan on health literacy.
- Make specific alliances with relevant stakeholders to ensure the implementation of the national action plan on health literacy.
- Ensure a specific objective and time frame for every action outlined in the national action plan on health literacy.
- Make sure that indicators for evaluation are clearly defined in your national action plan on health literacy.
- Make sure to include process and structure evaluation in your evaluation strategy; do not rely on outcome evaluation alone.

When experiencing resistance among policy-makers and decision-makers in the development and implementation of health literacy policies and action plans, it is important to recognize that health literacy policy-making is one of the levers in the current larger health system paradigm shift that is currently taking place from disease-centred care to people-centred care. Investing in health literacy and health literacy policy needs to be well thought out and will require adequate time and continuous evaluation in order to contribute to healthier and more equitable societies.

Acknowledgements: This article draws on reflections made in blogs, research articles and workshops at the Asian Health Literacy Association Conference in Taichung, Taiwan (2017, 2018), and the IUHPE World Conference (2019), Rotorua, New Zealand, as well as work undertaken by the European Health Parliament (2018).

Sources of funding: None.

Conflicts of interest: None declared.

Disclaimer: The authors alone are responsible for the views expressed in this publication and they do not necessarily represent the decisions or policies of the World Health Organization.

REFERENCES¹

1. Framework on integrated, people-centred health services. Geneva: WHO; 2017 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_39-en.pdf?ua=1&ua=1).
2. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health* 2012;12:80. doi:10.1186/1471-2458-12-80.
3. Health literacy: taking action to improve safety and quality. Sydney: Australian Commission on Safety and Quality in Health Care; 2014 (<http://www.safetyandquality.gov.au/wp-content/uploads/2014/08/Health-Literacy-Taking-action-to-improve-safety-and-quality.pdf>).
4. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Ann Intern Med* 2011;155:97–107. doi:10.7326/0003-4819-155-2-201107190-00005.
5. Shanghai Declaration on promoting health in the 2030 Agenda for Sustainable Development. Geneva: WHO; 2016 (<http://www.who.int/entity/healthpromotion/conferences/9gchp/shanghai-declaration.pdf>).
6. Kickbusch I, Pelikan J, Apfel F, Agis T. Health literacy: the solid facts. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013 (<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/health-literacy-the-solid-facts>).
7. Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G et al. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *Eur J Public Health* 2015;25:1053–8. doi:10.1093/eurpub/ckv043.
8. Rowlands G, Russell S, O'Donnell A, Kaner E, Trezona A, Rademakers J et al. What is the evidence on existing policies and linked activities and their effectiveness for improving health literacy at national, regional and organizational levels in the WHO European Region? Health Evidence Network Synthesis Report 57. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2018 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/373614/Health-evidence-network-synthesis-WHO-HEN-Report-57.pdf).
9. Austrian Health Targets. Ministry of Work, Social Affairs, Health and Consumers. 2019 (<https://gesundheitsziele-oesterreich.at/english-summary/>).
10. Plano de ação para a literacia em saúde. Health literacy action plan. Portugal 2019–2021. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2018 (<http://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-de-acao-para-a-literacia-em-saude-2019-2021-pdf.aspx>).
11. National action plan to improve health literacy. Washington (DC): United States Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion; 2010 (http://health.gov/communication/HLActionPlan/pdf/Health_Literacy_Action_Plan.pdf).
12. Trezona A, Rowlands G, Nutbeam D, Trezona A, Rowlands G, Nutbeam D. Progress in implementing national policies and strategies for health literacy: what have we learned so far? *Int J Environ Res Public Health* 2018;15:1554. doi:10.3390/ijerph15071554.
13. IUHPE. IUHPE Position statement on health literacy: a practical vision for a health literate world. *Health Promot Int* 2018;25:79–88. doi:10.1177/1757975918814421.
14. Committee on Health Literacy and Self-Care. Making Europe health literate by 2025. Seven actions to promote health literacy and self-care in the digital era. Brussels: European Health Parliament; 2019 (http://www.healthparliament.eu/wp-content/uploads/2019/03/EHP_Policy_Recommendations_committee-on-health-literacy.pdf).
15. Sørensen K. Shifting the health literacy mindset to enhance people-centred health services. Washington (DC): United States Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion [website]; 2018 (<http://health.gov/news/blog/2018/07/shifting-the-health-literacy-mindset-to-enhance-people-centred-health-services>).
16. Hernandez LM. Measures of health literacy: workshop summary. Washington (DC): The National Academies Press; 2009. doi.org/10.17226/12690 (<https://www.nap.edu/catalog/12690/measures-of-health-literacy-workshop-summary>).
17. Sørensen K. Health literacy is a political choice: a health literacy guide for politicians. Aarhus: Global Health Literacy Academy; 2016 (<https://www.globalhealthliteracyacademy.org/single-post/2016/12/06/Health-literacy-is-a-political-choice-A-health-literacy-guide-for-politicians>).
18. Brach C. The journey to become a health literate organization: a snapshot of health system improvement. *Stud Health Technol Inform* 2017;240:203–37 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5666686/pdf/nihms912737.pdf>).
19. Levin-Zamir D, Leung AYM, Dodson S, Rowlands G. Health literacy in selected populations: individuals, families, and communities from the international and cultural perspective. *Stud Health Technol Inform* 2017;240:392–414.
20. Chan, M. The relevance and importance of promoting health in national SDG responses. Keynote address at the 9th Global conference on health promotion. Geneva: WHO; 2016 (<http://www.who.int/dg/speeches/2016/shanghai-health-promotion/en>). ■

¹ All references were accessed 25 August 2019.

ПОЛИТИКА И ПРАКТИКА

Преобразование систем здравоохранения и общества за счет инвестирования в политику и стратегию в сфере грамотности в вопросах здоровья

Kristine Sørensen¹, Anita Trezona², Diane Levin-Zamir³, Urska Kosir⁴, Don Nutbeam⁵

¹Академия глобальной грамотности в вопросах здоровья, Рисков, Дания

²Trezona Consulting Group, Мельбурн, Австралия

³Школа общественного здоровья, Хайфский университет и Департамент просвещения и укрепления здоровья и Больничная касса «Клалит», Израиль

⁴Оксфордский университет, Оксфорд, Соединенное Королевство

⁵Сиднейский университет, Сидней, Австралия

Автор, отвечающий за переписку: Kristine Sørensen (адрес электронной почты: contact@globalhealthliteracyacademy.org)

АННОТАЦИЯ

По данным ВОЗ, современные службы здравоохранения, в основе которых лежит принцип реагирования на имеющиеся заболевания, не готовы к вызовам XXI века. В свою очередь, системы здравоохранения, ориентированные на нужды и потребности людей и сообществ, считаются более эффективными и экономичными, повышают грамотность в вопросах здоровья, стимулируют участие пациентов в процессе собственного лечения и в большей степени готовы к преодолению кризисных

ситуаций в области здравоохранения. В настоящей статье говорится о подходах к преобразованию систем здравоохранения и общества за счет инвестирования в политику и стратегию в сфере грамотности в вопросах здоровья, а также даются рекомендации в отношении того, каким образом правительства и другие заинтересованные стороны могут участвовать в выработке политики грамотности в вопросах здоровья.

Ключевые слова: ГРАМОТНОСТЬ В ВОПРОСАХ ЗДОРОВЬЯ, ПОЛИТИКА, ПРАКТИКА, ПОМОЩЬ, ОРИЕНТИРОВАННАЯ НА НУЖДЫ И ПОТРЕБНОСТИ ЛЮДЕЙ

ВВЕДЕНИЕ

Во всем мире грамотность в вопросах здоровья приобретает все большее политическое значение на фоне усилий по преобразованию систем здравоохранения. По данным ВОЗ, современные службы здравоохранения, в основе которых лежит принцип реагирования на имеющиеся заболевания, не отвечают вызовам XXI века. Примерно половина всех жителей нашей планеты не имеет доступа к жизненно важным услугам здравоохранения, а когда такие услуги доступны, они часто бывают фрагментированными и недостаточно качественными. Для того чтобы построить системы здравоохранения, ориентированные на нужды людей и сообществ, необходимы преобразования. Это не только сделает системы более эффективными и экономичными, но и позволит повышать грамотность

в вопросах здоровья и стимулировать участие пациентов в процессе собственного лечения, а также обеспечит более высокую степень готовности систем здравоохранения к преодолению кризисных ситуаций (1). Тем не менее концепция грамотности в вопросах здоровья не пользуется широкой известностью среди политиков и лиц, принимающих решения. Повышение информированности и обеспечение максимального эффекта от политики в сфере грамотности в вопросах здоровья имеют огромное значение, и авторы настоящей статьи намерены представить концепцию грамотности в вопросах здоровья и обоснования для выработки политики в этой сфере, а также обсудить то, каким образом правительства и другие заинтересованные стороны могут участвовать в выработке политики и стратегий в области грамотности в вопросах здоровья.

Грамотность в вопросах здоровья означает наличие знаний, мотивации и умений, необходимых для получения, понимания, оценки и применения информации, чтобы в повседневной жизни формировать собственное мнение и принимать решения, касающиеся медицинской помощи, профилактики болезней и укрепления здоровья, а также для поддержания или повышения качества жизни на всех ее этапах (2). Развитие грамотности в вопросах здоровья у населения и организаций способно повысить безопасность и качество медицинского обслуживания, уменьшить несправедливые различия в отношении показателей здоровья и способствовать формированию процветающего и более справедливого общества (3). Более того, показатели здоровья у людей и пациентов с низким уровнем грамотности в вопросах здоровья хуже, чем у людей и пациентов с более высоким уровнем грамотности в вопросах здоровья (4).

МЕРЫ ПОЛИТИКИ И СТРАТЕГИИ В СФЕРЕ ГРАМОТНОСТИ В ВОПРОСАХ ЗДОРОВЬЯ

Шанхайская декларация по укреплению здоровья в рамках Повестки дня в области устойчивого развития на период до 2030 г. определила на глобальном уровне повестку для придания грамотности в вопросах здоровья приоритетного значения в государственной политике, с особым вниманием к роли правительств и их ответственности за практические шаги в этой сфере (5). Выход публикации «Санитарная грамотность. Убедительные факты» (6), в основе которой лежат результаты первого европейского обследования грамотности в вопросах здоровья, значительно повысил осведомленность политических кругов о важности грамотности в вопросах здоровья в Европейском регионе ВОЗ (7). Кроме того, в сводном отчете Сети фактических данных по вопросам здоровья ВОЗ о политике в области грамотности в вопросах здоровья в Европейском регионе ВОЗ (8) была обоснована потребность в рекомендациях по выработке эффективной политики в отношении грамотности в вопросах здоровья.

Примерами стран, реализующих на национальном уровне инициативы в сфере грамотности в вопросах здоровья, могут служить: Австралия, где повышение грамотности в вопросах здоровья является национальным приоритетом, за выполнением которого следит Комиссия по безопасности и качеству услуг системы здравоохранения (3);

Австрия, которая утвердила развитие грамотности в вопросах здоровья в качестве одной из десяти национальных целей в области здравоохранения; Португалия, которая придает большое значение повышению грамотности своих граждан в вопросах здоровья (9, 10). Также здесь следует отметить, что США стали одной из первых стран, принявших политику в поддержку грамотности в вопросах здоровья, когда вместе с Законом о защите пациентов и доступной медицинской помощи был принят Национальный план действий по повышению уровня грамотности в вопросах здоровья (11).

ОБЗОР СТРАТЕГИЙ И КРАТКИХ АНАЛИТИЧЕСКИХ ОБЗОРОВ ПО ТЕМЕ ГРАМОТНОСТИ В ВОПРОСАХ ЗДОРОВЬЯ

В недавнем исследовании была проанализирована политика в сфере грамотности в вопросах здоровья в Австралии, Австрии, Китае, Новой Зеландии, Шотландии и Соединенных Штатах. Исследование ставило целью оценить основные сильные и слабые стороны такой политики и сделать выводы о ее потенциале для повышения уровня грамотности в вопросах здоровья и улучшения показателей здоровья населения (12). Уже сам факт существования национальных мер политики и стратегий в сфере грамотности в вопросах здоровья в различных странах свидетельствует о том, что во всем мире правительства стали осознавать свою ответственность за решение проблем, связанных с недостаточной грамотностью населения в вопросах здоровья. Во всех рассмотренных мерах политики отмечается множество положительных моментов, в частности, в том, что касается признания важности развития грамотности в вопросах здоровья, с первоочередным вниманием к ориентации системы здравоохранения на удовлетворение этой потребности, а также к повышению уровня образования и подготовки персонала системы здравоохранения, работающего на переднем крае. Меньше внимания уделяется повышению уровня грамотности в вопросах здоровья за счет медико-санитарного просвещения в сообществах, несмотря на немалый потенциал такого подхода для развития навыков в сфере грамотности в вопросах здоровья в различных условиях и на различных этапах жизни. Оба подхода должны получить приоритетное значение и реализовываться в рамках мер политики для повышения грамотности населения

в вопросах здоровья. Результаты настоящего обзора политики в области грамотности в вопросах здоровья представляют собой серьезный ресурс для обучения и создания рекомендаций по разработке новых мер политики в сфере грамотности в вопросах здоровья.

Недавно рабочая группа по грамотности в вопросах здоровья Международного союза медико-санитарного просвещения и укрепления здоровья (IUNPE) в целях поддержки разработки политики в сфере грамотности в вопросах здоровья выступила с программным заявлением по теме грамотности в вопросах здоровья, в котором представлена концепция обеспечения высокой грамотности в вопросах здоровья для всего человечества. Рабочая группа, созданная в 2010 г., состоит из широкого круга партнеров со всего мира, занимающихся проблемами грамотности в вопросах здоровья с позиций укрепления здоровья. В программном заявлении приводятся три политических аргумента: 1) грамотность в вопросах здоровья является измеримым результатом, полученным либо на основании жизненного опыта, либо в результате вмешательств в области санитарного просвещения или укрепления здоровья; 2) грамотность в вопросах здоровья является ценным ресурсом, который может содействовать проведению широкого спектра мероприятий по укреплению здоровья и повышению уровня благополучия, а также по профилактике и более успешному ведению заболеваний, 3) ограниченный уровень грамотности в вопросах здоровья представляет угрозу для эффективности медицинского обслуживания, укрепления здоровья населения и обеспечения справедливости в отношении здоровья (13).

Говоря о европейских инициативах, следует отметить, что Европейский парламент здравоохранения (расположенная в Брюсселе некоммерческая организация) разработал ряд рекомендаций в отношении политики в сфере грамотности в вопросах здоровья, которые опираются на три базовых элемента: 1) обеспечение наличия и доступности в интернете надежной информации по вопросам здоровья, 2) обучение кадровых ресурсов здравоохранения с целью продвижения грамотности в вопросах здоровья с помощью всех возможных средств коммуникации, 3) постоянное и значимое участие пациентов в разработке инструментов, ресурсов и методик для повышения уровня грамотности в вопросах здоровья. Последнее предусматривает и стандартизацию результатов медицинского обслуживания по оценке самих пациентов для всех стран Европейского региона, что не только обеспечит сдвиг парадигмы за счет расширения прав и возможностей пациентов, но и снизит степень фрагментированности данных и подходов

в Регионе. Идея включения грамотности в вопросах здоровья в число основных показателей здоровья в Европейском регионе ВОЗ стала первым шагом на этом пути (14).

ГРАМОТНОСТЬ В ВОПРОСАХ ЗДОРОВЬЯ И ПРЕОБРАЗОВАНИЕ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Рамочная основа ВОЗ для действий по организации интегрированных услуг здравоохранения, ориентированных на нужды людей, призывает к фундаментальным изменениям в финансировании, управлении и предоставлении услуг здравоохранения и в работе систем. Программа поддерживает усилия стран по обеспечению всеобщего охвата услугами здравоохранения за счет перехода от систем здравоохранения и учреждений, ориентированных на лечение болезней, к системам здравоохранения, разработанным для людей и совместно с людьми (15).

Вместе с тем в условиях преобразования систем здравоохранения сдвиг парадигмы от медицинской помощи, основанной на реагировании на заболевания, к пациентоориентированным системам потребует постоянных инвестиций в грамотность в вопросах здоровья. Для продвижения услуг здравоохранения, ориентированных на нужды и потребности людей, требуются новые, отражающие реалии XXI века концепции, позволяющие ставить граждан и их потребности на первое место в целях поиска эффективных, ориентированных на нужды человека решений. При этом особое внимание необходимо уделить совершенствованию навыков людей, чтобы они соответствовали сложным требованиям систем (16) (рис. 1), а также развитию способности системы здравоохранения удовлетворять сложные потребности людей (рис. 2).

АРГУМЕНТАЦИЯ В ПОЛЬЗУ ВАЖНОСТИ ПОЛИТИКИ ПО РАЗВИТИЮ ГРАМОТНОСТИ В ВОПРОСАХ ЗДОРОВЬЯ

Грамотность в вопросах здоровья является весьма актуальной политической темой как для лиц, принимающих решения, так и для политиков; она затрагивает многие

РИС. 1. УЛУЧШЕНИЕ НАВЫКОВ ЛЮДЕЙ С ЦЕЛЬЮ УДОВЛЕТВОРЕНИЯ КОМПЛЕКСНЫХ ТРЕБОВАНИЙ СИСТЕМ



Источник: адаптировано из Hernandez LM, 2009 (16).

секторы, поддается измерению, достижима на практике и актуальна для каждого человека (17). Научные исследования доказали важность грамотности в вопросах здоровья применительно к контролю за здоровьем и взаимодействию со службами – как с индивидуальной, так и с институциональной точки зрения (18). Кроме того, грамотность в вопросах здоровья можно измерять на индивидуальном, организационном и популяционном уровнях (7). Механизмы мониторинга способны внести вклад в создание базы для вмешательств, опирающихся на фактические данные (6). Кроме того, вполне реалистичной задачей представляется преодоление любых барьеров с помощью решений, благоприятно влияющих на функциональные, интерактивные и критические аспекты грамотности в вопросах здоровья, в частности – вместе с применением стандартов качества медицинской помощи, показателей эффективности системы здравоохранения, аудиторских проверок и аккредитации организаций, цифрового здравоохранения и программ самостоятельного ведения болезней (3). Отдельные инициативы предусматривают, например, использование понятного языка, особое внимание к культурной компетенции, индивидуализированное лечение, совместное принятие решений и помощь в ориентировании в системах здравоохранения (19). Грамотность в вопросах здоровья является важным ресурсом, общественным благом, а ее отсутствие представляет собой серьезную проблему для общественного здравоохранения. Принятие мер политики и стратегий в сфере грамотности в вопросах здоровья помогает создать те основы, благодаря которым граждане смогут играть активную роль в поддержании и улучшении своего здоровья и успешно участвовать в общественных инициативах по укреплению здоровья и повышению уровня благополучия. Примечательно, что в своей речи

РИС. 2. РАЗВИТИЕ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ С ЦЕЛЬЮ УДОВЛЕТВОРЕНИЯ СЛОЖНЫХ ПОТРЕБНОСТЕЙ ЛЮДЕЙ



Источник: адаптировано из Sørensen K, 2018 (15).

в поддержку Шанхайской декларации Маргарет Чен, бывший генеральный директор ВОЗ, заявила о том, что «нам необходима санитарная грамотность на политическом уровне, в интересах согласованности политики многочисленных секторов» (20).

СООБРАЖЕНИЯ, КАСАЮЩИЕСЯ ФОРМИРОВАНИЯ ПОЛИТИКИ

Приступая к разработке и реализации новых стратегий, правительства стран и регионов должны учитывать результаты применения уже существующих мер политики в сфере грамотности в вопросах здоровья. Опыт стран, уже внедривших подобную политику, может стать хорошей отправной точкой. Следовательно, анализ инициатив в таких странах, как Австралия, Австрия и Португалия, может стимулировать внедрение политики и стратегий на местном уровне. Еще одной отправной точкой может служить оценка уровня грамотности в вопросах здоровья среди целевой группы населения как основа для информационно-разъяснительной деятельности и разработки политики. В некоторых контекстах целесообразно выделить грамотность в вопросах здоровья в отдельную тему, а в других ситуациях более реалистичным и эффективным подходом может быть интеграция мер по развитию грамотности в вопросах здоровья в уже существующую повестку дня. Ярким примером является объединение темы грамотности в вопросах здоровья с темой качества услуг и безопасности системы здравоохранения. Для повышения качества фактических данных об эффективности

политики в сфере грамотности в вопросах здоровья необходимо проведение оценки, что, в свою очередь, может быть полезным для разработки эффективных программ и вмешательств. Существенно то, что для поддержки реальных и практически выполнимых решений меры политики должны осуществляться на разных уровнях, таких как национальный, региональный и местный. Согласование усилий с заинтересованными сторонами на уровне потребителей и сообществ может способствовать большей вовлеченности и приверженности последних, что позволит открыть еще более широкий спектр возможностей.

Меры политики, как правило, более эффективны, если они: 1) носят целенаправленный характер и имеют измеримые цели и задачи; 2) определяют четкие и действенные пути реализации; 3) определяют механизмы мониторинга, оценки и отчетности о ходе реализации и результатах политики; 4) четко формулируют роли и обязанности заинтересованных сторон в разработке и реализации элементов стратегии, в частности требуют активного участия персонала, работающего на переднем крае (12).

ВЫВОДЫ

В качестве заключительных замечаний мы предлагаем ряд рекомендаций для лиц, занимающихся информационно-разъяснительной деятельностью, лиц, принимающих решения, политиков и всех других заинтересованных сторон, имеющих отношение к данному вопросу, с тем, чтобы оказать содействие на начальных этапах выработки мер политики и стратегий в сфере грамотности в вопросах здоровья на любом уровне.

- Разработайте национальный план действий по повышению грамотности в вопросах здоровья, если таковой в вашей стране отсутствует.
- Выберите для вашего плана действий такое определение понятия грамотности в вопросах здоровья, которое отвечает вашим целям.
- Используйте существующие национальные планы действий по повышению грамотности в вопросах здоровья в качестве основы для подготовки новых планов действий и для обновления уже существующих документов по грамотности в вопросах здоровья в целях повышения их качества.
- Обеспечьте эффективную коммуникацию с гражданским обществом по поводу реализации и/или оценки национального плана действий по повышению грамотности в вопросах здоровья.
- Назначьте учреждение, которое бы обеспечило эффективное управление, координацию и подотчетность.
- Там, где это возможно, обеспечивайте максимальное участие всех заинтересованных сторон и институтов на всех этапах подготовки национальных планов действий по повышению грамотности в вопросах здоровья (на этапе консультирования по стратегическим вопросам, разработки проекта, реализации и оценки).
- Обращайте внимание на сильные и слабые стороны, проявившиеся в ходе разработки, реализации и оценки планов действий по повышению грамотности в вопросах здоровья в других странах.
- Позаботьтесь о том, чтобы план действий по повышению грамотности в вопросах здоровья в вашей стране охватывал все ключевые области, необходимые для обеспечения надлежащего качества реализации инициативы.
- Обеспечьте наличие соответствующих финансовых ресурсов для внедрения и дальнейшей реализации национального плана действий по повышению грамотности в вопросах здоровья.
- Позаботьтесь о том, чтобы были разработаны подробные инструкции по реализации национального плана действий по повышению грамотности в вопросах здоровья.
- Для реализации плана действий выделите сотрудников, прошедших специальную подготовку, и определите их круг задач в рамках осуществления национального плана действий по повышению грамотности в вопросах здоровья.
- Сформируйте альянсы с участием соответствующих заинтересованных сторон для обеспечения реализации национального плана действий по повышению грамотности в вопросах здоровья.
- Определите конкретную цель и временные рамки для каждого мероприятия, включенного в национальный план действий по повышению грамотности в вопросах здоровья.

- Убедитесь, что в вашем национальном плане действий по повышению грамотности в вопросах здоровья четко определены показатели для его оценки.
- Обязательно проводите оценку процесса и структуры; не полагайтесь только на оценку результатов.

Столкнувшись в ходе разработки и реализации политики и планов действий по повышению грамотности в вопросах здоровья с сопротивлением со стороны лиц, вырабатывающих политику и принимающих решения, важно понимать, что выработка политики в сфере грамотности в вопросах здоровья – это просто один из рычагов для происходящего в настоящее время более масштабного сдвига парадигмы системы здравоохранения от медицинской помощи, ориентированной на болезни, к помощи, ориентированной на нужды и потребности людей. Инвестиции в повышение уровня грамотности в вопросах здоровья и в политику в сфере грамотности в вопросах здоровья должны быть тщательно продуманы и нуждаются в постоянном мониторинге и оценке; необходимо понимать, что их вклад в формирование более здорового и более справедливого общества сможет проявиться лишь через определенное время.

Выражение признательности: настоящая статья основана на размышлениях, опубликованных в блогах и научных статьях и представленных на семинарах в рамках Азиатской конференции по грамотности в вопросах здоровья в Тайчжуне (Тайвань) (2017 г., 2018 г.) и Всемирной конференции IUNPE в Роторе (Новая Зеландия) (2019 г.), а также на результатах работы, проведенной Европейским парламентом здравоохранения (2018 г.).

Источник финансирования: не заявлен.

Конфликт интересов: не заявлен.

Ограничение ответственности: авторы несут самостоятельную ответственность за мнения, выраженные в данной публикации, которые необязательно представляют решения или политику Всемирной организации здравоохранения.

БИБЛИОГРАФИЯ¹

1. Механизм комплексного ориентированного на людей медицинского обслуживания. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2016 (A69/39: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_39-ru.pdf).
2. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health 2012;12:80. doi:10.1186/1471-2458-12-80.
3. Health literacy: taking action to improve safety and quality. Sydney: Australian Commission on Safety and Quality in Health Care; 2014 (<http://www.safetyandquality.gov.au/wp-content/uploads/2014/08/Health-Literacy-Taking-action-to-improve-safety-and-quality.pdf>).
4. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. Ann Intern Med 2011;155:97–107. doi:10.7326/0003-4819-155-2-201107190-00005.
5. Шанхайская декларация по укреплению здоровья в рамках Повестки дня в области устойчивого развития на период до 2030 г. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2016. (https://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/Shanghai_declaration_final_draft_Ru.pdf?ua=1).
6. Kickbusch I, Pelikan J, Apfel F, Agis T. Санитарная грамотность: убедительные факты. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2013 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/277124>).
7. Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G et al. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). Eur J Public Health 2015;25:1053–8. doi:10.1093/eurpub/ckv043.
8. Rowlands G, Russell S, O'Donnell A, Kaner E, Trezona A, Rademakers J et al. Обзор имеющихся фактических данных о реализуемых мерах политики и связанных с ними мероприятиях, а также об их эффективности с точки зрения повышения грамотности в вопросах здоровья на национальном, региональном и организационном уровнях в Европейском регионе ВОЗ. Сводный доклад № 57 Сети фактических данных по вопросам здоровья. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2018 (<http://www.euro.who.int/ru/publications/abstracts/what-is-the-evidence-on-existing-policies-and-linked-activities-and-their-effectiveness-for-improving-health-literacy-at-national-regional-and-organizational-levels-in-the-who-european-region-2018>).
9. Austrian Health Targets. Ministry of Work, Social Affairs, Health and Consumers; 2019 (<https://gesundheitsziele-oesterreich.at/english-summary/>).

¹ Все ссылки приводятся по состоянию на 25 августа 2019 г.

10. Plano de ação para a literacia em saúde. Health literacy action plan. Portugal 2019–2021. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2018 (<http://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-de-acao-para-a-literacia-em-saude-2019-2021-pdf.aspx>).
11. National action plan to improve health literacy. Washington (DC): United States Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion; 2010 (http://health.gov/communication/HLActionPlan/pdf/Health_Literacy_Action_Plan.pdf).
12. Trezona A, Rowlands G, Nutbeam D, Trezona A, Rowlands G, Nutbeam D. Progress in implementing national policies and strategies for health literacy: what have we learned so far? *Int J Environ Res Public Health* 2018;15:1554. doi:10.3390/ijerph15071554.
13. IUHPE Position statement on health literacy: a practical vision for a health literate world. *Health Promot Int* 2018;25:79–88. doi:10.1177/1757975918814421.
14. Committee on Health Literacy and Self-Care. Making Europe health literate by 2025. Seven actions to promote health literacy and self-care in the digital era. Brussels: European Health Parliament; 2019 (http://www.healthparliament.eu/wp-content/uploads/2019/03/EHP_Policy_Recommendations_committee-on-health-literacy.pdf).
15. Sørensen K. Shifting the health literacy mindset to enhance people-centred health services. Washington (DC): United States Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion [website]; 2018 (<http://health.gov/news/blog/2018/07/shifting-the-health-literacy-mindset-to-enhance-people-centred-health-services>).
16. Hernandez LM. Measures of health literacy: workshop summary. Washington (DC): The National Academies Press; 2009. doi.org/10.17226/12690 (<https://www.nap.edu/catalog/12690/measures-of-health-literacy-workshop-summary>).
17. Sørensen K. Health literacy is a political choice: a health literacy guide for politicians. Aarhus: Global Health Literacy Academy; 2016 (<https://www.globalhealthliteracyacademy.org/single-post/2016/12/06/Health-literacy-is-a-political-choice-A-health-literacy-guide-for-politicians>).
18. Brach C. The journey to become a health literate organization: a snapshot of health system improvement. *Stud Health Technol Inform* 2017;240:203–37 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5666686/pdf/nihms912737.pdf>).
19. Levin-Zamir D, Leung AYM, Dodson, S., Rowlands G. Health literacy in selected populations: Individuals, families, and communities from the international and cultural perspective. *Inf Serv Use.* 2017;37(2):131–51.
20. Актуальность и важность укрепления здоровья в рамках национальных действий по достижению ЦУР, основное выступление на девятой Глобальной конференции по укреплению здоровья [веб-сайт]. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2016 (<https://www.who.int/dg/speeches/2016/shanghai-health-promotion/ru/>). ■

ORIGINAL RESEARCH

Health and nutrition literacy levels in Greek adults with chronic disease

Maria Michou¹, Demosthenes B. Panagiotakos², Christos Lionis³, Elena Petelos^{3,4}, Vassiliki Costarelli¹¹Human Ecology Laboratory, Department of Home Economics and Ecology, Harokopio University, Athens, Greece²Department of Nutrition and Dietetics, School of Health Science and Education, Harokopio University, Athens, Greece³Clinic of Social and Family Medicine, School of Medicine, University of Crete, Heraklion, Crete, Greece⁴Department of Health Services Research, Care and Public Health Research Institute (CAPHRI) Faculty of Health, Medicine and Life Sciences, Maastricht University, Maastricht, the Netherlands

Corresponding author: Vassiliki Costarelli (costarv@hua.gr)

ABSTRACT

Reducing the burden of chronic disease is an important public health priority. Chronic disease patients usually have lower health literacy (HL) than healthy people. Inadequate nutrition literacy (NL) impedes healthy eating, which negatively affects the prevention and management of chronic diseases. The study investigates HL and NL as predictors of chronic disease in Greek adults. It is a cross-sectional study conducted in the urban area of Attica, Greece, in 2017–2018. One thousand two hundred and eighty-one individuals aged ≥18 years participated in the study and completed the European Health Literacy Questionnaire (HLS_EU_Q47) and the Greek version of the Nutrition Literacy Scale (NLS-Gr). Sociodemographic and clinical characteristics (that

is presence of a chronic disease) were also self-reported. Twenty-five percent of the participants stated that they had at least one chronic disease. Results showed that apparently healthy individuals had significantly higher HL and NL levels compared to participants with chronic disease (34.44 vs 30.39, $p=0.001$ and 23.15 vs 19.04, $p<0.0001$, respectively). Linear regression analysis, after controlling for gender, age and education, revealed that chronic disease was negatively associated with lower NL ($b \pm SE: -0.736 \pm 0.341$, $p=0.031$) but was not associated with HL levels ($b \pm SE: -0.741 \pm 0.609$, $p=0.224$). Longitudinal studies may confirm whether the aforementioned relationship may represent a cause-and-effect phenomenon.

Keywords: HEALTH LITERACY, NUTRITION LITERACY, CHRONIC DISEASE, GREECE

INTRODUCTION

According to the World Health Organization, chronic diseases constitute a major cause of ill health, disability and death worldwide. Major chronic diseases include cardiovascular diseases, cancer, respiratory diseases, diabetes, kidney diseases and liver diseases. Chronic conditions such as hypertension, obesity, and dyslipidemia can potentially lead to chronic diseases. It is important to note that even though chronic diseases are potentially preventable and can be effectively managed, they are highly prevalent and very costly for both the economy and society in general. Sixty-three percent of all deaths worldwide are attributed to chronic diseases (1) and up to 80% of all health-care costs in the European Union are also attributed to their management and treatment (2). In addition, multimorbidity of different chronic diseases is very common in the elderly and increases treatment and care costs for these patients (3). Of the six WHO regions, the European Region

is the most affected by chronic diseases, and their growth is startling. The impact of the major chronic diseases (diabetes, cardiovascular diseases, cancer, chronic respiratory diseases and mental disorders) is equally alarming: taken together, these five conditions account for an estimated 86% of deaths and 77% of disease burden in the European Region (4).

There is some evidence that the prolonged economic austerity period in Greece, which started about 10 years ago, has negatively affected health status, particularly for vulnerable groups (5). In 2017 it was estimated that approximately 40% of women and 30% of men died from cardiovascular diseases, whereas 20% and 30% of deaths among women and men, respectively, were attributed to cancer (6). There is good evidence that lower socioeconomic status (SES) and even more significantly, lower education levels, are associated with higher rates of chronic diseases (6). The link between health literacy (HL) and health outcomes has been adequately substantiated in reported research and an increasing

number of policy-makers and health-care professionals are gradually beginning to acknowledge the significance of improving HL levels to effectively manage chronic disease (7).

Health literacy “entails people’s knowledge, motivation and competences to access, understand, appraise and apply health information in order to make judgments and take decisions in everyday life concerning health care, disease prevention and health promotion to maintain or improve quality of life throughout the life course” and has been a subject of growing interest in the last decades (8). Individuals with low HL levels have negative health outcomes such as increased mortality, worse general health, limited health-care access, and more hospitalizations resulting in higher health-care costs (9). They also have difficulties with medication adherence and chronic disease management (10, 11). Moreover, elderly people, people with low SES, minority groups and chronic disease patients usually have lower HL than those who do not belong in vulnerable groups (12). There are many different instruments specifically designed to measure HL (13), focusing on different aspects of the definition of HL. The most frequently used HL assessment tools are the Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM), which measures reading ability and pronunciation (14), the Test of Functional Health Literacy in Adults (TOFHLA), which measures reading, comprehension and numeracy (15), and the Newest Vital Sign (NVS), which measures comprehension and numeracy using an ice cream food label (16). Lastly, in recent years, a new HL measurement tool appears to have been gaining ground: the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS_EU_Q47), which was developed for the European Health Literacy Project (17) and was the questionnaire chosen for the purposes of this study.

Nutrition literacy (NL) is defined as “the degree to which individuals have the capacity to obtain, process, and understand basic nutrition information and nutrition services needed to make appropriate health decisions” (18). NL is an important concept due to the fact that inadequate NL hinders healthy eating (19), which is associated with the high prevalence of chronic diseases (20). While there are several tools available for assessing HL, mainly focusing on print literacy within the scope of health-care terminology (21), adequately validated tools for measuring NL are fewer and quite diverse (22). In the literature review, the most commonly used tools are the Nutrition Literacy Assessment Instrument (NLAI) (23) and the Nutrition Literacy Scale (24). The Greek version of the Nutrition Literacy Scale (25) was chosen to assess NL levels in the current study.

HL and NL research in Europe, particularly in the Mediterranean area, is relatively limited. The absence of such studies is particularly evident in the case of NL (26, 27). This

manuscript presents the first study aiming to concurrently investigate HL and NL levels in patients with chronic disease in Greece. It is important to identify the possible relationship between the existence of chronic diseases and HL and NL levels due to chronic diseases being the most common cause of morbidity and premature mortality in Greece. The aim of the study was to investigate HL and NL as predictors of chronic diseases in Greek adults.

METHODS

STUDY SAMPLE

This cross-sectional study was conducted in the urban area of the Attica region in Greece. The inclusion criteria of the study were: participants of both genders, at least 18 years of age, able to read and write in Greek. There were no additional exclusion criteria. The recruitment areas were selected on a feasibility basis among the municipalities of the greater metropolitan area of Athens. The recruitment period lasted 6 months from October 2017 to April 2018. Sampling was conducted on a feasibility basis according to the age and gender demographics of the Greek population (2011 census Hellenic Statistical Authority (ELSTAT)) from the participants’ places of work or residence. Because no random sampling was performed, there were differences in sex distribution, and age distribution in women, between the selected sample and the total Greek population (Table 2). The total sample consisted of 1281 individuals (59.4% women). The mean age of the sample (with standard deviations) was 44.52 (17.44) (46.92 (17.68) and 42.88 (17.11) for men and women, respectively). The participation rate was 85.4%, with 14.6% dropping out. It was estimated that a sample size of $n=1083$ was adequate to evaluate differences between subgroups of the study of 20%, achieving statistical power > 0.85 at < 0.05 probability level (P-value)

DATA COLLECTION PROCEDURES

Firstly, a cover letter explaining the purpose of the study was given to all participants. After agreeing to participate in the study, individuals had to complete the validated HL and NL assessment questionnaires. Moreover, they had to complete a specifically designed questionnaire about sociodemographic characteristics. Questions concerned information such as gender, age in years, years of education and the existence of chronic diseases. In particular, participants were asked if they had been diagnosed with at least one of the following: coronary heart disease (ICD-10 I25.1), stroke (ICD-10 I64), hypertension (ICD-10 I10-I15), diabetes mellitus (ICD-10 E10-E14), dyslipidemia (ICD-10 E78.6), as well as any type of cancer (ICD-10 C00-D48). Participants were considered to suffer

from a chronic disease if they had answered “yes” on at least one of the aforementioned health disorders, otherwise they were considered apparently healthy.

EUROPEAN HEALTH LITERACY QUESTIONNAIRE (HLS_EU_Q47)

The original version of the European Health Literacy Questionnaire (HLS_EU_Q47), was created within the HLS_EU project (28) and was used in this study. It was initially used to measure HL levels in eight European countries and to discuss implications of literacy. Greece was one of the countries in which HL was measured and for this purpose the tool had previously been validated in Greek (17). The tool has been described as a comprehensive measure of HL (28). It includes three health-relevant sectors (health care, disease prevention and health promotion) and four information-processing areas (accessing, understanding, appraising, and applying). In total, 47 items are used to calculate a general composite HL score, with 7 sub-indices and 12 sub-sub-indices. The 7 sub-indices are: the Health Care Index, the Disease Prevention Index, the Health Promotion Index, the Access/Obtain Health Information Index, the Understanding Health Information Index, the Process/Appraise Health Information Index and the Apply/Use Health Information Index. The 12 sub-sub-indices are: the Health Care Accessing Index, the Health Care Understanding Index, the Health Care Appraising Index, the Health Care Applying Index, the Disease Prevention Accessing Index, the Disease Prevention Understanding Index, the Disease Prevention Appraising Index, the Disease Prevention Applying Index, the Health Promotion Accessing Index, the Health Promotion Understanding Index, the Health Promotion Appraising Index, and the Health Promotion Applying Index.

The following formula: $\text{Index} = (\text{mean} - 1) * (50/3)$ is used to calculate the general index and the 7 sub-indices. Answers are based on a four-point self-reported Likert-type scale from 1 to 4 (from very difficult to very easy). HL categories according to the total score are the following:

- Excellent HL (score of 42–50)
- Adequate HL (score of 33–42)
- Problematic HL (score of 25–33)
- Inadequate HL (score of < 25).

For the 12 sub-sub-indices a lower score indicates lower HL in the specific index by calculating the average of the answers.

NUTRITION LITERACY SCALE-GREEK

Nutrition literacy was assessed using the Greek validated version of the nutrition literacy scale (NLS) (24, 25). The Greek version of the Nutrition Literacy Scale (NLS-Gr) consists of 29 sentences, while the initial version consists of 28 sentences, and assesses reading comprehension and measures individual ability to understand nutritional information. In each of these sentences one word is missing, and four options, of which only one is correct, are presented to the participant for selection. The total score is calculated by adding up the correct answers. The NL categories according to the score are the following:

- Adequate NL (score of >15)
- Marginal NL (score of 8–15)
- Inadequate NL (score of < 8)

BIOETHICS

The study was approved by the Institutional Ethics Review Board of the Harokopio University under protocol number 57 on 15 September 2017.

STATISTICAL ANALYSIS

Continuous variables are presented as mean values \pm standard deviation (SD), while qualitative variables are presented as absolute and relative frequencies. Associations between categorical variables were tested using contingency tables and the chi-squared test. Continuous and categorical variables were compared using Student's t-test for normally distributed variables and the Mann-Whitney test for the rest. Correlations were evaluated using the Pearson correlation coefficient for normally distributed variables and Spearman's correlation coefficient for skewed variables. Multiple linear regression models were used to estimate chronic disease presence (yes/no) as predictors of HL and NL levels, considering other participants' characteristics such as gender, age and education status. The results from the regression analysis are presented as b (beta coefficient) \pm SE (standard error). A standardized beta coefficient compares the strength of the effect of each individual independent variable to the dependent variable. The assumption of normality was tested using the Shapiro-Wilk test, whereas the assumption of linear regression of residuals was assessed graphically. Collinearity was tested using the variance inflation factor (all variables had a value of <4, suggesting no presence of collinearity). The Stata 14 software (MP & Associates, Sparta, Greece) was used for all statistical analyses.

RESULTS

DESCRIPTIVE CHARACTERISTICS AND HL AND NL LEVELS

Table 1 shows sample characteristics and levels of HL and NL. There were more women than men participants (59.4% vs 40.6%) and they were younger ($p<0.0001$) and more educated ($p=0.002$) than men. There were no significant differences between men and women in terms of the existence of a chronic disease. It was observed that 1 out of 4 participants suffered from a chronic disease, with hypertension being the most prevalent condition. The average total HL score was 32.28 (8.28), with the majority of the sample in the problematic HL category (41.2%). Otherwise, 16.6% were classified as having inadequate HL, 31.3% sufficient HL and 10.9% excellent HL.

In terms of gender, there were significant differences observed in the inadequate HL category, with men more likely to have inadequate HL than women ($p=0.017$). As for NL, the average total score was 22.11 (5.67), indicating adequate NL levels, with 89.2% of the sample falling under this category. In this case, there was also a significant difference between men and women, with men exhibiting lower NL ($p<0.0001$).

The age and sex distribution of the sample in comparison with the general population of the municipality of Attica is shown in Table 2 according to the age and gender demographics of the Greek population (2011 census Hellenic Statistical Authority (ELSTAT)). Small discrepancies appear in sex distribution, and in age distribution in women.

TABLE 1. THE SAMPLE'S DESCRIPTIVE CHARACTERISTICS AND HL AND NL FOR MEN AND WOMEN AND IN TOTAL (n=1281)

	Men	Women	p	Total
n (%)	520 (40.6)	760 (59.4)	-	1281 (100)
Age Mean (SD), Median	46.92 (17.68), 43.00	42.88 (17.11), 39.00	<0.0001	44.52 (17.44), 41.00
Education in years Mean (SD)	6.86 (1.93)	7.13 (1.96)	0.002	7.02 (1.95)
Chronic disease n (%)	138 (27)	179 (23.8)	0.227	317 (25.1)
- Yes	373 (73)	572 (76.2)		946 (74.9)
- No				
Reported chronic diseases n (%)	52 (10)	64 (8.4)	0.267	116 (9.1)
- Hypertension	17 (3.3)	14 (1.8)		31 (2.4)
- Diabetes	15 (2.9)	21 (2.8)		36 (2.8)
- Dyslipidemia	9 (1.7)	7 (0.9)		16 (1.2)
- Coronary heart disease	45 (8.6)	73 (9.7)		118 (9.6)
- Other				
Health Literacy Score Mean (SD)	31.53 (8.88)	32.79 (7.82)	0.066	32.28 (8.28)
Health Literacy n (%)	93 (20.8)	87 (13.7)	0.017	180 (16.6)
- Inadequate HL*	170 (38)	277 (43.5)		447 (41.2)
- Problematic HL	137 (30.6)	202 (31.7)		339 (31.3)
- Sufficient HL	47 (10.5)	71 (11.1)		118 (10.9)
- Excellent HL				
Nutrition Literacy Score Mean (SD)	21.35 (5.94)	22.62 (5.42)	<0.0001	22.11 (5.67)
Nutrition Literacy n (%)	31 (6)	29 (3.8)	0.079	60 (4.7)
- Inadequate NL	37 (7.1)	41 (5.4)		78 (6.1)
- Marginal NL	451 (86.9)	689 (90.8)		1141 (89.2)
- Adequate NL				

$p<0.005$, Mann-Whitney, χ^2 .

Abbreviations: HL= Health Literacy; NL= Nutrition Literacy; SD=Standard deviation.

TABLE 2. AGE AND SEX STRUCTURE OF THE SAMPLE AND THE POPULATION OF THE MUNICIPALITY OF ATTICA n=1269

	Men		p-value	Women		p-value	Total		p-value
Age ranges N (%)	Sample n=516 (40.57)	Population N=1.615.237 (48.59)	<0.0001	Sample n=753 (59.33)	Population N=1.763.504 (51.41)	<0.0001	Sample n=1272	Population N=3.378.741	
18–39 years old	212 (41.1)	710.003 (43.95)	>0.05	388 (51.4)	688.269 (39.03)	<0.05	600 (47.1)	1.398.272 (41.38)	<0.05
40–59 years old	175 (33.9)	518.188 (32.08)		213 (28.2)	574.864 (32.60)		389 (30.6)	1.093.052 (32.34)	
>60 years old	129 (25)	387.046 (23.96)		152 (20.4)	500.371 (28.36)		283 (22.2)	887.417 (26.26)	

P<0.005, χ^2 test

Table 3 describes HL levels (general HL index and 7 sub-indices) and NL levels separately for healthy participants and participants with health problems. There were significant differences for the general HL index and all the 7 HL sub-indices, except the in the Process/Appraise information area, and the NL index, both for the numerical and the categorical variables, between healthy participants and participants with health problems. In particular, healthy individuals had significantly higher levels of both HL and NL ($p=0.001$ and $p<0.0001$ respectively).

MODELS OF LINEAR REGRESSION FOR HL

Table 4 presents the results of a linear regression for HL when considering the existence or absence of a chronic disease as a predicting factor for HL. In the first model, the existence or absence of a chronic disease was included, and the results showed that participants with health problems had significantly lower levels of HL by $b = -2.487$ points ($p<0.0001$) compared to healthy individuals. In the second model, where gender ($p=0.069$), age in years ($p=0.323$) and education in years ($p<0.0001$) were added as confounders, the existence or absence of a chronic disease was no longer significantly associated with HL levels.

MODELS OF LINEAR REGRESSION FOR NL

Table 5 presents the results of a linear regression for NL when considering the existence or absence of a chronic disease as a predicting factor for NL. In the first model, the existence or absence of a chronic disease was included, and the results showed that participants with health problems had significantly lower levels of NL by $b = -4.110$ points ($p<0.0001$) compared to healthy individuals. In the second model, where

gender ($p=0.019$), age in years ($p<0.0001$) and education in years ($p<0.0001$) were added as confounders, the existence or absence of a chronic disease was still significantly associated with NL levels. Specifically, participants with health problems had significantly lower levels of NL by $b = -0.736$ points ($p=0.031$) compared to healthy individuals.

DISCUSSION

The results of the current study indicate that apparently healthy individuals have significantly higher HL and NL levels compared to participants with chronic diseases. This association was stronger in the case of chronic diseases and low levels of NL. The main reasons behind the above-mentioned findings are unclear and need to be further investigated but there is ample documentation to suggest that low NL levels can lead to an unhealthy diet (18) and thus increase the risk of ill health (19). It is also important to note that the negative effect of HL on the existence of chronic diseases disappears when controlling for education level. It is well known that low socioeconomic status is a strong parameter in predicting HL (29). Prevalence of chronic diseases, in conjunction with low levels of health and nutrition literacy, can negatively affect health outcomes and hinder optimal disease self-management. To the best of our knowledge, this is the first study in Greece to investigate the relationship between the existence of chronic diseases and HL and NL levels. These types of studies are also relatively scarce throughout the Mediterranean area. Most importantly, the association between chronic disease and low levels of NL has not been reported in the past. Despite the observational nature of the results, the aforementioned findings merit

TABLE 3. HL AND NL LEVELS FOR HEALTHY INDIVIDUALS AND PARTICIPANTS WITH HEALTH PROBLEMS (n=1281)

	Healthy individuals (n=946)	Participants with health problems (n=317)	p-value
Health Literacy Mean (SD)	34.44 (6.77)	30.39 (10.10)	0.001
Health Care Mean (SD)	33.96 (7.66)	31.93 (10.38)	0.006
Disease Prevention Mean (SD)	32.90 (8.60)	31.21 (10.34)	0.027
Health Promotion Mean (SD)	31.84 (8.38)	28.32 (11.56)	<0.0001
Accessing Mean (SD)	32 (8.10)	28.65 (11.17)	<0.0001
Understanding Mean (SD)	35.07 (8.09)	32.87 (10.44)	0.004
Appraising Mean (SD)	31.70 (8.68)	30.27 (10.84)	0.157
Applying Mean (SD)	33.10 (8.27)	30.56 (10.36)	<0.0001
HL levels			
- Inadequate HL n (%)	95 (11.9)*	83 (30.6)	<0.0001
- Problematic HL n (%)	353 (44.1)*	90 (33.2)	
- Sufficient HL n (%)	270 (33.8)*	63 (23.2)	
- Excellent HL n (%)	82 (10.3)	35 (12.9)	
Nutrition Literacy Mean (SD)	23.15 (4.66)	19.04 (7.09)	<0.0001
NL levels			
- Inadequate NL n (%)	17 (1.8)*	42 (13.3)	<0.0001
- Marginal NL n (%)	39 (4.1)*	38 (12)	
- Adequate NL n (%)	889 (94.1)*	236 (74.7)	

P<0.005, Mann-Whitney and χ^2 , * shows the HL and NL subcategories between which a significant difference exists.

Abbreviations: HL= Health Literacy; NL= Nutrition Literacy; SD=Standard deviation.

TABLE 4. RESULTS (b, SE) OF REGRESSION ANALYSIS MODELS THAT EVALUATED DETERMINANTS OF HEALTH LITERACY (n=1281)

	Model 1	Model 2
	b \pm SE, p	b \pm SE, p
Chronic disease (Yes/No)	-2.487 \pm 0.544, <0.0001	-0.741 \pm 0.609, 0.224
Gender (Men/Women)		-0.860 \pm 0.472, 0.069
Age in years		-0.017 \pm 0.017, 0.323
Education in years		0.945 \pm 0.144, <0.0001

Abbreviations: b= b coefficient; SE=standard error.

TABLE 5. RESULTS (b, SE) OF REGRESSION ANALYSIS MODELS THAT EVALUATED DETERMINANTS OF NUTRITION LITERACY (n=1281)

	Model 1	Model 2
	b \pm SE, p	b \pm SE, p
Chronic disease (Yes/No)	-4.110 \pm 0.349, <0.0001	-0.736 \pm 0.341, 0.031
Gender (Men/Women)		-0.618 \pm 0.264, 0.019
Age in years		-0.077 \pm 0.010, <0.0001
Education in years		1.127 \pm 0.080, <0.0001

Abbreviations: b= b coefficient; SE=standard error.

prompt attention from a public health and evidence-informed policy-making perspective.

In a recent study conducted by Warren-Findlow and colleagues (2014), which focused solely on hypertension in the USA, only 28.4% of the patients met the criteria for adequate HL (30). In another similar study conducted in Brazil by Souza and colleagues (2014), the percentage of patients with type 2 diabetes and adequate HL levels was 63%. The researchers also reported that patients with inadequate HL were more likely to present poor glycemic control compared to patients with higher HL levels (31). Similarly, in two studies conducted in Pakistan and Gaza Strip, by Saeed and colleagues (2017) and by Radwan and colleagues (2017) respectively, inadequate HL was associated with poor glycemic control in patients with type 2 diabetes (32, 33). In two other studies that evaluated the association between low HL and blood pressure in patients with hypertension and coronary disease, the results showed that low HL was associated with uncontrolled (34) and elevated blood pressure (35). Furthermore, a study by Shibuya and colleagues (2011) revealed that individuals with lower functional HL scores were more likely to have a history of hypertension and diabetes mellitus (36). In addition, the study by Adeseun and colleagues (2012) conducted in Pennsylvania (USA) examined the relationship between HL and cardiovascular disease risk factors, including high blood pressure, elevated lipids, waist-to-hip ratio, body mass index and tobacco use among dialysis patients. The results showed that HL was associated with high blood pressure but not with the other risk factors in these patients (37). Lastly, in the study by Woodard and colleagues (2014) conducted in Tennessee (USA), functional HL was not related to glycemic control in patients with type 2 diabetes (38). In most of the above studies, where SES was concurrently assessed with HL and NL, education appeared to be positively associated with HL. More specifically, the majority of patients with adequate HL levels had a higher education, in contrast to patients with marginal and inadequate HL (31, 32, 34, 35, 37). Only one study, conducted in Japan, indicated no significant difference between education and HL levels (36). A similar picture is obtained when investigating NL and education but very few studies have been conducted so far (39, 40).

Prevention and treatment of these non-communicable diseases has become a major matter of public health due to the large human, social and economic costs, which represent a substantial burden on the health and social care systems. With the coexistence of the economic recession in Europe and especially in Greece, where austerity dominates, reducing the rates of chronic diseases is a matter of urgency, requiring prompt attention (1). There is evidence that prevalence of chronic

diseases is associated with both low levels of HL and low SES worldwide (6). Hence, studies investigating chronic disease and HL should always concurrently take into account the role of SES.

The limitations of the current study include: the cross-sectional design of the study, which cannot directly support the causal nature of the influencing factors, the fact that the instruments used were validated but pertain to interpretation of subjective measures, and that all the data were self-reported. In addition, the participants were recruited only from the urban area of the Attica region. Lastly, the findings of the current study cannot be generalized mainly due to small discrepancies observed in gender distribution, and age distribution in the case of women.

Since low HL is identified as a stronger predictor of poor health rather than age, income or education level, it is evident that policy-makers and health-care providers should be aware of its crucial role in the context of chronic disease prevention and management. Our findings also identify the clear need to strengthen the role of primary health care in the direction of the recent Astana Declaration on Primary Health Care (41). Developing and applying effective interventions that focus on re-evaluating HL not only as an individual attribute but also as an interaction between patients' skills and the effectiveness of organizations, health-care professionals and health-care systems, is also of great importance. The positive power of HL should be emphasized in terms of patient and, indeed, citizen empowerment, and highlighted to health-care providers and policy-makers alike, and the negative framing of low HL as a burden or a deficiency, which may even carry stigma for individuals or groups, should be avoided.

Improving HL levels and especially NL levels in Greeks with chronic disease could help individuals to better manage chronic conditions, have improved care experiences, and achieve better outcomes, whilst at the same time contributing to lowering individual, social and economic costs, thus reducing the overall burden of chronic diseases.

Acknowledgments: Special thanks to all the participants for their valuable contribution to the study.

Sources of funding: The research work was supported by the Hellenic Foundation for Research and Innovation (HFRI) and the General Secretariat for Research and Technology (GSRT) under the HFRI PhD Fellowship grant (GA. no. 949).

Conflicts of interest: None declared.

Disclaimer: The authors alone are responsible for the views expressed in this publication and they do not necessarily represent the decisions or policies of the World Health Organization.

REFERENCES¹

1. Global status report on noncommunicable diseases: 2010. Geneva: World Health Organization; 2011 (<https://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/en/>).
2. Reflection process: Innovative approaches for chronic diseases in public health and healthcare systems. Brussels: Council of the European Union; 2013 (http://ec.europa.eu/health/major_chronic_diseases/docs/reflection_process_cd_final_report_en.pdf).
3. Brennan P, Perola M, van Ommen GJ, Riboli E. a. Eur J Epidemiol 2017; 32:741–749. doi: 10.1007/s10654-017-0315-2
4. Noncommunicable diseases [online database]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2019 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases>).
5. Economou C, Kaitelidou D, Kentikelenis A, Sissouras A, Maresso A. The impact of the financial crisis on the health system and health in Greece. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/266380/The-impact-of-the-financial-crisis-on-the-health-system-and-health-in-Greece.pdf).
6. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. Greece: Country Health Profile 2017, State of Health in the EU. Brussels: OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, 2017 (<http://dx.doi.org/10.1787/9789264283404-en>).
7. van der Heide I, Poureslami I, Mitic W, Shum J, Rootman I, FitzGerald JM. Health literacy in chronic disease management: a matter of interaction. J Clin Epidemiol. 2018; 102:134–138. doi: 10.1016/j.jclinepi.2018.05.010.
8. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z et al. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health. 2012;12(80):13. doi: 10.1186/1471-2458-12-80.
9. Eichler K, Wieser S, Brugger U. The costs of limited health literacy: a systematic review. Int J Public Health 2009; 54:313–24. doi: 10.1007/s00038-009-0058-2.
10. Miller TA. Health literacy and adherence to medical treatment in chronic and acute illness: A meta-analysis. Patient Education and Counseling 2016; 99(7):1079–1086. doi: 10.1016/j.pec.2016.01.020.
11. Mackey LM, Doody C, Werner EL, Fullen B. Self-Management Skills in Chronic Disease Management: What Role Does Health Literacy Have? Med Decis Making 2016; 36:741–759. doi: 10.1177/0272989X16638330.
12. DeWalt DA, Berkman ND, Sheridan S, Lohr KN, Pignone MP. Literacy and health outcomes. Journal of General Internal Medicine 2004;19: 1228–1239.
13. Haun JN, Valerio MA, McCormack LA, Sørensen K, Paasche-Orlow MK. Health literacy measurement: an inventory and descriptive summary of 51 instruments. J Health Commun. 2014; 19(2):302–33. doi: 10.1080/10810730.2014.936571.
14. Davis TC, Crouch M, Long S. Rapid estimate of adult literacy in medicine. Fam Med. 1993; 25(6):391–5.
15. Parker R, Baker D, Williams M, Nurss J. The test of functional health literacy in adults: a new instrument for measuring patients' literacy skills. J Gen Intern Med. 1995;10(10):537–41.
16. Weiss BD, Mays MZ, Martz W, Castro KM, DeWalt DA, Pignone MP et al. Quick assessment of literacy in primary care: the newest vital sign. Ann Fam Med. 2005;3(6):514–22.
17. Sørensen K, Van den Broucke S, Pelikan JM, Fullam J, Doyle G, Slonska Z et al. Measuring health literacy in populations: illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). BMC Public Health. 2013;13:948. doi: 10.1186/1471-2458-13-948.
18. Silk KJ, Sherry J, Winn B, Keesecker N, Horodyski MA, Sayir A. Increasing nutrition literacy: testing the effectiveness of print, web site, and game modalities. J Nutr Educ Behav 2008;40(1): 3–10.
19. Gibbs HD, Ellerbeck EF, Gajewski B, Zhang C, Sullivan DK. The Nutrition Literacy Assessment Instrument is a Valid and Reliable Measure of Nutrition Literacy in Adults with Chronic Disease. J Nutr Educ Behav 2018; 50(3): 247–257. doi: 10.1016/j.jneb.2017.10.008.
20. Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases. Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation. Geneva: World Health Organization; 2003. World Health Organ Tech Rep Ser 2003; 916: 1–149.
21. Davis TC, Long SW, Jackson RH, Mayeaux EJ, George RB, Murphy PW et al. Rapid estimate of adult literacy in medicine: A shortened screening instrument. Fam Med. 1993;25:391–5.
22. Carbone ET, Zoellner JM. Nutrition and health literacy: A systematic review to inform nutrition research and practice. J Acad Nutr Diet. 2012; 112, 254–65. doi: 10.1016/j.jada.2011.08.042.
23. Gibbs H, Chapman-Novakofski K. Establishing Content Validity for the Nutrition Literacy Assessment Instrument. Prev Chronic Dis 2013; 10: 109. doi: 10.5888/pcd10.120267.
24. Diamond J. Development of a reliable and construct valid measure of nutritional literacy in adults. Nutr J 2007; 6:5.
25. Quaglio G, Sørensen K, Rübig P, Bertinato L, Brand H, Karapiperis T et al. Accelerating the health literacy agenda

¹ All references accessed 25 August 2019.

- in Europe. *Health Promot Int* 2017; 32(6):1074-1080. doi: 10.1093/heapro/daw028.
26. Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G et al. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *European Journal of Public Health*; 2015; 25 (6): 1053–1058. doi: 10.1093/eurpub/ckv043.
 27. Health Literacy Europe [website] (<https://www.healthliteracyeurope.net/hls-eu>).
 28. Michou M, Panagiotakos D, Costarelli V. Development and Validation of the Greek version of the Nutrition Literacy Scale. *Mediterranean Journal of Nutrition and Metabolism*; 2018; 12(1): 61-67. doi: 10.3233/MNM-180249
 29. Michou M, Panagiotakos D, Lionis C, Costarelli V. Socioeconomic inequalities in relation to health and nutrition literacy in Greece. *International Journal of Food Sciences and Nutrition*; 2019; 1:1-7. doi: 10.1080/09637486.2019.1593951.
 30. Warren-Findlow J, Hutchison J, Patel P, Dulin M, Tapp H, Kuhn L. Assessing Health Literacy of Hypertensive Patients in a Primary Care Setting Using a Self-administered Questionnaire. *J Health Care Poor Underserved*; 2014; 25(4): 1833-1843. doi: 10.1353/hpu.2014.0187.
 31. Souza JG, Apolinario D, Magaldi RM, Busse AL, Campora F, Jacob-Filho W. Functional health literacy and glycaemic control in older adults with type 2 diabetes: a cross-sectional study. *BMJ Open* 2014; 12:4(2). doi.org/10.2147/PPA.S153312
 32. Saeed H., Saleem Z, Naeem R, Shahzadi I, Islam M. Impact of health literacy on diabetes outcomes: a cross-sectional study from Lahore, Pakistan. *Public Health*; 2019; 156: 8-14. doi: 10.1016/j.puhe.2017.12.005.
 33. Radwan M, Elsous M, Al-Sharif H, Abu Mustafa A. Glycemic control among primary care patients with type 2 diabetes mellitus in the Gaza Strip, Palestine. *Ther Adv Endocrinol Metab*; 2018; 9(1): 3–14. doi: 10.1177/2042018817742070
 34. McNaughton CD, Jacobson TA, Kripalani S. Low Literacy is associated with Uncontrolled Blood Pressure in Primary Care Patients with Hypertension and Heart Disease. *Patient Educ Couns*; 2014; 96(2):165-70. doi: 10.1016/j.pec.2014.05.007.
 35. McNaughton CD, Kripalani S, Cawthon C, Mion LC, Wallston KA, Roumie CL. Association of health literacy with elevated blood pressure: a cohort study of hospitalized patients. *Med Care*; 2014; 52(4): 346–353. doi: 10.1097/MLR.0000000000000101.
 36. Shibuya A, Inoue R, Ohkubo T, Takeda Y, Teshima T, Imai Y, Kondo Y. The relation between health literacy, hypertension knowledge, and blood pressure among middle-aged Japanese adults. *Blood Press Monit*; 2011; 16(5):224-30. doi: 10.1097/MBP.0b013e32834af7ba.
 37. Adeseun GA, Bonney CC, Rosas SE. Health Literacy Associated With Blood Pressure but not Other Cardiovascular Disease Risk Factors Among Dialysis Patients. *Am J Hypertens*; 2012; 25(3):348-53. doi: 10.1038/ajh.2011.252.
 38. Woodard LD, Landrum CR, Amspoker AB, Ramsey D, Naik AD. Interaction between functional health literacy, patient activation, and glycemic control. *Patient Prefer Adherence*; 2014; 24(8): 1019-24. doi: 10.2147/PPA.S63954.
 39. Aihara Y, Minai J. Barriers and catalysts of nutrition literacy among elderly Japanese people. *Health Promot Int*; 2011; 26(4):421–431. doi: 10.1093/heapro/dar005.
 40. Gibbs HD, Kennett AR, Kerling EH, Yu Q, Gajewski B, Ptomey LT, Sullivan DK. Assessing the nutrition literacy of parents and its relationship with child diet quality. *J Nutr Educ Behav*; 2016; 48(7):505–509. doi: 10.1016/j.jneb.2016.04.006.
 41. Astana Declaration on Primary Health Care. Geneva: World Health Organization; 2018 (<https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration.pdf>). ■

ОРИГИНАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Уровни грамотности в вопросах здоровья и питания у взрослого населения Греции с хроническими заболеваниями

Maria Michou¹, Demosthenes B. Panagiotakos², Christos Lionis³, Elena Petelos^{3,4}, Vassiliki Costarelli¹¹ Лаборатория экологии человека, Департамент трудового обучения и экологии, Университет Харокопио, Афины, Греция² Департамент питания и диетологии, Школа медико-санитарных наук и образования, Университет Харокопио, Афины, Греция³ Клиника социальной и семейной медицины, Школа медицины, Университет Крита, Ираклион, Крит, Греция⁴ Департамент исследований медицинских услуг, факультет здоровья, медицины и естественных наук Института исследований медицинской помощи и общественного здравоохранения (CAPHRI), Маастрихтский университет, Маастрихт, Нидерланды

Автор, отвечающий за переписку: Vassiliki Costarelli (адрес электронной почты: costarv@hua.gr)

АННОТАЦИЯ

Сокращение бремени хронических заболеваний – приоритетная задача общественного здравоохранения. Уровень грамотности в вопросах здоровья (ГВЗ) у пациентов с хроническими заболеваниями обычно ниже, чем у здоровых людей. Низкая грамотность в вопросах питания (ГВП) препятствует формированию привычек здорового питания, что негативно сказывается на профилактике и ведении хронических заболеваний. В настоящем исследовании изучается роль ГВЗ и ГВП как прогностических факторов хронических заболеваний у взрослого населения Греции. Кросс-секционное исследование было проведено в городах Атики, Греция, в 2017–2018 гг. В нем принял участие 1281 респондент в возрасте 18 лет и старше, каждый из которых заполнил Европейский вопросник по оценке грамотности в вопросах здоровья (HLS_EU_Q47) и греческую версию Шкалы грамотности в вопросах питания (NLS-Gr). Также со слов респондентов собирались их

социально-демографические и клинические характеристики (т. е. наличие хронического заболевания). Двадцать пять процентов участников сообщили, что у них есть как минимум одно хроническое заболевание. Согласно полученным результатам, у в целом здоровых респондентов уровни ГВЗ и ГВП были существенно выше, чем у участников с хроническими заболеваниями (34,44 против 30,39, $p=0,001$ и 23,15 против 19,04, $p<0,0001$ соответственно). Линейный регрессионный анализ, с учетом таких факторов, как пол, возраст и уровень образования, указал на наличие отрицательной связи между хроническими заболеваниями и более низкими показателями ГВП ($b \pm \text{СП}$: $-0,736 \pm 0,341$, $p=0,031$), но при этом на отсутствие какой-либо связи с показателями ГВЗ ($b \pm \text{СП}$: $-0,741 \pm 0,609$, $p=0,224$). На основе лонгитюдных исследований можно будет определить, является ли вышеупомянутая связь причинно-следственной.

Ключевые слова: ГРАМОТНОСТЬ В ВОПРОСАХ ЗДОРОВЬЯ, ГРАМОТНОСТЬ В ВОПРОСАХ ПИТАНИЯ, ХРОНИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ГРЕЦИЯ

ВВЕДЕНИЕ

По данным Всемирной организации здравоохранения, хронические заболевания являются ведущей причиной плохого состояния здоровья, инвалидности и смертности во всем мире. К основным хроническим заболеваниям относятся сердечно-сосудистые заболевания, рак, респираторные заболевания, диабет, болезни почек и печени. Хронические состояния, такие как гипертония, ожирение и дислипидемия, потенциально могут приводить к хроническим заболеваниям. Важно отметить, что, несмотря на тот факт, что хронические заболевания поддаются профилактике и эффективному контролю, они широко

распространены и связаны с большими расходами как для экономики, так и для общества в целом. На хронические заболевания приходится 63% всех случаев смерти в мире (1); затраты на обеспечение контроля и лечение хронических заболеваний составляют порядка 80% всех расходов на здравоохранение в Европейском союзе (2). Помимо этого, пожилые люди часто страдают от нескольких хронических заболеваний одновременно, что повышает расходы на лечение и организацию ухода для таких пациентов (3). Из шести регионов ВОЗ Европейский регион наиболее сильно затронут проблемой хронических заболеваний, и их распространение вызывает серьезную тревогу. Воздействие основных хронических заболеваний

(диабет, сердечно-сосудистые заболевания, рак, хронические респираторные заболевания и психические расстройства) также вызывает обеспокоенность: в совокупности на эти пять групп заболеваний приходится, по оценкам, 86% всех случаев смерти и 77% бремени болезней в Европейском регионе (4).

Существуют некоторые свидетельства того, что продолжительный период жесткой экономии, начавшийся в Греции около 10 лет назад, отрицательно повлиял на показатели здоровья, особенно среди уязвимых групп (5). В 2017 г. оценочный анализ показал, что приблизительно 40% женщин и 30% мужчин умирают от сердечно-сосудистых заболеваний, а 20% случаев смерти женщин и 30% случаев смерти мужчин были обусловлены онкологическими заболеваниями (6). Существуют убедительные свидетельства того, что более низкий социально-экономический статус и – в еще большей степени – низкий уровень образования связаны с повышенными показателями хронических заболеваний (6). Связь между грамотностью в вопросах здоровья (ГВЗ) и показателями здоровья была надлежащим образом подтверждена в опубликованных исследованиях, и разработчики политики и работники здравоохранения все активнее начинают признавать важность повышения ГВЗ для обеспечения эффективного контроля над хроническими заболеваниями (7).

Грамотность в вопросах здоровья «включает знания, мотивацию и компетенции, необходимые людям для получения доступа, понимания, оценки и применения информации о здоровье в целях формирования суждений и принятия решений в повседневной жизни, связанных с получением медицинской помощи, профилактикой заболеваний и укреплением здоровья для поддержания или повышения качества жизни на всех ее этапах»; в последние десятилетия эта концепция вызывает все больший интерес (8). Для людей с низким уровнем ГВЗ характерны отрицательные последствия для здоровья, такие как повышенная смертность, более слабое здоровье в целом, ограниченный доступ к медицинским услугам и большее число госпитализаций, связанное с повышенными затратами на медицинское обслуживание (9). Эти люди также испытывают трудности с приверженностью режиму лечения и контролем хронических заболеваний (10, 11). Помимо этого, пожилые люди, люди с низким социально-экономическим статусом, меньшинства и пациенты с хроническими заболеваниями обычно имеют более низкий уровень ГВЗ по сравнению с теми, кто не принадлежит к уязвимым группам (12). Существует много различных инструментов, специально разработанных для

измерения уровня ГВЗ (13) с учетом различных аспектов этого понятия. Среди инструментов оценки ГВЗ наиболее часто используется экспресс-оценка уровня грамотности в медицине среди взрослых [Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM)], с помощью которой оценивается способность к чтению и правильность произношения терминов (14), тест функциональной грамотности взрослых в вопросах здоровья [Test of Functional Health Literacy in Adults (TOFHLA)], оценивающий способности к чтению, пониманию и количественному мышлению (15), и тест «Новейший жизненный показатель» [Newest Vital Sign (NVS)], оценивающий способности к пониманию и количественному мышлению на основе анализа этикетки мороженого с маркировкой питательных веществ (16). В последние годы появился новый инструмент измерения ГВЗ, получающий все большее распространение – европейский вопросник по оценке грамотности в вопросах здоровья (HLS_EU_Q47), разработанный Европейским проектом по грамотности в вопросах здоровья (17). Этот вопросник был выбран для целей данного исследования.

Что касается грамотности в вопросах питания (ГВП), то она определяется как «степень развития способностей людей к получению, обработке и пониманию базовой информации о питании и услугах в сфере питания, необходимых для принятия соответствующих решений в отношении здоровья» (18). ГВП является важной концепцией, поскольку низкий уровень ГВП препятствует здоровому питанию (19), что связывают с высокой распространенностью хронических заболеваний (20). Существует несколько инструментов оценки ГВП, которые в основном оценивают навыки чтения и письма в контексте медицинской терминологии (21), однако надлежащим образом проверенных инструментов измерения ГВП меньше, и они значительно отличаются друг от друга (22). Обзор литературы показал наиболее частое применение инструмента оценки грамотности в вопросах питания [Nutrition Literacy Assessment Instrument (NLAI)] (23) и шкалы грамотности в вопросах питания [Nutrition Literacy Scale] (24). Для оценки уровня ГВП в рамках данного исследования была выбрана греческая версия шкалы грамотности в вопросах питания (25).

Исследований в областях ГВЗ и ГВП в Европе, особенно в Средиземноморском регионе, проводилось относительно немного. Отсутствие подобных исследований особенно заметно в контексте ГВП (26, 27). В настоящей статье представлено первое исследование, нацеленное на одновременное изучение уровней ГВЗ и ГВП у пациентов с хроническими заболеваниями в Греции. Определение

возможной связи между наличием хронических заболеваний и уровнями ГВЗ и ГВП важно в связи с тем, что хронические заболевания являются наиболее частой причиной заболеваемости и преждевременной смертности в Греции. Целью данного исследования было изучение ГВЗ и ГВП в качестве прогностических факторов развития хронических заболеваний у взрослого населения.

МЕТОДЫ

ВЫБОРКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Данное кросс-секционное исследование проводилось в городах области Аттика в Греции. Были установлены следующие критерии подбора респондентов: участники обоих полов не моложе 18 лет, умеющие читать и писать по-гречески. Дополнительных критериев исключения из исследования предусмотрено не было. Районы подбора участников выбирались из городской агломерации Афин по принципу целесообразности. Период набора участников составил шесть месяцев и длился с октября 2017 г. по апрель 2018 г. Выборка проводилась по принципу целесообразности в соответствии с демографическими характеристиками возраста и пола населения Греции (перепись населения 2011 г. Греческой статистической службы (ELSTAT)) в местах проживания или работы участников. Поскольку метод случайной выборки не применялся, были различия в распределении участников по полу, а также по возрасту у женщин между итоговой выборкой и общей численностью населения Греции (таблица 2). Общая выборка составила 1281 человек (59,4% женщин). Средний возраст выборки (включая стандартные отклонения) составил 44,52 (17,44) (46,92 (17,68) у мужчин и 42,88 (17,11) у женщин). Коэффициент участия составил 85,4%, отсеб респондентов – 14,6%. Оценка показала, что объем выборки $n=1083$ был адекватным для оценки 20%-ных различий между участвовавшими в исследовании подгруппами, что обеспечило статистическую мощность на уровне $>0,85$ при уровне вероятности $<0,05$ (Р-значение).

ПРОЦЕДУРЫ СБОРА ДАННЫХ

Всем участникам было предоставлено сопроводительное письмо с разъяснением целей исследования. После подтверждения участия респонденты заполняли прошедшие валидацию вопросники по оценке ГВЗ и ГВП. Помимо этого, они заполняли специально разработанный вопросник с социально-демографическими характеристиками. На его основе собиралась информация по таким показателям, как пол, возраст в годах, количество лет образования и наличие хронических заболеваний. В частности,

респонденты отвечали на вопрос, было ли у них диагностировано как минимум одно из следующих заболеваний: ишемическая болезнь сердца (МКБ-10 I25.1), инсульт (МКБ-10 I64), гипертония (МКБ-10 I10-I15), сахарный диабет (МКБ-10 E10-E14), дислипидемия (МКБ-10 E78.6), а также любой тип рака (МКБ-10 C00-D48). Участники причислялись к категории имеющих хроническое заболевание, если они отвечали «да» в отношении хотя бы одного из вышеуказанных диагнозов, в противном случае они попадали в категорию «в целом здоров».

ЕВРОПЕЙСКИЙ ВОПРОСНИК ПО ОЦЕНКЕ ГРАМОТНОСТИ В ВОПРОСАХ ЗДОРОВЬЯ (HLS_EU_Q47)

В данном исследовании использовался европейский вопросник по оценке грамотности в вопросах здоровья (HLS_EU_Q47), разработанный в рамках проекта HLS_EU (28). Изначально он применялся для измерения уровней ГВЗ в восьми странах Европы и анализа значения концепции грамотности. Греция была одной из стран, в которых проводилось измерение показателей ГВЗ, для чего данный инструмент прошел необходимую валидацию на греческом языке (17). Инструмент позиционировался как комплексный механизм оценки ГВЗ (28). Он состоит из трех разделов с вопросами о здоровье (медицинская помощь, профилактика заболеваний и укрепление здоровья) и четырех разделов для обработки информации (по категориям доступа, понимания, оценки и применения). Общий совокупный балл рассчитывается на основе 47 пунктов, с семью субиндексами и 12 субсубиндексами. Семь субиндексов включают следующие: индекс медицинской помощи, индекс профилактики заболеваний, индекс укрепления здоровья, индекс доступа/получения информации о здоровье, индекс понимания информации о здоровье, индекс обработки/оценки информации о здоровье и индекс применения/использования информации о здоровье. Двенадцать субсубиндексов включают следующие: индекс доступа к медицинской помощи, индекс понимания медицинской помощи, индекс оценки медицинской помощи, индекс применения медицинской помощи, индекс доступа к профилактике заболеваний, индекс понимания профилактики заболеваний, индекс оценки профилактики заболеваний, индекс применения профилактики заболеваний, индекс доступа к укреплению здоровья, индекс понимания укрепления здоровья, индекс оценки укрепления здоровья и индекс применения укрепления здоровья.

Для расчета общего индекса и семи субиндексов применялась следующая формула: индекс = (среднее значение - 1) * (50/3).

Ответы собирались с помощью заполнявшейся респондентами четырехбалльной шкалы, аналога шкалы Ликерта, с оценками от 1 до 4 (от «очень сложно» до «очень легко»). В соответствии с общим баллом назначались следующие категории ГВЗ:

- Отличная ГВЗ (кол-во баллов 42–50);
- Достаточная ГВЗ (кол-во баллов 33–42);
- Пограничная ГВЗ (кол-во баллов 25–33);
- Неадекватная ГВЗ (кол-во баллов <25).

Для 12 субсубиндексов более низкий балл показывает более низкий уровень ГВЗ по конкретному индексу после подсчета среднего значения всех ответов.

ГРЕЧЕСКАЯ ШКАЛА ГРАМОТНОСТИ В ВОПРОСАХ ПИТАНИЯ

Грамотность в вопросах питания оценивалась на основе прошедшей валидацию греческой версии шкалы грамотности в вопросах питания (NLS) (24, 25). Греческая версия шкалы грамотности в вопросах питания (NLS-Gr) состоит из 29 предложений, тогда как оригинальная версия включает 28 предложений; с ее помощью оценивается понимание прочитанного и измеряются индивидуальные способности к пониманию информации о питании. В каждом предложении отсутствует одно слово, и участникам предлагается выбрать из четырех вариантов ответа, лишь один из которых является верным. Общий балл подсчитывается как сумма всех правильных ответов. В соответствии с данной шкалой определялись следующие категории ГВП:

- Адекватная ГВП (кол-во баллов >15);
- Пограничная ГВП (кол-во баллов 8–15);
- Неадекватная ГВП (кол-во баллов <8).

БИОЭТИКА

Исследование было одобрено Институциональным комитетом по этической экспертизе Университета Харокопио в соответствии протоколом № 57 от 15 сентября 2017 г.

СТАТИСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ

Непрерывные переменные представлены как средние величины \pm стандартное отклонение (СО); качественные переменные представлены в виде абсолютных

и относительных частот. Ассоциации между категориальными переменными были протестированы с помощью таблиц сопряженности и проверены по критерию хи-квадрат. Непрерывные и категориальные переменные сравнивались с использованием t-критерия Стьюдента для нормально распределенных переменных и критерия Манна – Уитни для остальных переменных. Корреляции оценивались с использованием коэффициента корреляции Пирсона для нормально распределенных переменных и коэффициента корреляции Спирмена для искаженных переменных. Для оценки наличия хронических заболеваний (да/нет) как предикторов уровней ГВЗ и ГВП использовались модели множественной линейной регрессии с учетом других характеристик участников, таких как пол, возраст и уровень образования. Результаты регрессионного анализа представлены в виде формулы: b (бета-коэффициент) \pm СП (стандартная погрешность). Стандартизированный бета-коэффициент позволяет сравнивать силу воздействия каждой отдельно взятой независимой переменной с зависимой переменной. Предположение о нормальности было проверено с использованием критерия Шапиро – Уилка, тогда как предположение о линейной регрессии остатков оценивалось графически. Коллинеарность была проверена с использованием фактора инфляции дисперсии (все переменные имели значение <4, что указывает на отсутствие коллинеарности). Для всех статистических анализов использовалось программное обеспечение Stata 14 (MP & Associates, Спарта, Греция).

РЕЗУЛЬТАТЫ

ОПИСАТЕЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ УРОВНЕЙ ГВЗ И ГВП

В таблице 1 представлены характеристики выборки и уровни ГВЗ и ГВП. Среди участников было больше женщин, чем мужчин (59,4% против 40,6%); кроме того, женщины были моложе ($p < 0,0001$) и имели более высокий уровень образования ($p = 0,002$), чем мужчины. По показателю наличия хронического заболевания между мужчинами и женщинами значимых различий не было. Анализ показал, что каждый четвертый участник страдал от хронического заболевания, самым распространенным из которых была гипертония. Общий балл ГВЗ составил 32,28 (8,28), то есть большинство участников были отнесены к категории «Проблематичная ГВЗ» (41,2%). Из остальных участников 16,6% вошли в категорию «Неадекватная ГВЗ», 31,3% – «Адекватная ГВЗ» и 10,9% – «Отличная ГВЗ». В отношении распределения по половому признаку были отмечены значимые различия в категории «Неадекватная ГВЗ»,

ТАБЛИЦА 1. ОПИСАТЕЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ВЫБОРКИ И УРОВНИ ГВЗ И ГВП У МУЖЧИН, ЖЕНЩИН И В СОВОКУПНОСТИ (n=1281)

	Мужчины	Женщины	p-значение	Итого
n (%)	520 (40,6)	760 (59,4)	-	1281 (100)
Возраст, среднее значение (СО), медианное значение	46,92 (17,68), 43,00	42,88 (17,11), 39,00	<0,0001	44,52 (17,44), 41,00
Кол-во лет образования, медианное значение (СО)	6,86 (1,93)	7,13 (1,96)	0,002	7,02 (1,95)
Хронические заболевания n (%)				
- Да	138 (27)	179 (23,8)	0,227	317 (25,1)
- Нет	373 (73)	572 (76,2)		946 (74,9)
Сообщили о хронических заболеваниях n (%)				
- Гипертония	52 (10)	64 (8,4)	0,267	116 (9,1)
- Диабет	17 (3,3)	14 (1,8)		31 (2,4)
- Дислипидемия	15 (2,9)	21 (2,8)		36 (2,8)
- Ишемическая болезнь сердца	9 (1,7)	7 (0,9)		16 (1,2)
- Другое	45 (8,6)	73 (9,7)		118 (9,6)
Балл ГВЗ, медианное значение (СО)	31,53 (8,88)	32,79 (7,82)	0,066	32,28 (8,28)
Грамотность в вопросах здоровья n (%)				
- Неадекватная ГВЗ*	93 (20,8)	87 (13,7)	0,017	180 (16,6)
- Проблематичная ГВЗ	170 (38)	277 (43,5)		447 (41,2)
- Адекватная ГВЗ	137 (30,6)	202 (31,7)		339 (31,3)
- Отличная ГВЗ	47 (10,5)	71 (11,1)		118 (10,9)
Грамотность в вопросах питания, медианное значение (СО)	21,35 (5,94)	22,62 (5,42)	<0,0001	22,11 (5,67)
Грамотность в вопросах питания n (%)				
- Неадекватная ГВП	31 (6)	29 (3,8)	0,079	60 (4,7)
- Пограничная ГВП	37 (7,1)	41 (5,4)		78 (6,1)
- Адекватная ГВП	451 (86,9)	689 (90,8)		1141 (89,2)

p<0,005, Манн – Уитни, χ^2 . Аббревиатуры: ГВЗ = грамотность в вопросах здоровья; ГВП = грамотность в вопросах питания; СО = стандартное отклонение.

где мужчины чаще демонстрировали неадекватный уровень ГВЗ, чем женщины (p=0,017). Что касается ГВП, то общий средний балл в рамках оценки этого вида грамотности составил 22,11 (5,67), что свидетельствует об адекватных уровнях ГВП – в эту категорию вошло 89,2% выборки. Здесь также наблюдались значимые различия между мужчинами и женщинами – среди мужчин показатели ГВП были ниже (p<0,0001).

В таблице 2 продемонстрировано распределение выборки по возрасту и полу в сравнении с общей численностью населения муниципалитета Атики в соответствии

с демографическими характеристиками возраста и пола для населения Греции (перепись населения 2011 г. Греческой статистической службы (ELSTAT)). Наблюдались небольшие различия в распределении по полу, а также по возрасту у женщин.

В таблице 3 представлены уровни ГВЗ (общий индекс ГВЗ и семи субиндексов) и уровни ГВП – отдельно для здоровых участников и участников с проблемами со здоровьем. Значимые различия были зафиксированы по общему индексу ГВЗ и всем семи субиндексам ГВЗ, за исключением области «Обработка/оценка информации», и по индексу

**ТАБЛИЦА 2. РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ПО ВОЗРАСТУ И ПОЛУ В ВЫБОРКЕ И ПО НАСЕЛЕНИЮ МУНИЦИПАЛИТЕТА АТТИКИ
n=1269**

	Мужчины		р-значение	Женщины		р-значение	Итого		р-значение
Возрастные категории N (%)	Выборка n=516 (40,57)	Население N=1 615 237 (48,59)	<0,0001	Выборка n=753 (59,33)	Население N=1 763 504 (51,41)	<0,0001	Выборка n=1272	Население N=3 378 741	
18–39 лет	212 (41,1)	710,003 (43,95)	>0,05	388 (51,4)	688,269 (39,03)	<0,05	600 (47,1)	1,398,272 (41,38)	<0,05
40–59 лет	175 (33,9)	518,188 (32,08)		213 (28,2)	574,864 (32,60)		389 (30,6)	1,093,052 (32,34)	
>60 лет	129 (25)	387,046 (23,96)		152 (20,4)	500,371 (28,36)		283 (22,2)	887,417 (26,26)	

P<0,005, χ^2

**ТАБЛИЦА 3. УРОВНИ ГВЗ И ГВП ДЛЯ ЗДОРОВЫХ УЧАСТНИКОВ И УЧАСТНИКОВ С ПРОБЛЕМАМИ СО ЗДОРОВЬЕМ
(n=1281)**

	Здоровые участники (N=946)	Участники с проблемами со здоровьем (N=317)	р-значение
Грамотность в вопросах здоровья, среднее значение (СО)	34,44 (6,77)	30,39 (10,10)	0,001
Медицинская помощь, среднее значение (СО)	33,96 (7,66)	31,93 (10,38)	0,006
Профилактика заболеваний, среднее значение (СО)	32,90 (8,60)	31,21 (10,34)	0,027
Укрепление здоровья, среднее значение (СО)	31,84 (8,38)	28,32 (11,56)	<0,0001
Доступ, среднее значение (СО)	32 (8,10)	28,65 (11,17)	<0,0001
Понимание, среднее значение (СО)	35,07 (8,09)	32,87 (10,44)	0,004
Оценка, среднее значение (СО)	31,70 (8,68)	30,27 (10,84)	0,157
Применение, среднее значение (СО)	33,10 (8,27)	30,56 (10,36)	<0,0001
Уровни ГВЗ			
- Неадекватная ГВЗ N (%)	95 (11,9)*	83 (30,6)	<0,0001
- Проблематичная ГВЗ N (%)	353 (44,1)*	90 (33,2)	
- Адекватная ГВЗ N (%)	270 (33,8)*	63 (23,2)	
- Отличная ГВЗ N (%)	82 (10,3)	35 (12,9)	
ГВП, среднее значение (СО)	23,15 (4,66)	19,04 (7,09)	<0,0001
Уровни ГВП			
- Неадекватная ГВП N (%)	17 (1,8)*	42 (13,3)	<0,0001
- Пограничная ГВП N (%)	39 (4,1)*	38 (12)	
- Адекватная ГВП N (%)	889 (94,1)*	236 (74,7)	

P<0,005, Манн – Уитни и χ^2 , * показывает подкатегории ГВЗ и ГВП, между которыми обнаружены значимые различия. Аббревиатуры: ГВЗ = грамотность в вопросах здоровья; ГВП = грамотность в вопросах питания; СО = стандартное отклонение.

ГВП – как для численных, так и для категориальных переменных – между здоровыми участниками и участниками с проблемами со здоровьем. В частности, у здоровых респондентов показатели были значительно выше как по ГВЗ, так и по ГВП ($p=0,001$ и $p<0,0001$ соответственно).

МОДЕЛИ ЛИНЕЙНОЙ РЕГРЕССИИ ДЛЯ ГВЗ

В таблице 4 представлены результаты линейной регрессии для ГВЗ с поправкой на наличие или отсутствие хронического заболевания в качестве прогностического фактора ГВЗ. В первую модель был включен показатель наличия или отсутствия хронического заболевания, и ее результаты показали, что у респондентов с проблемами со здоровьем показатели ГВЗ были существенно ниже – $b = -2,487$ баллов ($p<0,0001$) – по сравнению с здоровыми респондентами. Во второй модели, в которую в качестве конфаундеров были добавлены показатели пола ($p=0,069$), возраста в годах ($p=0,323$) и количества лет образования ($p<0,0001$), наличие или отсутствие хронического заболевания более не имело значимой связи с уровнями ГВЗ.

МОДЕЛИ ЛИНЕЙНОЙ РЕГРЕССИИ ДЛЯ ГВП

В таблице 5 представлены результаты линейной регрессии для ГВП с поправкой на наличие или отсутствие

хронического заболевания в качестве прогностического фактора ГВП. В первую модель был включен показатель наличия или отсутствия хронического заболевания, и ее результаты показали, что у респондентов с проблемами со здоровьем показатели ГВП были существенно ниже – $b = -4,110$ баллов ($p<0,0001$) – по сравнению со здоровыми респондентами. Во второй модели, в которую в качестве конфаундеров были добавлены показатели пола ($p=0,019$), возраста в годах ($p<0,0001$) и количества лет образования ($p<0,0001$), наличие или отсутствие хронического заболевания сохраняло значимую связь с уровнями ГВП. В частности, у респондентов с проблемами со здоровьем уровень ГВП был существенно ниже – $b = -0,736$ баллов ($p=0,031$) – по сравнению со здоровыми респондентами.

ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты данного исследования показывают, что у здоровых респондентов уровни ГВЗ и ГВП были значительно выше, чем у участников с хроническими заболеваниями. Эта связь была сильнее между хроническими заболеваниями и низкими уровнями ГВП. Основные причины вышеуказанных связей в данный момент неясны и требуют дополнительного изучения, однако на основе многочисленных документов можно предположить, что низкие

ТАБЛИЦА 4. РЕЗУЛЬТАТЫ (b, СП) ДЛЯ МОДЕЛЕЙ ЛИНЕЙНОЙ РЕГРЕССИИ С ОЦЕНКОЙ ДЕТЕРМИНАНТ ГВЗ (n=1281)		
	Модель 1	Модель 2
	b ± СП, p	b ± СП, p
Хронические заболевания (Да/Нет)	-2,487 ± 0,544, <0,0001	-0,741 ± 0,609, 0,224
Пол (мужчина/женщина)		-0,860 ± 0,472, 0,069
Возраст в годах		-0,017 ± 0,017, 0,323
Количество лет образования		0,945 ± 0,144, <0,0001

Аббревиатуры: b = бета-коэффициент; СП = стандартная погрешность.

ТАБЛИЦА 5. РЕЗУЛЬТАТЫ (b, СП) ДЛЯ МОДЕЛЕЙ ЛИНЕЙНОЙ РЕГРЕССИИ С ОЦЕНКОЙ ДЕТЕРМИНАНТ ГВП (n=1281)		
	Модель 1	Модель 2
	b ± СП, p	b ± СП, p
Хронические заболевания (Да/Нет)	-4,110 ± 0,349, <0,0001	-0,736 ± 0,341, 0,031
Пол (мужчина/женщина)		-0,618 ± 0,264, 0,019
Возраст в годах		-0,077 ± 0,010, <0,0001
Количество лет образования		1,127 ± 0,080, <0,000

Аббревиатуры: b = бета-коэффициент; СП = стандартная погрешность.

уровни ГВП могут приводить к нездоровому рациону питания (18), что повышает риск ухудшения здоровья (19). Также важно отметить, что негативное воздействие уровня ГВЗ на наличие хронических заболеваний исчезает при включении показателя образования. Хорошо известно, что низкий социально-экономический статус является убедительным критерием прогнозирования ГВЗ (29). Распространенность хронических заболеваний – в сочетании с низкими уровнями грамотности в вопросах здоровья и питания – может оказывать отрицательное воздействие на показатели здоровья и препятствовать осуществлению оптимального самостоятельного контроля за заболеваниями. Исходя из имеющейся у авторов информации, эта работа является первым исследованием, нацеленным на изучение взаимосвязи между наличием хронических заболеваний и уровнями ГВЗ и ГВП. В Средиземноморском регионе эта сфера остается относительно малоисследованной. Что еще более важно, связь между хроническими заболеваниями и низкими уровнями ГВП ранее продемонстрирована не была. Несмотря на наблюдательный характер исследования, полученные результаты свидетельствуют о необходимости осуществления активных действий с позиций общественного здравоохранения и формирования политики с учетом фактических данных.

В недавнем исследовании, проведенном Warren-Findlow и коллегами (2014 г.), в котором рассматривалось только одно направление – распространенность гипертонии в США, лишь 28,4% пациентов соответствовали критериям достаточной ГВЗ (30). В другом подобном исследовании, проведенном в Бразилии Souza и коллегами (2014 г.), доля пациентов с диабетом 2-го типа и адекватными уровнями ГВЗ составила 63%. Исследователи также сообщили, что пациенты с неадекватной ГВЗ с большей вероятностью демонстрировали плохой гликемический контроль по сравнению с пациентами с более высокими уровнями ГВЗ (31). Сходным образом, в двух исследованиях – Saeed и коллеги (2017 г.) и Radwan и коллеги (2017 г.), проведенных соответственно в Пакистане и секторе Газа, – отмечалась связь неадекватной ГВЗ с плохим гликемическим контролем у пациентов с диабетом 2-го типа (32, 33). В соответствии с результатами двух других исследований, изучавших связь между низким уровнем ГВЗ и артериальным давлением у пациентов с гипертонией и ишемической болезнью сердца, низкая ГВЗ ассоциировалась с неконтролируемым (34) и повышенным давлением крови (35). Помимо этого, исследование Shibuya и коллег (2011 г.) показало, что респонденты с более низкими функциональными показателями ГВЗ чаще имели в анамнезе гипертонию и сахарный диабет (36). Также в исследовании Adeseun и коллег (2012 г.), проведенном в Пенсильвании

(США), оценивалась связь между ГВЗ и факторами риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, включая высокое артериальное давление, повышенное содержание липидов, соотношение талии и бедер, индекс массы тела и употребление табака у диализных пациентов. Полученные результаты указывали на связь между уровнем ГВЗ у этих пациентов и наличием у них высокого артериального давления, однако эта связь не прослеживалась в отношении других факторов риска (37). И наконец, в исследовании Woodard и коллег (2014 г.), проведенном в Теннесси (США), не было обнаружено связи между функциональной ГВЗ и гликемическим контролем у пациентов с диабетом 2-го типа (38). В большинстве вышеуказанных исследований, в которых социально-экономический статус оценивался параллельно с уровнями ГВЗ и ГВП, была обнаружена положительная связь между уровнем образования и ГВЗ. В частности, большинство пациентов с адекватными уровнями ГВЗ имели более высокий уровень образования, чем пациенты с проблематичной и неадекватной ГВЗ (31, 32, 34, 35, 37). Лишь одно исследование, проведенное в Японии, продемонстрировало отсутствие значимых различий между образованием и уровнями ГВЗ (36). Сходная картина наблюдается при изучении связи между ГВП и уровнем образования, однако исследований по этой теме к настоящему времени проведено немного (39, 40).

Профилактика и лечение этих неинфекционных заболеваний стали одной из наиболее актуальных задач общественного здравоохранения в связи с существенными человеческими, социальными и экономическими издержками, которые тяжелым бременем ложатся на системы здравоохранения и социальной помощи. В условиях экономического спада в Европе, и особенно в Греции, где доминируют меры жесткой экономии, задача сокращения распространенности хронических заболеваний должна решаться в первоочередном порядке и требует принятия неотложных мер (1). Существуют свидетельства того, что распространенность хронических заболеваний во всем мире связана не только с низким уровнем ГВЗ, но и с низким социально-экономическим статусом затронутых этой проблемой людей (6). Поэтому в исследованиях по теме хронических заболеваний и ГВЗ необходимо одновременно учитывать роль социально-экономического статуса.

Данное исследование включает следующие ограничения: кросс-секционный дизайн, который не позволяет непосредственно выявить причинно-следственные связи определяющих факторов; использование инструментов, прошедших валидацию, но допускающих интерпретацию субъективных показателей; тот факт, что все сведения

были получены со слов респондентов. Кроме того, отбор участников проходил только в городах региона Аттики. И наконец, результаты данного исследования не могут быть генерализованы преимущественно из-за небольших различий в показателях распределения по полу, а также распределения по возрасту у женщин.

Поскольку низкая ГВЗ определена как более сильный предиктор плохого состояния здоровья, чем возраст, уровень дохода или уровень образования, очевидно, что разработчики политики и поставщики медицинских услуг должны быть осведомлены о важной роли ГВЗ в контексте профилактики и ведения хронических заболеваний. Полученные результаты также демонстрируют явную необходимость усиления роли первичной медико-санитарной помощи с учетом недавнего принятия Астанинской декларации по первичной медико-санитарной помощи (41). Чрезвычайно важно также заниматься разработкой и внедрением эффективных мероприятий, нацеленных на переоценку ГВЗ не только в качестве индивидуальной характеристики, но и в качестве фактора, демонстрирующего взаимозависимость между навыками пациентов и эффективностью работы организаций, специалистов и систем здравоохранения. Следует подчеркивать положительное влияние ГВЗ с точки зрения расширения прав и возможностей пациентов и, в более широком контексте, всех граждан; ее важная роль должна быть донесена как до поставщиков медицинских услуг, так и до разработчиков политики; при этом необходимо избегать негативного позиционирования низкой ГВЗ как бремени или недостатка, поскольку это может привести к стигматизации отдельных лиц или групп населения.

Повышение уровней ГВЗ, и особенно ГВП, среди граждан Греции с хроническими заболеваниями позволит им более эффективно контролировать хронические состояния, оптимизировать получение медицинской помощи и достигнуть более высоких показателей здоровья. В то же время это будет способствовать снижению индивидуальных, социальных и экономических издержек и, соответственно, сокращению общего бремени хронических заболеваний.

Выражение признательности: авторы благодарят всех участников за ценный вклад в настоящее исследование.

Источники финансирования: данная исследовательская работа проводилась при поддержке Греческого фонда исследований и инноваций (HFRI) и Генерального секретариата исследований и технологий (GSRT) в рамках гранта фонда HFRI на соискание докторской степени (GA. no. 949).

Конфликт интересов: не заявлен.

Ограничение ответственности: авторы несут самостоятельную ответственность за мнения, выраженные в данной публикации, которые необязательно представляют решения или политику Всемирной организации здравоохранения.

БИБЛИОГРАФИЯ¹

1. Доклад о ситуации в области неинфекционных заболеваний в мире: 2010 г. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2011 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/112551>).
2. Reflection process: Innovative approaches for chronic diseases in public health and healthcare systems. Brussels: Council of the European Union; 2013 (http://ec.europa.eu/health/major_chronic_diseases/docs/reflection_process_cd_final_report_en.pdf).
3. Brennan P, Perola M, van Ommen GJ, Riboli E. On behalf of the European Cohort Consortium. Chronic disease research in Europe and the need for integrated population cohorts. *Eur J Epidemiol* 2017; 32:741–749.
4. Noncommunicable diseases [online database]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2019 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases>).
5. Economou C, Kaitelidou D, Kentikelenis A, Sissouras A, Maresso A. The impact of the financial crisis on the health system and health in Greece. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2014 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/266380/The-impact-of-the-financial-crisis-on-the-health-system-and-health-in-Greece.pdf).
6. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. Greece: Country Health Profile 2017, State of Health in the EU. Brussels: OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, 2017 (<http://dx.doi.org/10.1787/9789264283404-en>).
7. van der Heide I, Poureslami I, Mitic W, Shum J, Rootman I, FitzGerald JM. Health literacy in chronic disease management: a matter of interaction. *J Clin Epidemiol*. 2018; 102:134–138. doi: 10.1016/j.jclinepi.2018.05.010.
8. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z et al. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*. 2012;12(80):13 (<https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-12-80>).
9. Eichler K, Wieser S, Brugger U. The costs of limited health literacy: a systematic review. *Int J Public Health* 2009; 54:313–24. doi: 10.1007/s00038-009-0058-2.

¹ Все ссылки приводятся по состоянию на 25 августа 2019 г.

10. Miller TA. Health literacy and adherence to medical treatment in chronic and acute illness: A meta-analysis. *Patient Education and Counseling* 2016; 99(7):1079-1086. doi: 10.1016/j.pec.2016.01.020.
11. Mackey LM, Doody C, Werner EL, Fullen B. Self-Management Skills in Chronic Disease Management: What Role Does Health Literacy Have? *Med Decis Making* 2016; 36:741–759. doi: 10.1177/0272989X16638330.
12. DeWalt DA, Berkman ND, Sheridan S, Lohr KN, Pignone MP. Literacy and health outcomes. *Journal of General Internal Medicine* 2004;19: 1228-1239. doi: 10.1111/j.1525-1497.2004.40153.x.
13. Haun JN, Valerio MA, McCormack LA, Sørensen K, Paasche-Orlow MK. Health literacy measurement: an inventory and descriptive summary of 51 instruments. *J Health Commun.* 2014; 19(2):302-33. doi: 10.1080/10810730.2014.936571.
14. Davis TC, Crouch M, Long S. Rapid estimate of adult literacy in medicine. *Fam Med.* 1993; 25(6):391-5.
15. Parker R, Baker D, Williams M, Nurss J. The test of functional health literacy in adults: a new instrument for measuring patients' literacy skills. *J Gen Intern Med.* 1995;10(10):537-41. doi: 10.1007/bf02640361.
16. Weiss BD, Mays MZ, Martz W, Castro KM, DeWalt DA, Pignone MP et al. Quick assessment of literacy in primary care: the newest vital sign. *Ann Fam Med.* 2005;3(6):514-22. doi: 10.1370/afm.405.
17. Sørensen K, Van den Broucke S, Pelikan JM, Fullam J, Doyle G, Slonska Z et al. Measuring health literacy in populations: illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). *BMC Public Health.* 2013;13:948 (<https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-13-948>).
18. Silk KJ, Sherry J, Winn B, Keesecker N, Horodyski MA, Sayir A. Increasing nutrition literacy: testing the effectiveness of print, web site, and game modalities. *J Nutr Educ Behav* 2008;40(1): 3-10. doi: 10.1016/j.jneb.2007.08.012.
19. Gibbs HD, Ellerbeck EF, Gajewski B, Zhang C, Sullivan DK. The Nutrition Literacy Assessment Instrument is a Valid and Reliable Measure of Nutrition Literacy in Adults with Chronic Disease. *J Nutr Educ Behav* 2018; 50(3): 247-257. doi: 10.1016/j.jneb.2017.10.008.
20. Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases. Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation. Geneva: World Health Organization; 2003. World Health Organ Tech Rep Ser 2003; 916: 1–149 (<https://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/trs916/en/>).
21. Davis TC, Long SW, Jackson RH, Mayeaux EJ, George RB, Murphy PW et al. Rapid estimate of adult literacy in medicine: A shortened screening instrument. *Fam Med.* 1993;25:391-5.
22. Carbone ET, Zoellner JM. Nutrition and health literacy: A systematic review to inform nutrition research and practice. *J Acad Nutr Diet.* 2012; 112, 254–65. doi: 10.1016/j.jada.2011.08.042.
23. Gibbs H, Chapman-Novakofski K. Establishing Content Validity for the Nutrition Literacy Assessment Instrument. *Prev Chronic Dis* 2013; 10: 109. doi: 10.1016/j.jada.2011.08.042.
24. Diamond J. Development of a reliable and construct valid measure of nutritional literacy in adults. *Nutr J* 2007; 6:5.
25. Quaglio G, Sørensen K, Rübig P, Bertinato L, Brand H, Karapiperis T et al. Accelerating the health literacy agenda in Europe. *Health Promot Int* 2017; 32(6):1074-1080. doi: 10.1093/heapro/daw028.
26. Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G et al. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *European Journal of Public Health*; 2015; 25 (6): 1053–1058. doi: 10.1093/eurpub/ckv043.
27. Health Literacy Europe [website] (<https://www.healthliteracyeurope.net/hls-eu>).
28. Michou M, Panagiotakos D, Costarelli V. Development and Validation of the Greek version of the Nutrition Literacy Scale. *Mediterranean Journal of Nutrition and Metabolism*; 2018; 12(1): 61-67.
29. Michou M, Panagiotakos D, Lionis C, Costarelli V. Socioeconomic inequalities in relation to health and nutrition literacy in Greece. *International Journal of Food Sciences and Nutrition*; 2019; 1:1-7. doi: 10.1080/09637486.2019.1593951.
30. Warren-Findlow J, Hutchison J, Patel P, Dulin M, Tapp H, Kuhn L. Assessing Health Literacy of Hypertensive Patients in a Primary Care Setting Using a Self-administered Questionnaire. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*; 2014; 25(4): 1833-1843. doi: 10.1353/hpu.2014.0187.
31. Souza JG, Apolinario D, Magaldi RM, Busse AL, Campora F, Jacob-Filho W. Functional health literacy and glycaemic control in older adults with type 2 diabetes: a cross-sectional study. *BMJ Open* 2014; 12:4(2). doi: 10.1136/bmjopen-2013-004180.
32. Saeed H., Saleem Z, Naeem R, Shahzadi I, Islam M. Impact of health literacy on diabetes outcomes: a cross-sectional study from Lahore, Pakistan. *Public Health*; 2019; 156: 8-14. doi: 10.1016/j.puhe.2017.12.005.
33. Radwan M, Elsous M, Al-Sharif H, Abu Mustafa A. Glycemic control among primary care patients with type 2 diabetes mellitus in the Gaza Strip, Palestine. *Ther Adv Endocrinol Metab*; 2018; 9(1): 3–14. doi: 10.1177/2042018817742070.
34. McNaughton CD, Jacobson TA, Kripalani S. Low Literacy is associated with Uncontrolled Blood Pressure in Primary Care Patients with Hypertension and Heart Disease. *Patient Educ Couns*; 2014; 96(2):165-70. doi: 10.1016/j.pec.2014.05.007.
35. McNaughton CD, Kripalani S, Cawthon C, Mion LC, Wallston KA, Roumie CL. Association of health literacy with

- elevated blood pressure: a cohort study of hospitalized patients. *Med Care*; 2014; 52(4): 346–353. doi: 10.1097/MLR.000000000000101.
36. Shibuya A, Inoue R, Ohkubo T, Takeda Y, Teshima T, Imai Y, Kondo Y. The relation between health literacy, hypertension knowledge, and blood pressure among middle-aged Japanese adults. *Blood Press Monit*; 2011; 16(5):224-30. doi: 10.1097/MBP.0b013e32834af7ba.
37. Adeseun GA, Bonney CC, Rosas SE. Health Literacy Associated With Blood Pressure but not Other Cardiovascular Disease Risk Factors Among Dialysis Patients. *Am J Hypertens*; 2012; 25(3):348-53. doi: 10.1038/ajh.2011.252.
38. Woodard LD, Landrum CR, Amspoker AB, Ramsey D, Naik AD. Interaction between functional health literacy, patient activation, and glycemic control. *Patient Prefer Adherence*; 2014; 24(8): 1019-24. doi: 10.2147/PPA.S63954.
39. Aihara Y, Minai J. Barriers and catalysts of nutrition literacy among elderly Japanese people. *Health Promot Int*; 2011; 26(4):421–431. doi: 10.1093/heapro/dar005.
40. Gibbs HD, Kennett AR, Kerling EH, Yu Q, Gajewski B, Ptomey LT, Sullivan DK. Assessing the nutrition literacy of parents and its relationship with child diet quality. *J Nutr Educ Behav*; 2016; 48(7):505–509. doi: 10.1016/j.jneb.2016.04.006.
41. Астанинская декларация по первичной медико-санитарной помощи. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2018 (<https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration-ru.pdf>). ■

ORIGINAL RESEARCH

New vaccine introduction: strengthening health literacy to increase health equity

Siff Malue Nielsen¹, Barbara A. K. Franklin², Cath Jackson³, Alexei Ceban⁴, Maia Shishniashvili⁵, Gayane Sahakyan⁶, Liudmila Mosina¹, Katrine B. Habersaat¹

¹World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark

²All One Communication, San Diego, CA, United States of America

³Valid Research Limited, Wetherby, Yorkshire, United Kingdom

⁴National Agency for Public Health, Chişinău, Republic of Moldova

⁵National Center for Disease Control and Public Health, Tbilisi, Georgia

⁶National Center for Disease Control and Prevention, Ministry of Health, Yerevan, Armenia

Corresponding author: Katrine B. Habersaat (email: habersaatk@who.int)

ABSTRACT

Introduction: The human papillomavirus (HPV) vaccine can reduce inequalities in cervical cancer. Countries introducing the vaccine need a strategy and communication plan that address the health literacy of target populations.

Aim: To inform HPV vaccine introduction activities aiming to strengthen the health literacy of target groups, through exploring barriers and drivers, as well as seeking ideas for communicating the introduction of the vaccine.

Methods: Qualitative studies using focus group discussions and in-depth interviews in Armenia, Georgia and the Republic of Moldova. The 218 participants were parents, teenage girls, doctors (family, school, specialist, paediatricians), nurses, oncologists, teachers and a priest. Data were analysed using thematic analysis.

Findings: Many findings were similar across countries and target groups. The key driver was the recognition of the need for vaccines. Barriers ranged from confusion to fears related to adverse effects (including infertility), vaccines' provenance and the quality of free vaccines. Health-care providers too were sceptical, susceptible to adverse information and willing to bend rules to avoid vaccination.

Conclusion: The studies informed tailored strategies to strengthen HPV vaccination-related health literacy of key groups, by using tailored messages targeting misperceptions communicated through health-care providers and a community approach. Furthermore, the studies indicated more generally that increased decision-making power at an individual level creates uncertainty, which also affects health-care providers, who therefore need to be a target group in themselves and not just a channel of communication.

Keywords: HPV, IMMUNIZATION/VACCINATION, COMMUNICATION, HEALTH LITERACY, EQUITY

INTRODUCTION

Vaccination is a remarkable public health success: each year it saves millions of people from illness, disability and death (1). The vaccines against human papillomavirus (HPV) – a virus that causes cervical and other types of cancer – are a recent contribution to this. Cervical cancer is one of the most common cancers affecting women; in 2018 there were an estimated 570 000 new cases of cervical cancer with 310 000 deaths worldwide (2). Unlike most cancers, cervical cancer is

more likely to develop among young women aged 20–45 than among older women (3).

In 2016 and 2017 Armenia, Georgia and the Republic of Moldova decided to introduce the HPV vaccine and requested support from WHO. As part of this, formative research was conducted with key target groups to inform introduction strategies and communication plans. A key aim of this research was to gain insight into the vaccination-related health literacy skills of the intended beneficiaries. These skills are

defined as “the cognitive and social skills which determine the motivation and ability of individuals to gain access to, understand and use information in ways which promote and maintain good health” (4). In this context, this enables positive HPV vaccination behaviours, for example, the timely receipt of vaccination and recommending vaccination.

Women from lower socioeconomic backgrounds are disproportionately affected by cervical cancer, however, the HPV vaccine has been shown to have the most profound effect on deprived populations and thereby has the potential to reduce inequalities in cervical cancer occurrence (5). Planning the introduction of the HPV vaccine in a way that strengthens the health literacy of the intended beneficiaries is thus an opportunity not only to promote a cost-effective disease prevention intervention but also to promote health equity.

The urgency of the need to strengthen health literacy at this time was increased by the threat of misconceptions that could create an adverse environment for the new vaccine. Despite scientific consensus about the safety and effectiveness of the HPV vaccines (6), HPV vaccine controversies have challenged health authorities in countries such as Colombia, Denmark, Ireland and Japan with misinformation being shared globally (7). The risk of such controversy is that it can potentially lead to an erosion of public trust in all vaccines, as well as in health authorities (8–11).

Health literacy is the responsibility not only of the individual but also of health systems, which need to ensure access for all by providing clear, appropriate and accessible information (12). For this reason, the WHO-supported immunization programmes of Armenia, Georgia and the Republic of Moldova conducted qualitative formative research studies with key target groups. The studies aimed to inform national HPV vaccine introduction strategies and communication plans, which would strengthen the health literacy of the intended beneficiaries of the vaccine through:

- (i) exploring the barriers and drivers for positive HPV vaccination behaviours among target groups; and
- (ii) seeking ideas for key messages and communication channels for HPV vaccine introduction.

In the European Region, published literature on vaccination-related health literacy and determinants of vaccination behaviour is primarily focused on the western part of the Region; evidence specific to eastern Europe is insufficient. Hence the contribution of these studies goes beyond national HPV vaccine introduction: it has a broader relevance to the

understanding and promotion of vaccination-related health literacy in eastern Europe as a whole.

METHODS

The studies were conducted during 2016 and 2017 and were guided by a WHO *Field guide to qualitative research for new vaccine introduction*, which was pilot tested as part of the process (13).

ETHICS

The studies involved human subjects and were conducted in accordance with the guidelines of the Helsinki Declaration. They were conducted in three countries where institutional review boards or committees are not mandatory, and the respective authorities of the three countries considered this research as exempt from the requirement of ethical approval. All participants provided written informed consent to participate and to audio record, use and share their contributions for scientific purposes without disclosure of their identity.

PARTICIPANTS AND RECRUITMENT

Participants were identified by authors AC, MS and GS from the national vaccine introduction teams as those who make decisions about HPV vaccination, that is, mothers and girls, and those likely to influence their decisions, including family doctors, paediatricians, nurses, oncologists, specialist doctors, teachers, school doctors and priests. They were a convenience sample, recruited by national and subnational immunization programmes. When approached, participants were asked to take part in a discussion on health and vaccination. We did not record how many, or why, participants declined to take part.

The selected target groups varied by country, however, all three studies were conducted in various settings to ensure a mix of socioeconomic contexts and ethnic groups. Table 1 presents the participant groups (218 participants: N=73 Armenia, N=64 Georgia, N=81 Republic of Moldova). Participants reflected a mix of age, education, income and urban/rural location.

DATA COLLECTION

A mixture of focus group discussions (FGD) and face-to-face in-depth individual interviews (IDI) (where there was only one participant in a target group) were used. They took place in participants' schools and workplaces (for example, health facilities), were audio recorded and facilitated in the national languages by local researchers, who were not known to the

participants. In Georgia this was a sociologist experienced in qualitative research but unfamiliar with the field of vaccination. In Armenia and the Republic of Moldova, the researchers, from the national vaccine introduction teams, were less experienced in qualitative research methods, but highly knowledgeable about vaccination.

Discussion guides were developed in English and translated into the national languages to ensure consistency of data collection both within and across the three countries. The format was flexible to allow for country and participant group differences and to permit participants to raise any additional issues they considered important. The topics covered are presented in Table 2.

The FGDs lasted between 75 and 120 minutes. The IDIs lasted between 45 and 60 minutes.

DATA ANALYSIS

The FGDs and IDIs were transcribed verbatim and then translated into English. All transcripts were checked for accuracy against the audio recordings. Personal data were anonymized. The FGD and IDI data for each country were analysed together. Authors SMN and MS undertook the analysis in Armenia, SMN and BF in Georgia and AC, BF and SMN in the Republic of Moldova. In all three countries, the national vaccine introduction team partners were actively involved throughout the process and the final analysis was discussed, reviewed and agreed on by all.

WITHIN-COUNTRY ANALYSIS

The data were analysed in English using thematic analysis (14), a useful approach for producing qualitative analyses suited to informing programme development.

TABLE 1. TARGET GROUPS

Target group	Armenia		Georgia		Republic of Moldova	
	Urban	Rural	National capital	Regional capital	Urban	Rural
Paediatricians/Family Doctors	5	7	6	12	9	10
Nurses	0	0	9	5	9	9
Obstetricians/Gynaecologists	4	4	1	0	4	0
Oncologists	1*	0	0	0	1*	0
School doctors	0	0	1*	1*	0	0
Teachers	8	8	6	8	14	10
Priests	0	0	0	0	1*	0
Mothers/caregivers of teenage girls	7	11	7	8	10	4
Teenage girls	7	11	0	0	0	0
TOTAL	32	41	30	34	48	33

*indicates an in-depth individual interview, otherwise data were collected in focus group discussions

TABLE 2: TOPICS EXPLORED IN THE FGDS AND IDIS

- Awareness and knowledge – vaccines in general, HPV vaccine, cervical cancer and HPV
- Information sources – where to seek information from, which sources to trust
- Attitudes – vaccines in general, HPV vaccine, cervical cancer and HPV
- Rumours about vaccination
- Discussing vaccination with parents/teachers/teenagers/church members
- Support/information needed to introduce HPV vaccination
- Ideas for motivational key messages
- Ideas for communication channels
- Ideas for policy

The steps were as follows:

1. Familiarization: researchers became immersed in the raw data by repeated reading of the transcripts and listed key ideas for coding.
2. Generating initial codes: initial codes and a coding framework were developed, informed predominantly by the topics in the discussion guide (Table 2), although novel views expressed by participants were also captured. The interview data were then coded to this framework, working with paper copies of the transcripts.
3. Searching for themes: the codes were organized into potential themes and subthemes. At this point, similarities and differences in views across target groups and rural/urban settings were explored.
4. Reviewing themes: the coded data within each potential theme were reviewed and the themes modified to ensure that they formed a coherent pattern.
5. Producing the report: the thematic analysis findings were written up.
6. Country-specific development of HPV vaccine introduction strategies and communication plans.

CROSS-COUNTRY SYNTHESIS

The final step was a cross-country synthesis undertaken by BF and CJ. Using the findings for each country, similarities and differences in barriers and drivers to positive HPV vaccination behaviours, and ideas for communicating the introduction of the HPV vaccine were explored. The entire research team reviewed this final level of analysis.

FINDINGS

Findings for the three countries are presented below, organized by 1) barriers and drivers to positive HPV and general vaccination behaviours and 2) ideas for communicating the introduction of the HPV vaccine. Despite the differences in language and culture among the three countries, many findings were consistent. The findings below can be assumed to be general across the three countries, unless differences are specified. Illustrative quotes are presented in Tables 3 to 5.

BARRIERS AND DRIVERS TO POSITIVE HPV (AND GENERAL) VACCINATION BEHAVIOURS

NEED FOR VACCINES

Respondents in all groups across the three countries generally agreed with the need for vaccination and prevention of disease. All groups said vaccines prevent diseases and, as

a result, some diseases of the past are no longer major threats (Table 3, quotes 1 and 2). However, the knowledge of parents and schoolteachers was generally very basic.

Comments from the Republic of Moldova suggest some parents have begun questioning whether vaccinations are still needed. If the diseases are no longer present, are the vaccines doing harm by reducing a child's natural immunity (Table 3, quotes 3 and 4)?

The teenagers interviewed in Armenia (the only teens included in study) had little concern about the necessity of vaccines, as none mentioned vaccination as an aspect of a healthy lifestyle. Indeed, they had little to say about it, deferring to parental authority (Table 3, quote 5).

VACCINE SAFETY

Questions over vaccine safety were those that played most on the minds of respondents in all groups across all three countries. Safety questions were dominated by two concerns: the vaccine's provenance and the risk of adverse effects.

No parent respondent in any country appeared to know that all prequalified vaccines meet uniform standards. Instead, many incorrectly assume that high-quality vaccines come from Europe and low-quality ones from Asia (Table 3, quote 6). Importantly, many health-care providers repeated this idea. Some doctors mentioned that they sometimes persuade clients to vaccinate by assuring them that the vaccines are so-called good European ones (Table 3, quote 7).

The dual system of free vaccines provided by the state versus self-paid vaccines from private providers complicates the perception of vaccine quality and safety and affects trust in the national health systems of the Republic of Moldova and Georgia. Many parents wrongly assume that the vaccines offered free of charge in public health facilities are of lower quality – either less effective or with more side-effects – and some say that letting so-called inferior vaccines into the country breaks down the public's trust in the national health system (Table 3, quotes 8 and 9). Some respondents dislike having to make this choice, which they said causes confusion and undermines their trust in the health-care system. Others suggest that pharmacists and physicians only recommended the more expensive vaccines because they stand to gain economically from them.

The greatest concern about vaccine safety is the fear of adverse events following immunization (AEFI). This fear is self-perpetuating: parents are frightened by horror stories of what might happen to their child if they choose to vaccinate and health-care providers are afraid they will be blamed.

In Georgia, stories circulate of doctors who were taken to court by angry parents claiming vaccination harmed their child. One doctor reported facing an angry father who refused to vaccinate his second child, an autistic boy, after seeing a Russian video claiming a link between the MMR vaccine and autism. Health-care providers complained that neurologists and other specialists blamed vaccination whenever they could not find an adequate explanation for a child's health problem, and that they had to bear the consequences (Table 3, quote 10).

In reaction to parents' fears of AEFI, along with their own fears of being blamed, some doctors agree not to vaccinate children when parents are anxious. Some commonly mentioned contraindications (reasons for not vaccinating) used include haemangioma, allergic rhinitis, dermatitis, low haemoglobin, or simply that the child seemed nervous and would be likely to respond negatively to the experience of an injection.

TABLE 3: ILLUSTRATIVE QUOTES FOR EFFECTIVENESS, NECESSITY AND SAFETY OF VACCINES

Effectiveness and necessity of vaccines	
1	<i>"We need [vaccination] to protect our health. Children need it in order not to get sick. In case we get sick, the vaccine helps us to get over an illness more easily."</i> Teacher, rural Republic of Moldova
2	<i>"Several diseases that used to lead to death in the past are now, due to vaccines, either eliminated or have a very mild form."</i> Mother, urban Armenia
3	<i>"Other mothers bring as argument the fact that their children entered kindergarten and school without vaccination and did not get measles or polio and are healthy. Why should they vaccinate the second child?"</i> Doctor, urban Republic of Moldova
4	<i>"I understood that vaccines lower the child's immunity. We were vaccinating the baby, but with fear, great fear."</i> Mother, urban Republic of Moldova
5	<i>"Mother said I needed to be vaccinated, so we went to the polyclinic and I received the shot."</i> Teenage girl, urban Armenia
Vaccine safety	
6	<i>"European factories ... have more possibilities to produce a clear, effective vaccine that will not have adverse effects, compared with those from Vietnam, China or India."</i> Mother, urban Republic of Moldova
7	<i>"I know that European vaccines are better and I feel more secure. As we were informed, they are filtered, cleaner than Indian ones."</i> Nurse, national capital Georgia
8	<i>"When I asked the paediatrician to explain to me the difference, she told us, 'Imagine you were invited to a party, what make of car would you choose to drive there, a Mercedes or a Lada? The difference is the same!' She told us that the syringes that are provided with the self-paid vaccines are better and children feel nothing when they are injected with these syringes, and that they had fewer and less severe side-effects."</i> School doctor, national capital Georgia
9	<i>"We think that since it's free, it can't be of good quality, so you are obliged to choose the self-paid one. But if a vaccine is not of good quality, it shouldn't be there. The country should not import vaccines that are of bad quality."</i> Parent, regional capital Georgia
10	<i>"Yes, the vaccine is always a culprit! How can we persuade those people who are against vaccination that vaccination is good when doctors themselves tend to blame vaccines in any problem a patient may have?"</i> School doctor, national capital Georgia
11	<i>"During the Soviet times, I didn't think about vaccine quality, or the country they came from. It was engineered. Someone else knew how. But now I would really think and analyse."</i> Nurse, urban Republic of Moldova
12	<i>"Those vaccines were from the Soviet Union period, but who knows what kind of vaccines we have now ... probably this is why they have so many side-effects."</i> Mother, rural Republic of Moldova

There is a perception among some parents and doctors in all three countries that even routine vaccination has become a risky business. For some, this is in sharp contrast to the situation under the Soviet Union when vaccination was unquestioned. Some look back with nostalgia on a simpler past when vaccination decisions were taken centrally, neither individual parents nor health-care providers had to take responsibility for the consequences and things seemed safer. Even in cases where vaccination is mandatory, parents are sometimes asked by health-care providers to sign a form taking responsibility for refusing or accepting vaccination, increasing their sense of personal responsibility for the decision (Table 3, quotes 11 and 12).

CONFUSIONS AND MISUNDERSTANDINGS

Questions arose during the research from all target groups, except teenage girls, about the age of the recipients and the reason for HPV vaccination. There was a clear lack of understanding about the importance of giving the vaccination before the onset of sexual activity. Related to this, the emphasis on HPV as a sexually transmitted disease, rather than its relationship to cervical cancer, seems to be a stumbling block for some respondents who say that good sexual hygiene and fidelity make the HPV vaccine unnecessary. The authors believe there was confusion between HPV and HIV (Table 4, quote 1).

The connection with cancer also confused a few respondents. Since some people view vaccines as provoking an immune response through a mild infection, they may think the HPV vaccine gives the recipient a mild case of cancer, as did one teacher (Table 4, quote 2). Some mothers said the HPV vaccine was not necessary for them because cancer does not run in their families; their mothers did not have it.

MISINFORMATION

Although the HPV vaccine had not yet been introduced in any of the three countries, misplaced fears of harm to girls' future fertility were widespread. Even health-care providers who favoured the vaccine were affected by stories circulating on social media with misperceptions about the negative effects of the HPV vaccine on reproductive health. Doctors and nurses reported their own lack of confidence, their doubts and fears of future guilt as they carried out the HPV campaign (Table 4, quotes 3 to 5).

Respondents in all three countries expressed fears that, as members of middle-income country populations, they might be guinea pigs for the HPV vaccine. Doctors, teachers and parents all expressed this fear (Table 4, quotes 6 and 7)

despite the fact that the HPV vaccine is actually coming late to this region.

Both parents and doctors talked about stories of AEFIs from HPV vaccination in other countries. The source of this misinformation was anti-vaccine information on social media such as Facebook and video platforms such as YouTube. The experience of Japan, where a number of girls fainted as a stress reaction to being vaccinated, was expanded to frightening proportions, through word of mouth and social media stories, to neurological damage and death (Table 4, quotes 8 to 10).

IDEAS FOR COMMUNICATING THE INTRODUCTION OF THE HPV VACCINE

POSITIVE IMPACT ON FERTILITY

When asked what might motivate them to vaccinate their daughters, mothers said they want to know that their daughters will grow up to be healthy and have children of their own (Table 5, quote 1). This suggests that an effective message for the promotion of the HPV vaccine would be that fertility is, indeed, protected when cervical cancer is prevented.

HEALTH-CARE PROVIDERS AND COMMUNITIES AS SOURCES OF INFORMATION

Mothers in all three countries said they prefer to get their vaccination information from health-care providers they know and trust, who are well-informed and caring (Table 5, quotes 2 and 3). At the same time, they admit to being highly influenced by their peers, including neighbours, family, teachers, bloggers, other parents similar to them, as well as rumours circulating in the community, at schools and online. The power of the peer story is evidently high.

The internet is a source of diverse information, some authoritative and some not – it poses questions, challenges them and sometimes disturbs them. Mothers say they are influenced by those they can relate to, including bloggers. They want to seek out information online and they want health-care providers to know the answers to questions about what they have seen online. Ideally, mothers said, they would like to see information from credible sources online too (Table 5, quote 4).

HEALTH-CARE PROVIDERS WANT AUTHORITATIVE SOURCES

Health-care providers want an expert source, online or in person, to whom they can go for answers, so that they, themselves, can become expert sources for parents (Table 5, quote 5). Doctors and nurses in all three countries said they

TABLE 4: ILLUSTRATIVE QUOTES FOR HPV TRANSMISSION, TESTING AND AEFIS

HPV as a sexually transmitted virus	
1	<i>"I don't think that everybody needs this vaccination. The disease is linked with the behavioural factor. If I have one husband who I am faithful to, and I am confident that it is mutual, the need for the vaccination disappears."</i> Gynaecologist, urban Armenia
2	<i>"We know that vaccination makes the virus penetrate into your body, hence many people will think that this intervention will infect children with a mild type of cancer."</i> Teacher, urban Armenia
3	<i>"In the period of the campaign there were many articles on Facebook saying that this vaccine caused infertility, that Europe had banned the HPV vaccine, so you can imagine what we must have been through trying to convince parents."</i> Doctor, regional capital Georgia
4	<i>"I also heard about infertility. Who would wish a girl to be infertile and then they would be guilty about this? Who would take that responsibility?"</i> Nurse, rural Republic of Moldova
5	<i>"Me, as a doctor, I have a heavy heart, because five years ago, the orphan children from children houses were vaccinated. And I'm afraid that these children will be infertile. I have this load on my mind. Maybe I did a good thing, but I don't know what's next. The fact that infertility is rising in the population becomes a concern."</i> Doctor, urban Republic of Moldova
HPV vaccine tested in middle-income countries	
6	<i>"We have to be sure that the vaccine is not being tested in our country on our children and that the intention is not to use the statistics and the results obtained here for introducing it to European countries. So we want to know where, in which countries the vaccine is used and what results it has and what the coverage rate is there. Only after this will we encourage our patients to have their children vaccinated."</i> Doctor, regional capital Georgia
7	<i>"Many adults say that Armenia is a developing country and that vaccines are tested on the population of Armenia."</i> Family doctor, rural Armenia
HPV vaccination and AEFIs	
8	<i>"In Japan I heard there were problems. I don't know out of how many million girls, I think 2000 had side-effects. I don't remember the figures. There were convulsions, paralysis, children confined to wheelchairs after it."</i> Mother, urban Republic of Moldova
9	<i>"Thirty-two deaths, anaphylactic shock and reactions such as ovarian destruction caused by the vaccine, central nervous damage and intoxication. I read this in the literature."</i> Doctor, urban Republic of Moldova
10	<i>"I do not think they're all published, but I'm talking about London cases that have been studied ... that HPV vaccination at a fertile age has led to menopause and complete ovarian tissue atrophy, leading to infertility and major complications: there have been cases of sudden death through embolism."</i> Oncologist, urban Republic of Moldova

were troubled when they could not answer the questions and allay the doubts of parents. They asked for training with experts, with opportunities to ask questions and to discuss how to answer their patients' questions. Others asked for websites in languages they know and for vaccines to be packaged with inserts in the local language, to allow them to answer the increasingly detailed questions from parents about vaccines' contents and provenance.

DISCUSSION

The countries of eastern Europe have undergone profound political and social transformations in less than three decades; individual decision-making power has increased and, with the internet and social media, so has the number of media and information sources. As a result, health literacy expectations and requirements of parents have changed, as have the

TABLE 5: ILLUSTRATIVE QUOTES FOR IDEAS ABOUT COMMUNICATING THE INTRODUCTION OF THE HPV VACCINE

Positive impact on fertility	
1	<p><i>"Maybe the desire to see my daughter growing healthy, having babies and being happy. This is the most important desire of every mother."</i></p> <p>Mother, urban Republic of Moldova</p>
Health-care providers as preferred source of information	
2	<p><i>"My children were vaccinated because I trust the paediatrician."</i></p> <p>Mother, urban Armenia</p>
3	<p><i>"I believe that the family doctor plays an important role. I for example am lucky to have a very good family doctor. And I have always vaccinated my child with an open heart because the family doctor was always explaining how the child should be, how to prepare the child before vaccination, what medicine we should take, how the child feels."</i></p> <p>Mother, urban Republic of Moldova</p>
4	<p><i>"Well, if it was posted on Facebook by the University of Medicine, I think the world would believe in this information."</i></p> <p>Mother, urban Republic of Moldova</p>
5	<p><i>"We attend training. We study the vaccine. We read the instructions. We have some briefings."</i></p> <p>Q, You have some briefings, but do you have access to a source, let's say in case you have some questions?</p> <p><i>"[What we have] it isn't enough. It would be useful. Better to know from an expert."</i></p> <p>Nurse, rural Republic of Moldova</p>

expectations and requirements of health-care providers and educators. In this complex context, these three studies provided useful, much needed insight into vaccination-related health literacy and determinants of positive vaccination behaviour in order to inform HPV vaccine introduction strategies tailored to different target groups (15).

The extent of vaccine-safety scepticism among health-care providers revealed by these studies, their receptiveness to rumours and their willingness to bend the rules out of fear of being blamed, all came as a surprise to the health authorities planning HPV vaccine introduction. This alerted them to the pivotal importance of interventions targeting health-care providers.

Adding to this complexity, these three studies confirm what has been shown in other studies: that health-care providers are a preferred and trusted source of information about vaccination for parents (16). Health-care providers are important influences on parental trust in vaccination and can help sustain high vaccination uptake through positive communication with parents (17). Health-care providers should be central to the HPV vaccine introduction strategy and communication plan. These studies suggest that comprehensive action is required to focus on health-care providers as a target group themselves, not just as a channel to reach parents and teenage girls.

Other important influencers include those in local communities and online forums. The influence of social communities on vaccination risk perceptions and decisions, which has been shown in other studies (9, 18), is confirmed here, highlighting both online and local communities. However, civil society in eastern European countries can be weak (19) and the communication strategy employed in these three countries cannot rely on a generations-old tradition of well-established and trusted nongovernmental civil society networks or organizations that are found in other countries. These findings suggest that the community approach should be focused on online influencers and, importantly, should include local analysis to identify trusted individuals who have informal influence in each area or community, such as home-visiting nurses, local politicians, local nongovernmental organizations, community leaders and others.

Informing messages for the new vaccine introduction, the studies showed that an appreciation of vaccination and its benefits was evident across target groups, along with a wish to ensure young girls' future fertility and health. However, misunderstandings, confusion and fears were much more widespread than anticipated.

The studies indicated that the issue of personal responsibility – the flip side of increased individual decision-making power in a democratic society – is a source of concern. As a potential

area for further research, it would be relevant to explore the implications of the shift from state to individual decision-making following societal change on vaccination.

The strengths and weaknesses of this research should also be acknowledged here. Data were collected from over 200 participants from multiple target groups in three countries to inform targeted HPV vaccine introduction strategies and communication plans. This is especially important for countries with less capacity to respond to vaccine safety-related crises, where societal changes have set new health literacy requirements and expectations. The time and budget for this work was limited due to the dates set for HPV vaccine introduction, which dictated our use of convenience sampling. This means we did not sample purposively to find groups with low access, low utilization or lack of trust in the HPV vaccine. Nevertheless, we spoke with participants across a mix of age, education, income and urban/rural location; and captured a range of views about vaccination, thus providing a valuable breadth of insight. The involvement of the national vaccine introduction teams in conducting the research led to capacity-building and ownership and, given the above-mentioned diversity in findings, it did not seem to discourage participants from expressing their views. Technical guidance and support from WHO throughout the process ensured the quality of the research and the lessons learned led to the revision of the WHO *Field guide to qualitative research for new vaccine introduction* (13). Using cross-country synthesis is a strength as it allows findings with a broader relevance, however, it also disregards critical context-specific factors, which have been captured in individual country-specific study reports (available from the corresponding author).

Exploring barriers and drivers to HPV vaccination and seeking ideas about communicating the introduction of the HPV vaccine allowed immunization programmes in the three countries to challenge their own preconceptions and develop HPV messages and plans tailored to the needs of different groups. Immunization uptake is related to inequity factors such as parental education and income, and identifying the determinants of vaccination allows countries to enhance the equity in uptake (20). Improving health literacy – supporting intended beneficiaries in better understanding and using information about vaccination – is a critical factor in this. The public health benefits of this go beyond immunization: equitable immunization policies generate wider health, social, political and economic benefits, and immunization can improve coverage of other health interventions, benefiting many, including the most vulnerable (20).

CONCLUSIONS

A diversity of factors was shown to affect health literacy and vaccination behaviours in the three different countries: individual misperceptions, confidence, knowledge and capacity of both health-care providers and parents as well as cultural, societal, historic and community factors. The insights of the studies informed the development of national strategies for the HPV vaccine and contributed to a needed strengthened understanding of these factors in eastern Europe. Findings across the three countries were similar, indicating that findings may have a broader relevance for eastern Europe as a whole.

Acknowledgements: The authors would like to thank the following people involved in these three studies:

The Republic of Moldova

Ms Irina Batir, School of Public Health Management, Chişinău, Republic of Moldova; Ms Valeria Chihai, Secretary, School of Public Health Management, Chişinău, Republic of Moldova; Professor Rodica Gramma, Associate Professor, School of Public Health Management and Director, Department International Relations and European Integration, State University of Medicine and Pharmacy “Nicolae Testemitanu”, Chişinău, Republic of Moldova; Professor Oleg Lozan, Director, School of Public Health Management, Chişinău, Republic of Moldova; Ms Rodica Munteanu, Communications Officer, WHO Country Office, Chişinău, Republic of Moldova; Ms Ludmila Tihon, School of Public Health Management, Chişinău, Republic of Moldova.

Armenia

Ms Victoria Harutyunyan, Public Relations Officer, National Center for Disease Control and Prevention, Ministry of Health, Ministry of Health, Armenia; Dr Marine Kirakosyan, Paediatrician, Immunization Department of National Center for Disease Control and Prevention, Ministry of Health, Armenia.

Georgia

Dr Nona Beradze, MD, EPI Department, L. Sakvarelidze National Center for Disease Control and Public Health, Tbilisi, Georgia; Dr Lia Javidze, MD, EPI Manager, L. Sakvarelidze National Center for Disease Control and Public Health, Tbilisi, Georgia; Dr Natia Kakutia, MD, BA, Health Promotion Division, L. Sakvarelidze National Center for Disease Control and Public Health, Tbilisi, Georgia; Ms Maya Mateshvili, WHO Consultant, Tbilisi, Georgia.

Sources of funding: The studies were funded by the WHO Regional Office for Europe.

Conflicts of interest: None declared.

Disclaimer: The authors alone are responsible for the views expressed in this publication and they do not necessarily represent the decisions or policies of the World Health Organization.

REFERENCES¹

- Andre FE, Booy R, Bock HL, Clemens J, Datta SK, John TJ et al. Vaccination greatly reduces disease, disability, death and inequity worldwide. *Bull World Health Org.* 2008;86:140–6. doi:10.2471/BLT.07.040089.
- Cervix uteri 2018. In: International Agency for Research on Cancer [website]. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2018. (<http://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/23-Cervix-uteri-fact-sheet.pdf>).
- Questions and answers about HPV vaccination. In: World Health Organization [website]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2017. (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/vaccines-and-immunization/publications/communication-and-advocacy/questions-and-answers-about-hpv-vaccination>).
- Health literacy and behaviour. In: World Health Organization [website]; 2015. (<https://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/track2/en/>).
- Cameron RL, Kavanagh K, Cameron Watt D, Robertson C, Cuschieri K, Ahmed S et al. The impact of bivalent HPV vaccine on cervical intraepithelial neoplasia by deprivation in Scotland: reducing the gap. *J Epidemiol Community Health.* 2017;71:954–60. doi:10.1136/jech-2017-209113.
- Weekly Epidemiological Record, 14 July 2017. Geneva: World Health Organization; 2017. 2017;92;28:393–404. (<https://www.who.int/wer/2017/wer9228/en/>).
- Habersaat K. Multifactorial responses to complex challenges – the HPV controversy. *HPV World.* 2018;43–45/48–53.
- Gangarosa EJ, Galazka AM, Wolfe CR, Phillips LM, Gangarosa RE, Miller E et al. Impact of anti-vaccine movements on pertussis control: the untold story. *Lancet.* 1998;351(9099):356–61. doi:10.1016/S0140-6736(97)04334-1.
- Oraby T, Thampi V, Bauch CT. The influence of social norms on the dynamics of vaccinating behaviour for paediatric infectious diseases. *Proc Biol Sci.* 2014;281:20133172. doi:10.1098/rspb.2013.3172.
- Ford JA, Mahgoub H, Shankar AG. Vaccine acceptance: the UK perspective. *Hum Vaccin Immunother.* 2013;9:2658–60. doi:10.4161/hv.26411.
- Brown KF, Long SJ, Ramsay M, Hudson MJ, Green J, Vincent CA et al. UK parents' decision-making about measles–mumps–rubella (MMR) vaccine 10 years after the MMR-autism controversy: a qualitative analysis. *Vaccine.* 30(10):1855–64. doi:10.1016/j.vaccine.2011.12.127.
- Rudd RE. The evolving concept of Health literacy: New directions for health literacy studies. *Journal of Communication in Healthcare.* 2015;8: 7–9. doi:10.1179/1753806815Z.000000000105.
- A field guide to qualitative research for new vaccine introduction. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2017 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/vaccines-and-immunization/publications/2017/field-guide-to-qualitative-research-for-new-vaccine-introduction>).
- Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol.* 2006;3:77–101. doi:10.1191/1478088706qp0630a.
- Dube E, Leask J, Wolff B, Hickler B, Balaban V, Hosein E et al. The WHO Tailoring Immunization Programmes (TIP) approach: Review of implementation to date. *Vaccine.* 2018;36:1509–15. doi:10.1016/j.vaccine.2017.12.012.
- Paterson P, Meurice F, Stanberry LR, Glissmann S, Rosenthal SL, Larson HJ. Vaccine hesitancy and healthcare providers. *Vaccine.* 2016;34: 6700–06. doi:10.1016/j.vaccine.2016.10.042.
- Leask J, Kinnersley P, Jackson C, Cheater F, Bedford H, Rowles G. Communicating with parents about vaccination: a framework for health professionals. *BMC Pediatr.* 2012;12:154. doi:10.1186/1471-2431-12-154.
- Cialdini RB, Demaine LJ, Sangarini BJ, Barrett DW, Rhoads K, Winter PL. Managing social norms for persuasive impact. *Social Influence.* 2006;1:3–15. doi:10.1080/15534510500181459.
- Coffee H, Van der Lippe T. Citizenship Norms in Eastern Europe. *Soc Indic Res.* 2010;96:479–96.
- Boyce T, Gudorf A, de Kat C, Muscat M, Butler R, Bach Habersaat K. Towards equity in immunisation. *Euro Surveill.* 2019;24(2):1800204. doi:10.2807/1560-7917.ES.2019.24.2.1800204. ■

¹ All references were accessed 19 August 2019.

ОРИГИНАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Внедрение новой вакцины: повышение уровня грамотности в вопросах здоровья для укрепления справедливости в отношении здоровья

Siff Malue Nielsen¹, Barbara A. K. Franklin², Cath Jackson³, Алексей Чебан⁴, Maia Shishniashvili⁵, Гаяне Саакян⁶, Liudmila Mosina¹, Katrine B. Habersaat¹

¹Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения, Копенгаген, Дания

²All One Communication, Сан-Диего, Калифорния, США

³Valid Research Limited, Уэдерби, Йоркшир, Соединенное Королевство

⁴Национальное агентство общественного здоровья, Кишинев, Республика Молдова

⁵Национальный центр контроля заболеваний и общественного здоровья, Тбилиси, Грузия

⁶Национальный центр по контролю и профилактике заболеваний, Министерство здравоохранения, Ереван, Армения

Автор, отвечающий за переписку: Katrine B. Habersaat (адрес электронной почты: habersaatk@who.int)

АННОТАЦИЯ

Введение. Вакцина против вируса папилломы человека (ВПЧ) может уменьшить неравенство в заболеваемости раком шейки матки. Страна, внедряющая эту вакцину, нужны стратегия и план коммуникации, предусматривающие повышение уровня грамотности в вопросах здоровья для целевых групп населения.

Цель. Определить содержание мероприятий по внедрению вакцины против ВПЧ, направленных на повышение грамотности целевых групп в вопросах здоровья, для чего исследовать факторы, препятствующие и благоприятствующие внедрению вакцины, а также услышать новые идеи о том, как лучше всего пропагандировать ее внедрение.

Методы. Качественные исследования с применением методов дискуссии в фокус-группе и углубленного интервью, проведенные в Армении, Грузии и Республике Молдова. В исследовании участвовали 218 человек – родители, девочки-подростки, врачи (семейные, школьные, узкие специалисты, педиатры), медицинские сестры, онкологи, учителя и один священник. Данные анализировались методом тематического анализа.

Результаты. Многие результаты, полученные в странах и целевых группах, оказались сходными. Ключевым благоприятствующим фактором

было признание потребности в вакцинах. Препятствующие факторы были самые разные – от общей путаницы до страхов, связанных с побочными эффектами (включая бесплодие), происхождением вакцин и качеством бесплатных вакцин. В свою очередь и медицинские работники тоже проявляли скептицизм, поддавались негативной информации и были готовы слишком вольно толковать правила, лишь бы избежать вакцинации.

Выводы. Исследования позволили определить для каждой страны содержание стратегий по повышению уровня грамотности в вопросах здоровья для ключевых групп в том, что касается вакцинации против ВПЧ, для чего предполагается использовать опровергающие ложные представления информационные сообщения, которые ориентированы на конкретную аудиторию и распространяются через медицинских работников и в процессе работы с местным сообществом. Кроме того, исследования позволили сделать более общий вывод о том, что расширение права принимать решение на индивидуальном уровне порождает неопределенность, которая также сказывается и на медицинских работниках, в результате чего им самим впору быть не только каналом распространения информации, но и целевой группой, с которой необходимо работать.

Ключевые слова: ВПЧ, ИММУНИЗАЦИЯ/ВАКЦИНАЦИЯ, КОММУНИКАЦИЯ, ГРАМОТНОСТЬ В ВОПРОСАХ ЗДОРОВЬЯ, СПРАВЕДЛИВОСТЬ

ВВЕДЕНИЕ

Вакцинация – это пример замечательного успеха общественного здравоохранения, благодаря которому каждый год удается спасти миллионы людей от болезни, инвалидности и смерти (1). Одним из последних достижений в этой области стало создание вакцин против вируса папилломы человека (ВПЧ) – вируса, который вызывает рак шейки матки и другие виды рака. Рак шейки матки является одной из самых распространенных разновидностей рака, поражающих женщин; так, по имеющимся оценкам, в 2018 г. во всем мире было зарегистрировано 570 тыс. новых случаев рака шейки матки и 310 тыс. смертельных исходов этого заболевания (2). В отличие от большинства разновидностей онкологических заболеваний, рак шейки матки с большей вероятностью развивается у молодых женщин в возрасте 20–45 лет, а не у женщин более старшего возраста (3).

В 2016 и 2017 гг. Армения, Грузия и Республика Молдова решили внедрить у себя вакцину против ВПЧ и обратились к ВОЗ с просьбой о поддержке. В рамках оказания такой поддержки были проведены формативные исследования с привлечением ключевых целевых групп, чтобы определить содержание стратегий внедрения и планов коммуникации в этих странах. Одной из главных целей этих исследований было выяснить, какими навыками грамотности в вопросах здоровья применительно к вакцинации обладают предполагаемые получатели выгод. Такие навыки определяются как «когнитивные и социальные навыки, обуславливающие мотивацию и способность индивидов получить доступ к информации, понять и использовать ее так, чтобы укрепить и поддерживать хорошее здоровье» (4). В данном контексте это позволяет сделать возможными формы положительного поведения относительно вакцинации против ВПЧ, например своевременное прохождение вакцинации и рекомендацию вакцинации другим людям.

Рак шейки матки в несоразмерно большей степени поражает женщин с низким социально-экономическим статусом, и при этом доказано, что наибольший положительный эффект вакцина против ВПЧ оказывает в малообеспеченных категориях населения, поэтому благодаря этой вакцине можно добиться сокращения неравенства в заболеваемости раком шейки матки (5). Таким образом, планирование внедрения вакцины против ВПЧ так, чтобы оно сопровождалось мероприятиями по повышению уровня грамотности в вопросах здоровья для предполагаемых получателей выгод, дает возможность не только

содействовать вмешательству по профилактике заболевания при оптимальном соотношении затрат и результатов, но и укрепить справедливость в отношении здоровья.

Необходимость повышения уровня грамотности в вопросах здоровья именно теперь приобрела еще более неотложный характер ввиду угрозы распространения ложных представлений, которые могут создать неблагоприятную среду для внедрения новой вакцины. Разногласия и споры по поводу вакцины против ВПЧ заставили органы здравоохранения в таких странах как Дания, Ирландия, Колумбия и Япония опровергать ложную информацию, которая распространяется по всему миру (6) несмотря на то, что в научных кругах существует полное согласие в отношении безопасности и действенности вакцин против ВПЧ (7). Опасность таких споров в том, что они в принципе способны подорвать доверие населения ко всем вакцинам, а заодно и к органам здравоохранения (8–11).

За должный уровень грамотности в вопросах здоровья отвечает не только каждый человек, но и система здравоохранения, которая должна обеспечивать доступ к знаниям для всех, предоставляя понятную, нужную и доступную информацию (12). Именно поэтому в программах иммунизации в Армении, Грузии и Республике Молдова, осуществляемых при поддержке ВОЗ, были проведены качественные формативные исследования с участием ключевых целевых групп. Цель этих исследований состояла в том, чтобы сформировать стратегии внедрения вакцины против ВПЧ и планы коммуникации в каждой стране, которые позволили бы повысить уровень грамотности в вопросах здоровья среди предполагаемых получателей вакцины. Для этого было признано необходимым:

- (i) изучить факторы, препятствующие и благоприятствующие положительным формам поведения людей в целевых группах относительно вакцинации против ВПЧ, и
- (ii) услышать новые идеи о том, какие основные тезисы следует распространять и какие каналы распространения использовать для облегчения внедрения вакцины против ВПЧ.

В Европейском регионе опубликованная литература о состоянии грамотности в вопросах здоровья в том, что касается вакцинации, и о факторах, определяющих поведение людей в отношении вакцинации, в основном касается западной части Региона, тогда как о положении дел в Восточной Европе фактических данных недостаточно. Поэтому ценность этих исследований выходит за рамки

национальных программ внедрения вакцин против ВПЧ: они служат пониманию и повышению уровня грамотности в вопросах здоровья применительно к вакцинации во всей Восточной Европе.

МЕТОДЫ

Исследования проводились в 2016 и 2017 гг. в соответствии с практическим руководством ВОЗ по проведению качественных исследований при внедрении новых вакцин, которое и было апробировано в процессе описываемых исследований (13).

ВОПРОСЫ ЭТИКИ

В исследованиях в качестве субъектов принимали участие люди, поэтому исследования проводились в соответствии с руководящими принципами Хельсинкской декларации. Они проходили в трех странах, где наличие ведомственных советов или комитетов по рассмотрению вопросов этики не является обязательным, и соответствующие органы во всех трех странах сочли, что для данных исследований подтверждение их соответствия нормам этики не требуется. Все участники дали информированное письменное согласие на участие и на аудиозапись, использование и распространение их выступлений для научных целей на условиях сохранения анонимности.

УЧАСТНИКИ И НАБОР ДЛЯ УЧАСТИЯ

Участники исследования определялись авторами АЧ, MS и ГС, входившими в состав национальных групп по внедрению вакцины, как лица, принимающие решения о вакцинации против ВПЧ, т. е. матери и девочки, а также люди, которые могли бы влиять на их решения, – семейные врачи, педиатры, медицинские сестры, онкологи, узкие специалисты, учителя, школьные врачи и священники. Это была нерепрезентативная выборка, набранная национальными и территориальными программами иммунизации. При обращении к кандидатам их приглашали принять участие в дискуссии по вопросам здоровья и вакцинации. Мы не зафиксировали, сколько человек отказались от участия в исследовании и по каким причинам.

Отобранные целевые группы в каждой стране были разные, однако все три исследования проводились в различных социальных средах, чтобы обеспечить охват разных социально-экономических условий и разнообразие этнического состава участников. Группы участников представлены в таблице 1 (218 человек: 73 в Армении, 64 в Грузии, 81 в Республике Молдова). В число участников вошли люди разных возрастов, с разными уровнями образования и доходов и проживающие как в городе, так и в деревне.

ТАБЛИЦА 1. ЦЕЛЕВЫЕ ГРУППЫ

Целевая группа	Армения		Грузия		Республика Молдова	
	Город	Деревня	Столица	Областной центр	Город	Деревня
Педиатры/семейные врачи	5	7	6	12	9	10
Медицинские сестры	0	0	9	5	9	9
Акушеры-гинекологи	4	4	1	0	4	0
Онкологи	1*	0	0	0	1*	0
Школьные врачи	0	0	1*	1*	0	0
Учителя	8	8	6	8	14	10
Священники	0	0	0	0	1*	0
Матери девочек-подростков/лица, осуществляющие уход за девочками-подростками	7	11	7	8	10	4
Девочки-подростки	7	11	0	0	0	0
ВСЕГО	32	41	30	34	48	33

*Указывает на углубленное индивидуальное интервью; в остальных случаях данные были собраны в дискуссиях в фокус-группах.

СБОР ДАННЫХ

Было использовано сочетание дискуссий в фокус-группе (ДФГ) и углубленных индивидуальных интервью с глазу на глаз (УИ) (когда в целевой группе был только один участник). Дискуссии и интервью проводились в школах и на работе у участников (например, в медицинских учреждениях), при их проведении велась аудиозапись и они проходили на национальных языках, а в качестве ведущих выступали местные исследователи, которые не были знакомы участникам. В Грузии это был социолог, имеющий опыт проведения качественных исследований, но не знакомый с областью вакцинации. В Армении и в Республике Молдова исследователи были из национальных групп по внедрению вакцин, менее опытные в применении методов качественных исследований, но отлично владеющие вопросами вакцинации.

Руководства по ведению дискуссий были составлены на английском языке и переведены на национальные языки, чтобы таким образом обеспечить единообразие в сборе данных как внутри стран, так и между странами. Был принят гибкий формат, позволивший учитывать различия между странами и группами участников и давший участникам возможность поднимать любые дополнительные вопросы, которые они считали важными. Рассмотренные в ходе дискуссий темы приведены в таблице 2.

Дискуссии в фокус-группе продолжались от 75 до 120 минут. Длительность углубленных индивидуальных интервью составляла 45–60 минут.

АНАЛИЗ ДАННЫХ

Аудиозаписи ДФГ и УИ расшифровывались дословно, а затем переводились на английский язык. Все расшифровки сверялись с аудиозаписями, чтобы удостовериться

в их точности. Для обеспечения анонимности персональные данные убирались. Данные ДФГ и УИ по каждой стране анализировались вместе. Авторы SMN и MS выполнили анализ в Армении, SMN и BF – в Грузии, а АЧ, BF и SMN – в Республике Молдова. Во всех трех странах на всех этапах процесса активное участие принимали партнеры из национальных групп по внедрению вакцины, а окончательные результаты анализа обсуждались, рассматривались и согласовывались всеми вместе.

АНАЛИЗ В СТРАНАХ

Данные анализировались на английском языке методом тематического анализа (14). Это ценный метод, позволяющий выполнять качественные анализы, пригодные для использования при разработке программ. Анализ включал следующие этапы.

1. Ознакомление: исследователи погружались в необработанные данные путем многократного перечитывания расшифровок записей и записывали основные идеи относительно кодирования.
2. Генерирование первоначальных кодов: были разработаны первоначальные коды и система кодирования, главным образом в соответствии с темами, указанными в руководстве по ведению дискуссий (таблица 2), но принимались во внимание также и нестандартные мнения, выражаемые участниками. Затем по этой системе кодировались данные интервью и при этом использовались распечатанные расшифровки аудиозаписей.
3. Поиск тем: коды были сведены в потенциальные темы и подтемы. На этом этапе изучались сходства и различия в точках зрения между целевыми группами и между городской и сельской средой.

ТАБЛИЦА 2. ТЕМЫ, РАССМОТРЕННЫЕ В ХОДЕ ДИСКУССИЙ В ФОКУС-ГРУППАХ И УГЛУБЛЕННЫХ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ИНТЕРВЬЮ

- Информированность и знания: вакцины в целом, вакцина против ВПЧ, рак шейки матки и ВПЧ.
- Источники информации: где искать информацию, каким источникам доверять.
- Психосоциальные установки: по отношению к вакцинам в целом, вакцине против ВПЧ, раку шейки матки и ВПЧ.
- Слухи о вакцинации.
- Обсуждение вопросов вакцинации с родителями/учителями/подростками/членами церковной общины.
- Необходимость в поддержке/информации для внедрения вакцины против ВПЧ.
- Идеи, касающиеся основных мотивирующих тезисов.
- Идеи, касающиеся каналов коммуникации.
- Идеи, касающиеся политики.

4. Пересмотр тем: рассматривались закодированные данные в каждой потенциальной теме, и темы модифицировались так, чтобы они образовывали логически связную модель.
5. Составление отчета: письменно излагались результаты тематического анализа.
6. Разработка стратегий внедрения вакцины против ВПЧ и планов коммуникации для каждой страны.

СИНТЕЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ДЛЯ ВСЕХ СТРАН

Последним этапом был синтез результатов по всем трем странам, который выполнили BF и CJ. Используя результаты, полученные в каждой стране, авторы изучили сходства и различия в факторах, препятствующих и благоприятствующих положительному поведению по отношению к вакцинации против ВПЧ, и идеи о том, как лучше всего пропагандировать внедрение вакцины против ВПЧ. Результаты этого заключительного этапа анализа были рассмотрены всей группой исследователей.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Ниже представлены результаты исследований по всем трем странам, сведенные в два раздела: 1) факторы, препятствующие и благоприятствующие положительным формам поведения по отношению к вакцинации против ВПЧ и к вакцинации в целом, и 2) идеи о том, как пропагандировать внедрение вакцины против ВПЧ. Несмотря на различия в языке и культуре между тремя странами, многие результаты оказались похожими. Если различия конкретно не указаны, описываемые ниже результаты можно считать общими для всех трех стран. В таблицах 3–5 в порядке иллюстрации цитируются высказывания участников.

ФАКТОРЫ, ПРЕПЯТСТВУЮЩИЕ И БЛАГОПРИЯТСТВУЮЩИЕ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ ФОРМАМ ПОВЕДЕНИЯ ПО ОТНОШЕНИЮ К ВАКЦИНАЦИИ ПРОТИВ ВПЧ (И К ВАКЦИНАЦИИ В ЦЕЛОМ)

ПОТРЕБНОСТЬ В ВАКЦИНАХ

Во всех группах и во всех трех странах респонденты в целом были согласны с необходимостью вакцинации и профилактики заболеваний. Во всех группах было сказано, что вакцины позволяют предупреждать болезни и в результате этого некоторые болезни, опасные в прошлом, больше не представляют серьезной угрозы (таблица 3,

цитаты 1 и 2). Однако знания у родителей и школьных учителей, как правило, были весьма поверхностными.

В комментарии от Республики Молдова было отмечено, что некоторые родители выражали сомнение, задавая вопросы о том, нужны ли все еще прививки. Раз болезней больше нет, то не причиняют ли вакцины вред, снижая «естественный иммунитет» ребенка (таблица 3, цитаты 3 и 4)?

Подростков, с которыми проводились интервью в Армении (единственные подростки, включенные в исследование), мало волновала необходимость вакцин, поскольку никто из них даже не упомянул о вакцинации как об одном из аспектов здорового образа жизни. Более того, они ничего не могли сказать об этом, полностью полагаясь на авторитет родителей (таблица 3, цитата 5).

БЕЗОПАСНОСТЬ ВАКЦИН

Больше всего умы респондентов во всех группах в трех странах занимали вопросы безопасности вакцин. Доминировали в вопросах безопасности две темы: происхождение вакцины и риск побочных эффектов.

Ни один респондент из числа родителей ни в одной стране не знал, что все вакцины, прошедшие преквалификацию, соответствуют единым стандартам. Вместо этого многие ошибочно полагали, что вакцины «высокого качества» поступают из Европы, а вакцины «низкого качества» – из Азии (таблица 3, цитата 6). Важно отметить, что эту мысль повторяли многие медицинские работники. Некоторые врачи говорили, что иногда для того, чтобы уговорить своих пациентов пройти прививку, они уверяют их в том, что «вакцины хорошие – европейские» (таблица 3, цитата 7).

Двойная система, при которой государство предоставляет вакцины бесплатно, а частные медицинские учреждения берут за вакцины деньги с пациентов, усложняет субъективное восприятие качества и безопасности вакцины и сказывается на доверии к государственным системам здравоохранения в Республике Молдова и Грузии. Многие родители ошибочно считают, что вакцины, предлагаемые бесплатно в государственных медицинских учреждениях, по качеству хуже: либо менее действенны, либо вызывают больше побочных эффектов, – а некоторые говорят, что допуск в страну «вакцин худшего качества» подрывает доверие населения к государственной системе здравоохранения (таблица 3, цитаты 8 и 9). Одним респондентам не нравится, что приходится самим делать этот выбор, из-за чего, как они говорили, возникает путаница и подрывается их доверие к системе медико-санитарной

помощи. Другие высказывают предположение о том, что аптекари и врачи рекомендуют только более дорогие вакцины, потому что им это экономически выгодно.

Самой главной причиной обеспокоенности по поводу безопасности вакцин является страх перед побочными проявлениями после иммунизации (ППИИ). Этот страх неискореним: родители напуганы жуткими историями о том,

что может случиться с их ребенком, если они согласятся на вакцинацию, а медицинские работники боятся, что во всем будут обвинять их, и получается замкнутый круг.

В Грузии ходят истории о врачах, которых привлекали к суду разгневанные родители, утверждавшие, что вакцинация причинила вред их ребенку. Один врач рассказывал, как он столкнулся с рассерженным отцом, который

ТАБЛИЦА 3. ЦИТАТЫ О ДЕЙСТВЕННОСТИ, НЕОБХОДИМОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ВАКЦИН, ПРИВОДИМЫЕ В ПОРЯДКЕ ИЛЛЮСТРАЦИИ

Действенность и необходимость вакцин	
1	«Нам нужна [вакцинация] для того, чтобы защитить наше здоровье. Детям она нужна для того, чтобы не заболеть. Если мы заболеваем, вакцина помогает нам легче побороть болезнь». Учитель, Республика Молдова, деревня
2	«Несколько болезней, от которых в прошлом люди, бывало, умирали, теперь благодаря вакцинам либо искоренены, либо проходят в очень легкой форме». Мать, Армения, город
3	«Другие матери приводят в качестве аргумента то, что их дети ходили в детский сад и в школу без прививки и у них не было ни кори, ни полиомиелита, и они здоровы. Почему они должны делать прививку второму ребенку?» Врач, Республика Молдова, город
4	«Я поняла, что вакцины снижают иммунитет ребенка. Мы делали малышу прививки, но боялись, очень боялись». Мать, Республика Молдова, город
5	«Мама сказала, что мне нужно сделать прививку, вот мы и пошли в поликлинику, и мне сделали укол». Девочка-подросток, Армения, город
Безопасность вакцин	
6	«На заводах в Европе ... больше возможностей выпускать чистые, действенные вакцины, которые не будут вызывать побочных эффектов, не то что вакцины из Вьетнама, Китая или Индии». Мать, Республика Молдова, город
7	«Я знаю, что европейские вакцины лучше, и с ними чувствую себя спокойнее. Как нам говорили, они фильтруются чище, чем индийские». Медицинская сестра, Грузия, столица
8	«Когда я попросила педиатра объяснить мне разницу, она сказала нам: "Представьте, что вас позвали в гости. На какой машине вы захотите туда поехать – на «Мерседесе» или на «Ладе»? Вот такая же разница и тут!" Она сказала нам, что шприцы, которые прилагаются к платным вакцинам, лучше, дети ничего не чувствуют, когда им делают укол таким шприцем, и у них бывает меньше побочных эффектов и они не такие тяжелые». Школьный врач, Грузия, столица
9	«Мы думаем, что раз это бесплатно, то хорошего качества быть не может, поэтому приходится выбирать платную вакцину. Но если вакцина некачественная, ее и быть здесь не должно. Страна не должна импортировать вакцины плохого качества». Родитель, Грузия, областной центр
10	«Да, всегда виновата вакцина! Как нам убедить тех, кто против вакцинации, что вакцинация – это хорошо, если сами врачи склонны винить вакцины во всех проблемах, которые могут быть у пациента?» Школьный врач, Грузия, столица
11	«В советское время я не думала о качестве вакцин или о том, из какой страны их к нам привезли. Все было отлажено. Кто-то другой знал, что и как. А теперь я действительно буду думать и анализировать». Медицинская сестра, Республика Молдова, город
12	«То были вакцины времен Советского Союза, а кто знает, что за вакцины у нас теперь... Возможно, поэтому они дают столько побочных эффектов». Мать, Республика Молдова, деревня

отказывался вакцинировать своего второго ребенка – мальчика, страдающего аутизмом, – после того, как посмотрел российский видеоролик, в котором утверждалось, что существует связь между тривакциной против кори – паротита – краснухи и аутизмом. Медицинские работники жаловались, что неврологи и другие специалисты привыкли винить вакцинацию всякий раз, когда не могут найти вразумительного объяснения того или иного нарушения здоровья ребенка, а им, медицинским работникам, приходилось отвечать за последствия (таблица 3, цитата 10).

Уступая родителям, которые боятся ПППИ, и опасаясь обвинений в свой адрес, некоторые врачи соглашаются не делать детям прививок, если родители встревожены. К числу часто называемых противопоказаний (причин, по которым не нужно делать прививки) относятся гемангиома, аллергический ринит, дерматит, низкий гемоглобин – или если просто показалось, что ребенок «нервничает» и у него может наступить негативная реакция на переживания, связанные с инъекцией.

Среди некоторых родителей и врачей во всех трех странах бытует мнение, что даже плановая иммунизация стала рискованным делом. Некоторые воспринимают это как прямую противоположность тому, что было при Советском Союзе, когда вакцинацию никто не оспаривал. Некоторые с ностальгией вспоминают прошлое, когда все было проще и решения о вакцинации принимались на центральном уровне, и ни отдельно взятым родителям, ни медицинским работникам не нужно было брать на себя ответственность за последствия, и все казалось безопаснее. Даже в тех случаях, когда вакцинация является обязательной, медицинские работники иногда просят родителей дать подписку о том, что они принимают на себя всю ответственность за отказ от вакцинации или за согласие на ее проведение, тем самым повышая ощущение их личной ответственности за принимаемое решение (таблица 3, цитаты 11 и 12).

ПУТАНИЦА И НЕПРАВИЛЬНЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ

В ходе исследований во всех целевых группах, кроме группы девочек-подростков, возникали вопросы о возрасте реципиентов вакцины и о том, зачем нужна вакцинация против ВПЧ. Налицо было отсутствие понимания важности прохождения вакцинации до начала половой жизни. С этим же связано и то, что для некоторых респондентов камнем преткновения при принятии решения является акцент на ВПЧ как на инфекции, передаваемой половым

путем, а не на его связи с раком шейки матки: они говорят, что достаточно соблюдать гигиену половой жизни и супружескую верность, и никакая вакцина против ВПЧ не понадобится. Авторы полагают, что тут респонденты могли спутать ВПЧ с ВИЧ (таблица 4, цитата 1).

Связь с раком тоже вызвала путаницу у нескольких респондентов. Поскольку некоторые рассматривают вакцины как вещества, которые провоцируют иммунный ответ, вызывая легкую инфекцию, такие люди могут думать, что вакцина против ВПЧ индуцирует у реципиента легкий случай рака – так, во всяком случае, считала одна учительница (таблица 4, цитата 2). Некоторые матери заявляли, что им вакцина против ВПЧ не требуется, поскольку в их семьях раком никогда никто не болел и у их матерей его не было.

ЛОЖНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Хотя ни в одной из трех стран вакцина против ВПЧ еще не была внедрена, нелепые страхи перед вредом для будущей фертильности девочек уже разошлись повсюду. Истории, распространяемые в социальных СМИ вместе с ложными представлениями о негативном влиянии вакцины против ВПЧ на репродуктивное здоровье, действовали даже на медицинских работников, поддерживающих эту вакцину. Врачи и медицинские сестры рассказывали о собственной неуверенности, о своих сомнениях и страхах оказаться виновными в будущем, которые они испытывали при проведении кампании в поддержку вакцинации против ВПЧ (таблица 4, цитаты 3–5).

Во всех трех странах респонденты опасались, что, как жители стран со средним уровнем дохода, они могут стать «подопытными кроликами», на которых будет испытываться вакцина против ВПЧ. Это опасение выражали все – врачи, учителя и родители (таблица 4, цитаты 6 и 7) – несмотря на то, что в этот регион вакцина против ВПЧ приходит фактически с опозданием.

Как родители, так и врачи рассказывали истории о ПППИ из-за вакцинации против ВПЧ в других странах. Источником этой дезинформации была антипрививочная информация, распространяемая в социальных медиа типа Facebook и на видеоплатформах, таких как YouTube. Происшествия в Японии, где с несколькими девочками случился обморок как реакция на стресс от вакцинации, были раздуты досужей молвой и социальными СМИ до устрашающих размеров неврологических нарушений и смертельного исхода (таблица 4, цитаты 8–10).

ТАБЛИЦА 4. ЦИТАТЫ О ПЕРЕДАЧЕ ВИРУСА ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА, ИСПЫТАНИЯХ ВАКЦИНЫ И ПОБОЧНЫХ ПРОЯВЛЕНИЯХ ПОСЛЕ ИММУНИЗАЦИИ, ПРИВОДИМЫЕ В ПОРЯДКЕ ИЛЛЮСТРАЦИИ

Вирус папилломы человека как вирус, передаваемый половым путем	
1	«Я не думаю, что эта вакцинация нужна каждому. Эта болезнь связана с поведенческим фактором. Если у меня есть только муж, которому я верна, и я уверена, что это взаимно, то и необходимость в вакцинации отпадает». Гинеколог, Армения, город
2	«Мы знаем, что вакцинация вводит вирус в организм, поэтому многие люди думают, что это вмешательство будет заражать детей легкой формой рака». Учитель, Армения, город
3	«Во время проведения кампании в Facebook было много статей, в которых говорилось, что эта вакцина приводит к бесплодию, что в Европе вакцину против ВПЧ запретили, так что можете представить, через что нам пришлось пройти, когда мы пытались убедить родителей». Врач, Грузия, областной центр
4	«Я тоже слышала о бесплодии. Кто захочет, чтобы девочка стала бесплодной, а потом чувствовать себя виноватой в этом? Кто возьмет на себя такую ответственность?» Медицинская сестра, Республика Молдова, деревня
5	«У меня как у врача на сердце тяжесть. Пять лет назад мы проводили вакцинацию детей-сирот из детских домов. И я боюсь, что эти дети будут бесплодными. У меня на душе лежит этот груз. Может быть, я и сделала доброе дело, но не знаю, что будет дальше. Ведь бесплодие среди населения растет, и это тревожно». Врач, Республика Молдова, город
Вакцину против вируса папилломы человека испытывают в странах со средним уровнем дохода	
6	«Мы должны быть уверены, что эта вакцина не испытывается в нашей стране на наших детях, только для того, чтобы использовать полученные здесь статистику и результаты для ее внедрения в европейских странах. Поэтому мы хотим знать, где еще, в каких странах эта вакцина используется и какие там результаты и каков охват вакцинацией в этих странах. Только после этого мы будем призывать наших пациентов приводить своих детей на прививку». Врач, Грузия, областной центр
7	«Многие взрослые говорят, что Армения – это развивающаяся страна и что на населении Армении проводятся испытания вакцин». Семейный врач, Армения, деревня
Вакцинация против вируса папилломы человека и побочные проявления после иммунизации	
8	«Я слышала, что были проблемы в Японии. Не знаю, из скольких миллионов девочек, но думаю, что у двух тысяч возникли побочные эффекты. Цифр я не помню. Там были судороги, паралич, дети после этого были прикованы к инвалидным креслам». Мать, Республика Молдова, город
9	«32 смертельных исхода, анафилактический шок и такие реакции, как разрушение ткани яичников, вызываемые вакциной, поражение центральной нервной системы и отравление. Я читала все это в литературе». Врач, Республика Молдова, город
10	«Не думаю, что все они опубликованы, но я говорю о расследованных лондонских случаях, когда вакцинация против ВПЧ в фертильном возрасте приводила к менопаузе и полной атрофии ткани яичников, что заканчивалось бесплодием и тяжелыми осложнениями: были случаи внезапной смерти в результате закупорки сосудов». Врач-онколог, Республика Молдова, город

ИДЕИ О ТОМ, КАК ПРОПАГАНДИРОВАТЬ ВНЕДРЕНИЕ ВАКЦИНЫ ПРОТИВ ВПЧ

ПОЛОЖИТЕЛЬНОЕ ВЛИЯНИЕ НА ФЕРТИЛЬНОСТЬ

В ответ на вопрос о том, что могло бы мотивировать их к вакцинации своих дочерей, матери говорили, что им

хочется быть уверенными, что их дочери вырастут здоровыми и будут иметь собственных детей (таблица 5, цитата 1). Отсюда можно сделать вывод: действенным тезисом для пропаганды вакцины против ВПЧ было бы заявление о том, что фертильность именно тогда и защищена, когда приняты меры для предупреждения рака шейки матки.

МЕДИЦИНСКИЕ РАБОТНИКИ И МЕСТНЫЕ СООБЩЕСТВА КАК ИСТОЧНИКИ ИНФОРМАЦИИ

Во всех трех странах матери говорили, что они предпочитают получать информацию о вакцинации от медицинских работников, которых они знают и которым доверяют, которые хорошо информированы и заботятся о своих пациентах (таблица 5, цитаты 2 и 3). В то же время они признают, что на них оказывают большое влияние другие женщины равного с ними статуса – соседки, родственницы, учителя, блогеры, другие родители, – а также слухи, распространяемые в обществе, в школах и в интернете. Несомненно, рассказы лиц равного статуса имеют большую силу.

Источником самой разной информации, авторитетной и не очень, служит интернет – он поднимает вопросы, вызывает в них сомнения, а иногда и вносит сумятицу. Матери говорят, что на них влияют те, с кем они могут поддерживать общение, включая блогеров. Им хочется искать и получать информацию в интернете, и они хотят, чтобы медицинские работники знали ответы на вопросы о том, что они там прочли. По словам матерей, в идеале они хотели бы видеть информацию из надежных источников также и в интернете (таблица 5, цитата 4).

МЕДИЦИНСКИМ РАБОТНИКАМ НУЖНЫ АВТОРИТЕТНЫЕ ИСТОЧНИКИ

Медицинские работники хотят иметь авторитетный источник, из которого они могли бы черпать экспертные знания – либо в интернете, либо в процессе личного общения – и к которому могли бы обращаться в поисках ответов, чтобы самим стать источниками экспертных знаний для родителей (таблица 5, цитата 5). Врачи и медицинские сестры во всех трех странах отмечали, что их очень тревожит, когда они не могут ответить на вопросы и рассеять сомнения родителей. Они просили, чтобы специалисты провели для них обучение чтобы можно было задать вопросы и обсудить, как отвечать на вопросы родителей. Другие просили создать веб-сайты на знакомых им языках и снабжать их вакцинами в упаковках с вкладышами на местном языке, чтобы они могли отвечать на становящиеся все более детальными вопросы родителей о составе и происхождении вакцин.

ОБСУЖДЕНИЕ

Менее чем за три десятилетия в странах Восточной Европы произошли глубокие политические и социальные преобразования, расширились индивидуальные права принятия решений, а с появлением интернета и социальных

ТАБЛИЦА 5. ЦИТАТЫ С ИДЕЯМИ О ТОМ, КАК ЛУЧШЕ ПРОПАГАНДИРОВАТЬ ВНЕДРЕНИЕ ВАКЦИНЫ ПРОТИВ ВИРУСА ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА, ПРИВОДИМЫЕ В ПОРЯДКЕ ИЛЛЮСТРАЦИИ

Положительное воздействие на фертильность

1	<i>«Наверное, желание видеть, как моя дочь вырастет здоровой, родит детей и будет счастливой. Это самое большое желание каждой матери».</i> Мать, Республика Молдова, город
---	--

Медицинские работники как предпочтительный источник информации

2	<i>«Мои дети были вакцинированы потому, что я доверяю педиатру».</i> Мать, Армения, город
3	<i>«Я думаю, что важную роль играет семейный врач. Мне, например, повезло, что у нас очень хороший семейный доктор. И я всегда с легким сердцем приводила своего ребенка на прививку, потому что семейный доктор всегда объяснял, каким должен быть ребенок, как готовить ребенка перед вакцинацией, какое лекарство мы должны принять, как ребенок чувствует себя».</i> Мать, Республика Молдова, город
4	<i>«Ну, раз это написал в Facebook медицинский университет, я думаю, мир поверит этой информации».</i> Мать, Республика Молдова, город
5	<i>«Мы ходим на занятия. Мы изучаем вакцину. Мы читаем инструкции. С нами проводят инструктажи».</i> Вопрос: С вами проводят инструктажи, но имеете ли вы доступ к какому-нибудь источнику, скажем, если у вас возникнут вопросы? <i>«Этого (того, что у нас есть) недостаточно. А было бы полезно. Лучше узнать от специалиста».</i> Медицинская сестра, Республика Молдова, деревня

медиа увеличилось и число источников массовой и специальной информации. В результате изменились ожидания и потребности родителей относительно грамотности в вопросах здоровья, равно как и ожидания и потребности медицинских работников и педагогов. В таком сложном контексте эти три исследования позволили получить полезное, чрезвычайно необходимое понимание грамотности в вопросах здоровья применительно к вакцинации и детерминант положительного поведения по отношению к вакцинации, чтобы сформировать на этой основе стратегии внедрения вакцины против ВПЧ, ориентированные на разные целевые группы (15).

Выявленная этими исследованиями степень скептицизма в отношении безопасности вакцины среди медицинских работников, их восприимчивость к слухам и их готовность отступать от правил из страха перед возможными обвинениями – все это явилось неожиданностью для органов здравоохранения, планирующих внедрение вакцины против ВПЧ. Это заставило их обратить внимание на то, как важны для укрепления основ вмешательства, направленные на медицинских работников.

Дополняя эту сложную картину, описываемые три исследования подтверждают то, что было показано в других исследованиях, а именно: медицинские работники являются для родителей предпочтительным и заслуживающим доверия источником информации о вакцинации (16). Медицинские работники оказывают большое влияние на доверие родителей к вакцинации и могут способствовать поддержанию высокого уровня положительного восприятия вакцинации, если будут вести с родителями общение в позитивном ключе (17). В стратегии внедрения вакцины против ВПЧ и в плане коммуникации медицинским работникам должна быть отведена центральная роль. Проведенные исследования показывают, что нужны комплексные меры, направленные специально на медицинских работников как на особую целевую группу, а не просто как на канал для выхода на родителей и девочек-подростков.

К другим важным субъектам влияния относятся члены местных сообществ и участники форумов в интернете. Обсуждаемые исследования подтверждают показанное в других исследованиях (18, 19) влияние социальных сетей на субъективные восприятия рисков вакцинации и принимаемые в связи с этим решения, подчеркивая при этом роль как интернет-сообществ, так и местных общин. Однако в странах Восточной Европы гражданское общество может быть слабым (19), и стратегия коммуникации,

принятая в этих трех странах, не может опереться на заложенную несколько поколений назад традицию использования зрелых и пользующихся всеобщим доверием неправительственных сетей или организаций гражданского общества, которая есть в других странах. Эти результаты исследований приводят к выводу о том, что работа с привлечением сообществ должна быть сосредоточена на субъектах влияния в интернете и, что очень важно, должна включать анализ местного контекста, чтобы можно было выявлять пользующихся доверием людей, имеющих неформальное влияние в каждом районе или в каждом сообществе, таких, например, как патронажные медицинские сестры, местные политики, местные неправительственные организации, представители местной общественности и т. п.

Определив содержание основных тезисов в поддержку внедрения новой вакцины, исследования показали, что во всех целевых группах были очевидны правильная оценка вакцинации и ее пользы и желание гарантировать девочкам здоровье и будущую фертильность. Однако распространенность ложных представлений, путаницы и страхов была гораздо шире, чем предполагалось.

Исследования также показали, что источником немалого беспокойства является вопрос личной ответственности – обратная сторона расширения права человека в демократическом обществе самому принимать решения. Было бы неплохо изучить, как влияет на вакцинацию переход от системы принятия решений о ее проведении на государственном уровне к самостоятельному принятию решения каждым человеком в результате перемен в обществе – это могло бы стать одной из областей дальнейших исследований.

Следует также отметить сильные и слабые стороны этого исследования. Данные были собраны более чем от 200 участников из нескольких целевых групп в трех странах для того, чтобы выработать на их основе стратегии внедрения вакцины против ВПЧ и планы коммуникации для каждой страны. Это особенно важно для стран, у которых не так много возможностей для принятия ответных мер в случае кризисов, связанных с безопасностью вакцин, где перемены в обществе выдвинули новые требования и ожидания, касающиеся грамотности в вопросах здоровья. Ввиду сроков, установленных для внедрения вакцины против ВПЧ, время и средства, выделенные на эту работу, были ограничены, что заставило нас прибегнуть к формированию нерепрезентативных выборок. Это означает, что мы не формировали выборки целенаправленно с тем, чтобы найти группы с низкими показателями доступа,

низкими показателями прохождения вакцинации или не доверяющие вакцине против ВПЧ. Тем не менее мы разговаривали с людьми самого разного возраста, уровня образования и доходов и из разных районов проживания – городскими и сельскими жителями, и это позволило нам отразить широкий спектр мнений о вакцинации и получить благодаря этому ценное и широкое представление о ситуации. Привлечение к проведению исследований национальных групп по внедрению вакцины привело к укреплению их профессионального потенциала и позволило им почувствовать себя полноправными хозяевами программы, но, судя по описанному выше разнообразию результатов, несколько не помешало участникам выражать свои мнения. Техническое руководство и поддержка со стороны ВОЗ на всех этапах процесса гарантировали качество исследований, а уроки и выводы из этой работы привели к пересмотру практического руководства ВОЗ по проведению качественных исследований при внедрении новых вакцин (13). Сильной стороной исследования стало обобщение результатов для всех стран, так как подобного рода синтез дает возможность получить результаты, имеющие более широкую значимость, хотя при этом упускаются из поля зрения критически важные факторы, специфичные для каждого контекста, которые были отражены в отчетах об исследовании в каждой отдельной стране (их можно получить у автора, отвечающего за переписку).

Изучение факторов, препятствующих и благоприятствующих вакцинации против ВПЧ, и поиск новых идей о том, как лучше пропагандировать внедрение вакцины против ВПЧ, позволили программам иммунизации во всех трех странах бросить вызов предубеждениям и разработать информационные сообщения о ВПЧ и планы, ориентированные на удовлетворение потребностей различных групп. Готовность к иммунизации связана с такими факторами социальной несправедливости, как уровень образования и доходов родителей, а выявление детерминант прохождения вакцинации дает странам возможность укрепить справедливость в отношении такой готовности (20). Одним из важнейших факторов в этом деле является повышение уровня грамотности в вопросах здоровья, т. е. оказание помощи предполагаемым получателям выгод в более полном понимании и использовании информации о вакцинации. Польза от этого для общественного здоровья выходит за рамки иммунизации: политика иммунизации на принципах справедливости порождает более широкие выгоды в здравоохранении, в социальной сфере, в политической и экономической областях; иммунизация может расширить сферу охвата и других вмешательств в области здравоохранения и тем

самым послужить на благо многих людей, в том числе самых уязвимых категорий населения (20).

ВЫВОДЫ

Было показано, что в трех разных странах на грамотность в вопросах здоровья и поведение по отношению к вакцинации влияют многие различные факторы: индивидуальные ложные представления, уверенность, знания и способность как медицинских работников, так и родителей принимать решения, а также культурные, социальные, исторические факторы и окружающее общество. Полученные в результате исследований новые знания легли в основу разработанных стратегий внедрения вакцин против ВПЧ в каждой стране и способствовали столь необходимому улучшению понимания этих факторов в Восточной Европе. Во всех трех странах результаты оказались сходными, и это свидетельствует о том, что они могут иметь более широкое значение для всей Восточной Европы.

Выражение признательности: авторы хотели бы выразить благодарность нижепоименованным лицам, принявшим участие в трех исследованиях.

Республика Молдова

Г-же Ирине Батир, Школа управления общественным здравоохранением, Кишинев, Республика Молдова; г-же Валерии Кихаи, секретарю, Школа управления общественным здравоохранением, Кишинев, Республика Молдова; профессору Родике Грамма, доценту Школы управления общественным здравоохранением и директору отдела международных отношений и европейской интеграции Государственного университета медицины и фармации им. Николае Тестемицану, Кишинев, Республика Молдова; профессору Олегу Лозану, директору Школы управления общественным здравоохранением, Кишинев, Республика Молдова; г-же Родике Мунтяну, сотруднику по вопросам коммуникации, страновой офис ВОЗ, Кишинев, Республика Молдова; г-же Людмиле Тихон, Школа управления общественным здравоохранением, Кишинев, Республика Молдова.

Армения

Г-же Виктории Арутюнян, сотруднику по связям с общественностью, Национальный центр по контролю и профилактике заболеваний, Министерство здравоохранения, Армения; д-ру Маринэ Киракосян, педиатру, отдел иммунизации, Национальный центр по контролю

и профилактике заболеваний, Министерство здравоохранения, Армения.

Грузия

Д-ру Nona Beradze, MD, отдел ЭПИ, Национальный центр контроля заболеваний и общественного здоровья им. Л. Сакварелидзе, Тбилиси, Грузия; д-ру Lia Jabidze, MD, заведующей отделом ЭПИ, Национальный центр контроля заболеваний и общественного здоровья им. Л. Сакварелидзе, Тбилиси, Грузия; д-ру Natia Kakutia, MD, BA, отдел укрепления здоровья, Национальный центр контроля заболеваний и общественного здоровья им. Л. Сакварелидзе, Тбилиси, Грузия; г-же Maya Mateshvili, консультанту ВОЗ, Тбилиси, Грузия.

Источники финансирования: исследования финансировались Европейским региональным бюро ВОЗ.

Конфликт интересов: не заявлен.

Ограничение ответственности: авторы несут самостоятельную ответственность за мнения, выраженные в данной публикации, которые могут не отражать решений или политики Всемирной организации здравоохранения.

БИБЛИОГРАФИЯ¹

1. Andre FE, Booy R, Bock HL, Clemens J, Datta SK, John TJ et al. Vaccination greatly reduces disease, disability, death and inequity worldwide. *Bull World Health Org* 2008; 86:140-6. doi:10.2471/BLT.07.040089.
2. International Agency for Research on Cancer. Cervix Uteri 2018 (<http://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/23-Cervix-uteri-fact-sheet.pdf>).
3. Questions and answers about HPV vaccination 2017. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2017 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/vaccines-and-immunization/publications/communication-and-advocacy/questions-and-answers-about-hpv-vaccination>).
4. Health literacy and behavior 2015. [website] Geneva: World Health Organization (<https://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/track2/en/>).
5. Cameron RL, Kavanagh K, Cameron Watt D, Robertson C, Cuschieri K, Ahmed S et al. The impact of bivalent HPV vaccine on cervical intraepithelial neoplasia by deprivation in Scotland: reducing the gap. *J Epidemiol Community Health* 2017; 71:954-60. doi:10.1136/jech-2017-209113.
6. Habersaat K. Multifactorial responses to complex challenges – the HPV controversy. *HPV World* 2018;43-45/48-53.
7. Weekly Epidemiological Record. 14 July 2017, 92th year. No. 28, 2017, 92, 393-404. Geneva: World Health Organization (<https://www.who.int/wer/2017/wer9228/en/>).
8. Gangarosa EJ, Galazka AM, Wolfe CR, Phillips LM, Gangarosa RE, Miller E et al. Impact of anti-vaccine movements on pertussis control: the untold story. *Lancet* 1998;351(9099):356–61. doi: 10.1016/S0140-6736(97)04334-1.
9. Oraby T, Thampi V, Bauch CT. The influence of social norms on the dynamics of vaccinating behaviour for paediatric infectious diseases. *Proc Biol Sci*. 2014;281:20133172. doi: 10.1098/rspb.2013.3172.
10. Ford JA, Mahgoub H, Shankar AG. Vaccine acceptance: the UK perspective. *Hum Vaccin Immunother* 2013;9:2658–60. doi:10.4161/hv.26411.
11. Brown KF, Long SJ, Ramsay M, Hudson MJ, Green J, Vincent CA, et al. UK parents' decision-making about measles–mumps–rubella (MMR) vaccine 10 years after the MMR-autism controversy: a qualitative analysis. *Vaccine* 30(10):1855–64. doi:0.01016/j.vaccine.2011.12.127.
12. Rudd RE. The evolving concept of Health literacy: New directions for health literacy studies. *Journal of Communication in Healthcare* 2015;8: 7-9. doi:10.1179/1753806815Z.000000000105.
13. A field guide to qualitative research for new vaccine introduction. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2017 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/vaccines-and-immunization/publications/2017/field-guide-to-qualitative-research-for-new-vaccine-introduction>).
14. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol* 2006;3:77–101. doi:abs/10.1191/1478088706qp0630a.
15. Dube E, Leask J, Wolff B, Hickler B, Balaban V, Hosein E et al. The WHO Tailoring Immunization Programmes (TIP) approach: Review of implementation to date. *Vaccine* 2018;36:1509-15. doi:10.1016/j.vaccine.2017.12.012.
16. Paterson P, Meurice F, Stanberry LR, Glissmann S, Rosenthal SL, Larson HJ. Vaccine hesitancy and healthcare providers. *Vaccine* 2016;34: 6700-06. doi: 10.1016/j.vaccine.2016.10.042.
17. Leask J, Kinnersley P, Jackson C, Cheater F, Bedford H, Rowles G. Communicating with parents about vaccination: a framework for health professionals. *BMC Pediatr* 2012;12:154. doi:10.1186/1471-2431-12-154.
18. Cialdini RB, Demaine LJ, Sangarini BJ, Barrett DW, Rhoads K, Winter PL. Managing social norms for persuasive impact. *Social Influence*;2006;1:3–15. doi:10.1080/15534510500181459.

¹ Все ссылки приводятся по состоянию 27 августа 2019 г.

19. Oraby T, Thampi V, Bauch CT. The influence of social norms on the dynamics of vaccinating behaviour for paediatric infectious diseases. *Proc Biol Sci* 2014;281:20133172. doi:10.1098/rspb.2013.3172.
20. Coffee H, Van der Lippe T. Citizenship Norms in Eastern Europe. *Soc Indic Res* 2010;96:479–96.
21. Boyce T, Gudorf A, de Kat C, Muscat M, Butler R, Bach Habersaat K. Towards equity in immunisation. *Euro Surveill*. 2019;24(2):1800204. doi:10.2807/1560-7917.ES.2019.24.2.1800204. ■

CASE STUDY

Disrupting the landscape: how the Portuguese National Health Service built an omnichannel communication platform

Francisco Goiana-da-Silva¹, David Cruz-e-Silva², Alexandre Morais Nunes³, Marlene Carriço⁴, Flávia Costa⁵, Marisa Miraldo⁶, Ara Darzi⁷ Fernando Araújo⁸

¹ Centre of Health Policy, Institute of Global Health Innovation, Imperial College London, London, United Kingdom; Faculty of Health Sciences, University of Beira Interior, Covilhã, Portugal

² Centre for Innovation, Technology and Policy Research, University of Lisbon, Lisbon, Portugal

³ Centre for Public Administration and Public Policies, Institute of Social and Political Sciences, University of Lisbon, Lisbon, Portugal

⁴ Ministry of Education, Lisbon, Portugal

⁵ Rodrigues Migueis Primary Care Unit, National Health Service, Lisbon, Portugal

⁶ Department of Management and Centre for Health Economics and Policy Innovation, Imperial College Business School, London, United Kingdom

⁷ Department of Surgery and Cancer, Imperial College London, London, United Kingdom and Institute of Global Health Innovation, Imperial College London, London, United Kingdom

⁸ University Hospital of São João, Faculty of Medicine, University of Porto, Oporto, Portugal

Corresponding author: Francisco Goiana-da-Silva (email: franciscogoianasilva@gmail.com)

ABSTRACT

Noncommunicable diseases (NCDs) are the leading causes of death, disease and disability in the WHO European Region and are largely preventable. The private sector has long been using marketing to influence and change people's lifestyles. In some cases, particularly the food sector, health-compromising content is prioritized over health-promoting content. However, this case study aims to illustrate how governments working on tight budgets can partner with private media companies to their own advantage in order to increase the impact of health messages and thus improve the health literacy of the population. The omnichannel communication platform and associated campaigns initiated by the Portuguese government and described in this case study serve as a practical example of a national health literacy initiative

successfully reaching a wide audience. Indeed, the Portuguese National Health Service entered high on the list of the most impactful communication campaigns in Portugal.

This might have implications for other countries as although further progress is required to analyse any impact of the campaigns, this example showcases the potential advantages of partnering with the media in that by using the same communication channels as multinational food and tobacco companies, governments may be able to level the playing field in terms of influence through marketing and communication, which might help to reverse unhealthy lifestyles among their populations.

Keywords: PUBLIC HEALTH, NCDS, PORTUGAL, HEALTHY EATING, INNOVATION, COMMUNICATION

INTRODUCTION

THE 21ST CENTURY: THE DIGITAL ERA

Different factors impact citizens' ability to manage their health. Having information available, accessible and relevant for the specific needs of communities and individuals is particularly important (1). Health literacy affects people's ability to manage their own health, navigate between different layers of the health system and stick to healthy lifestyles. Several different definitions of health literacy may be found in

the literature; however, they all indicate that the more health literacy people have, the more capable they are of interpreting health information and using it for better decision-making with regards to health and lifestyle (2, 3).

Over the centuries, different communication platforms have been developed. Commonly known as "media", groups of traditional communication players (for example, magazines, newspapers and TV channels) made information progressively more accessible and democratic. However, the 21st century

has been characterized by an overflow of digital media and digital platforms. Never before have such a large number of tools been available to deliver messages to the public. Despite their similarities, traditional and digital media entail different dimensions, which has justified the creation of two different concepts: media health literacy and e-health literacy (4, 5). Media health literacy brings two concepts together: health literacy and media literacy (6). It includes several different approaches towards improving the reach of health messages. Using the Nutbeam Health Literacy Model (7), media health literacy may be structured into four different levels, as shown in Table 1. Media health literacy can be described as considering both implicit and explicit mass media content, which can be either health promoting or health compromising, or information that has been communicated through the media to offer guidance (1).

TABLE 1. MEDIA HEALTH LITERACY LEVELS, FOLLOWING THE NUTBEAM HEALTH LITERACY MODEL.

Level	Description
A	Ability to identify health-related content (explicit and/or implicit) in the various types of media
B	Ability to recognize health-related content influence on health behaviour
C	Critically analyse the content (comparable to Critical Health Literacy)
D	Express intention to respond through action measured through personal health behaviour or advocacy (comparable to Interactive Health Literacy)

Source: adapted from Nutbeam D., Health Promot Int, 2000 (7)

The term “e-health literacy” refers to people’s ability to look for, find, understand and critically analyse health information provided by digital platforms. High levels of e-health literacy enable individuals to better manage their own health (8).

Previously, traditional media provided the only social institution that followed all individuals through the life course (9). However, the democratization of information via the internet turned digital media into one of the most impactful communication channels and changed this paradigm. This is particularly relevant for younger age groups. Due to this phenomenon, the number of digital health products has grown impressively over recent years, with an annual average growth rate of 25%. In this context, approximately 325 000 mobile health applications were available in 2017, with 78 000 released between 2016 and 2017 alone (5).

NONCOMMUNICABLE DISEASES AND THE NEED FOR PROMOTING HEALTH LITERACY

Noncommunicable diseases (NCDs) are the leading cause of death, disease and disability in the WHO European Region. The four major NCDs (cardiovascular disease, cancer, chronic obstructive pulmonary disease and diabetes) account for nearly 86% of deaths, and one third of these deaths occur prematurely. Portugal is also witnessing this trend: in 2017, 80% of deaths in Portugal were due to NCDs (10).

NCDs, as well as their consequences, are largely preventable. Physical inactivity, tobacco consumption, alcohol consumption and unhealthy eating are the four major risk factors, which are also modifiable. Thus, more must be done to tackle them (11).

The promotion of health literacy is key in reducing the burden of NCDs, but despite the challenge being clearly identified, governments have struggled with tackling it proactively. This case study explores how governments can promote health literacy among their populations.

Unhealthy eating is the risk factor that contributes the most to the loss of healthy life years in Portugal (15.8%). Poor dietary habits represent 86% of the burden of disease on the Portuguese National Health Service (NHS) (12). Strategies promoting healthy lifestyles, including eating behaviours, and bringing forward disease-prevention measures must be given priority. In line with this need, the Portuguese Ministry of Health published the integrated strategy for the promotion of healthy eating [Estratégia integrada para a promoção da alimentação saudável] (EIPAS) (13).

EIPAS was the result of collaboration between seven different ministries and was published in December 2017. The strategy is based on WHO and European Commission recommendations and takes into account data from the latest dietary intake survey carried out in Portugal. A public consultation was also undertaken in order to include feedback from civil society and the food sector. EIPAS is an example of health in all policies and includes four strategic axes, namely (i) the creation of healthier food environments, (ii) the improvement of the quality of information available, (iii) the promotion and development of literacy and (iv) the promotion of innovation and entrepreneurship. Within these four areas, 51 policy measures were defined (14), among which, the omnichannel campaign was one of the measures presented in the EIPAS document, which aimed to promote healthy eating in the Portuguese population.

PREVIOUS COMMUNICATION CAMPAIGNS BY THE PORTUGUESE NHS

The private sector has long used marketing to influence and change people's lifestyles. In some cases, particularly in specific industries (the food sector), health-compromising content is being prioritized over health-promoting content. However, evidence shows that marketing can also be used to encourage healthier lifestyles (15). As such, it follows that governments can use marketing to improve health (13). In this context, the Portuguese Ministry of Health committed to make use of marketing to fight the current NCD epidemic.

Historically, institutional campaigns promoted by the Portuguese NHS and the Ministry of Health had limited impact in generating awareness and reaching the population. A preliminary analysis showed that these shortcomings were a function of two main issues. The first was related to the traditionally conservative content of institutional campaigns, which have a lower impact on people. This is a consequence of the fact that governmental organizations and institutions must be careful about the impact their initiatives have on public opinion. Thus, they tend to be very conservative and to take very limited risks. The second issue was related to financing. The investment put into media by the Portuguese Ministry of Health is vastly outweighed by the marketing investment capacity of the private sector companies (i.e. food, alcohol and tobacco).

This case study aims to illustrate how governments working on tight budgets, without the feasibility of increasing financing, can partner with media companies to their own advantage, in order to increase the impact of a health-related message and improve the health literacy of the population. The campaign adopted an innovative approach to increase the health sector's capability to be present in mass media; notably with the creation of an omnichannel communication platform as a potential solution. While the campaign is not at the stage of assessing any behavioural changes in the target population, the results in terms of coverage and impact are promising. As such, we present a focused, in-depth narrative on the planning and implementation of this practical example of a national public health initiative, which may have implications for other countries.

THE DEVELOPMENT OF THE OMNICHANNEL APPROACH

In order to be able to reach a sufficient number of people and have the potential to have an impact on these people, the Portuguese NHS first reflected on their ability to generate touchpoints – points of interaction with their target audience.

A touchpoint is created when an individual is exposed to a message and in the long term, can influence behaviour. The number of touchpoints required before an individual makes a decision varies anywhere from 5 to 13, depending on the industry, the position of both parties within the value chain, the type of decision, the offering, the decision-maker and other macroeconomic and political factors (16). So, effective campaigns require that a significant number of touchpoints are created. Otherwise, the impact will be reduced, and the return on investment will be very low, which is particularly relevant, considering that all funding is public. Given the fixed limited budget allocated to health promotion and disease prevention, the Portuguese NHS had to engage communication partners who could help increase the number of touchpoints with the target market (in this case, the general population). The Portuguese Secretary of State for Health created a task force (made up of three of its own deputies) with the main mission of building a powerful omnichannel communication platform for the Portuguese NHS.

SOCIAL MEDIA AND THE INTERNET

Social media includes both websites and applications, which enable people to create and share content by interacting with each other, mobilize around issues that matter to them, and stay informed (17). Examples include Facebook, Twitter, Instagram, LinkedIn and YouTube, which have become essential tools for health-promotion and disease-prevention literacy interventions and therefore social media was a vital component of the omnichannel communication platform.

While health literacy is people's ability to manage their own health on the basis of their capability to interpret information and use it for decision-making, a medium is simply a means for doing something. In this case, it is a means of communication through which information is conveyed or transmitted. As such, health literacy and social media are related to one another. O'Mara suggests that generic health-promotion campaigns often fail to engage because communication strategies overlook the specificities of the target market as well as health literacy principles (17). Health literacy principles relevant in this context include knowing the audience, understanding the purpose of health messages and creating social media messages that are tailored to diverse populations.

According to the Pew Research Internet Project report, health information is one of the topics people are searching for the most online (18). Consumers currently spend more time engaging with digital media than with traditional media (television, press or radio), and more than 60% of smartphone owners have used their phone to research a health condition (18).

Additionally, social media provide effective tools for reaching vulnerable populations. The fact that these populations are also the ones that are the most impacted by health literacy barriers is a further reason to use social media in this way (18).

These factors led the aforementioned taskforce created by the Secretary of State for Health, in close collaboration with the Shared Services of the Ministry of Health [*Serviços Partilhados do Ministério da Saúde*] (SPMS), to push for the digitalization of the Portuguese NHS by building a strong social media presence. This would ensure concerted dissemination across both traditional and digital media. Thus, from September 2017 onwards, the Portuguese NHS created accounts on the main social networks and revamped the existing ones.

TRADITIONAL MEDIA

The traditional media landscape in Portugal is scattered and diverse. There are several newspapers and magazines, most of them local or regional, with low circulation and coverage. There are very few national generalist press publications. The restructuring of the radio sector in the 1980s has led to an increase in the number of radio stations. Currently, Portugal has more than 300 radio stations, mostly local, throughout the country. Native digital projects in Portuguese, such as online-based radio stations, podcasts, video blogs (vlogs) and television programmes, are also slowly emerging.

However, The Portuguese media landscape is still dominated by television, which is by far the widest-reaching medium and which has grown more diverse and with an increased content and with an increasing number of subscription-based platforms and specialized channels.

TELEVISION

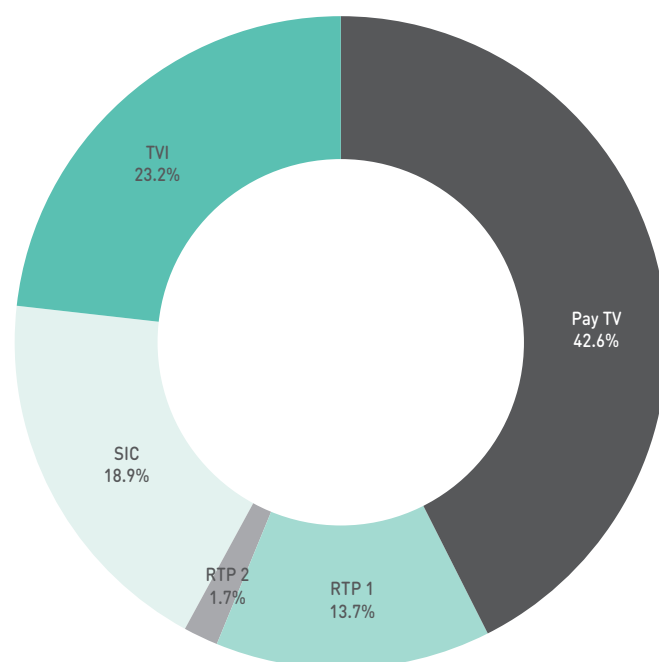
According to the 2016 edition of the survey the new dynamics of audiovisual consumption in Portugal [*As novas dinâmicas do consumo audiovisual em Portugal*], 99% of the surveyed population regularly watched television, with no significant differences in terms of age or gender (19). In comparison, 60.5% of the respondents frequently used the internet, 68.2% regularly accessed newspapers and magazines, and 73% regularly listened to the radio (19).

In Portugal, television has, roughly, a 46% share of the advertising market. This is the highest share among all media. As such, television stations are, potentially key partners in promoting public health. However, due to the very high costs of TV advertising, the health authorities (in fact, most public authorities) have not been able to use this medium as much as needed (20).

The aforementioned taskforce approached all major national television stations, appealing to their social responsibility, with the overarching objective of increasing health literacy in Portugal. Four of the major television stations; RTP, SIC, TVI and Porto Canal, accepted the request and signed a pro bono collaboration agreement committing to broadcasting three NCD-prevention campaigns every year over 3 years, for a duration of three weeks each, at least twice a day.

These stations transmit over a total of 19 television channels (4 open access channels and 15 paid channels), including national, international and local channels. The four open access channels (RTP 1, RTP 2, SIC and TVI) include the most watched channels in Portugal and represented, in 2017, an audience share of 57.5% (Fig. 1). The additional 15 subscription channels have a stronger affinity with the viewer and allow for an increased coverage and impact. This campaign therefore targets both open access channels with their wide audience and subscription channels where impact may be higher. This is not the first time that an agreement has been established between health and media sectors, but no prior corporate social responsibility agreement has been for such an extended period of time, covering 50% of the total national television audience, or with the goal of increasing health literacy (21).

FIG. 1. AUDIENCE SHARE PER CHANNEL (AVERAGE FOR 2017)



Source: MediaMonitor/Gfk.

As a very conservative estimate, this agreement has been valued at more than 3.9 million euros per year (rate card prices) with an average reach of 7.5 million people per campaign (21), which vastly increased the capacity of the Portuguese health sector to reach the population and thus potential drive behavioural changes and improve public health.

MOVIE THEATRES

Roughly 14.7 million people attended a screening at a movie theatre in Portugal during 2018, corresponding to an average rate of 1.4 screenings per inhabitant per year. Despite a 4% drop in admissions since 2017, cinema remains one of the main channels of communication in Portugal. One particular provider dominates the market: *NOS Lusomundo Cinemas* [US Lusomundo Cinemas], which holds 60.3% of the market in Portugal and has a total of 214 movie theatres (22). *NOS Lusomundo Cinema* caters to a wide variety of people, from children to elderly. Following a preliminary consultation exercise, it was determined that it would be difficult to have an agreement with more than one provider, and the taskforce decided to specifically target *NOS Lusomundo Cinemas*. This was successful and *NOS Lusomundo Cinemas* entered into a pro bono agreement to broadcast three health-promotion and disease-prevention campaigns per year, over a minimum of three weeks and at least once before every screening.

PUBLIC TRANSPORTS

Public transport plays a valuable role in society; serving the needs of millions it is a pillar of society's infrastructure (23). According

to the Portuguese National Statistics Institute, in 2017, public road transport provided 27.1 billion seat-kilometres, corresponding to 514.8 million passengers or 7.4 billion passenger-kilometres. Over the same period of time, the number of passengers transported by railway was 141.9 million, with the three light railway systems (Lisbon, Porto and Sul do Tejo) transporting an additional 234.0 million passengers (161.5, 60.6 and 11.9 million passengers, respectively) in 2017 (24).

In this context, public transport companies have the potential to significantly improve the reach of public health campaigns. Given the challenges of securing even small changes in health behaviour at the population level, the Portuguese Ministry of Health approached the biggest players in public transport – light railroad, public road transport and ferry boat passenger transport – in an attempt to recruit them in their campaign. After several months of negotiations, an agreement between the Portuguese Ministry of Health and nine of the biggest players in the Portuguese transportation sector was settled in July 2018 (see Table 2).

By agreeing to enter this joint venture with the health sector, the transportation companies committed to promoting three health-promotion and disease-prevention campaigns in their stations, stops, vehicles, equipment, websites and internal communication materials. Thanks to this agreement, the Portuguese NHS campaigns gained the capacity to reach over 1 million passengers every day in urban areas (the Lisbon and Porto metropolitan areas).

TABLE 2. PORTUGUESE TRANSPORTATION SECTOR COMPANIES IN THE AGREEMENT WITH THE PORTUGUESE NATIONAL HEALTH SERVICE OMNICHANNEL PLATFORM

Company Name	Company Type	Daily Transport	Daily Passengers
Lisbon Railway Company [Companhia Carris de Ferro de Lisboa]	S.A.	600 buses and 48 trams, 9 800 trips	500 000
Tagus Crossing, Transportation [Travessia do Tejo, Transportes]	S.A.	18 trains, 148 trips	70 000
Lisbon Metropolitan [Metropolitano de Lisboa]	E.P.E.	330 coaches	500 000
Oporto Metro [Metro do Porto]	S.A.	102 coaches	220 000
Lisbon Bus Station [Rodoviária de Lisboa]	S.A.	350 buses, 3 958 trips	115 000
Oporto Collective Transports Society [Sociedade de Transportes Colectivos do Porto]	S.A.	419 vehicles, 5 400 trips	245 000
Transportation Tagus [Transportes Tejo]	S.A.	14 boats, 384 trips	58 066

Abbreviations: S.A= sociedade anónima [public limited company]; E.P.E= Entidade pública empresarial [public business entity]

THE CAMPAIGNS

During 2018, the Portuguese Ministry of Health, together with the Portuguese NHS, launched 3 campaigns on health-promotion and disease-prevention. A different combination of media partners was engaged for each of the campaigns. This allowed to the analysis of reach levels variance between different media channels combinations. The first campaign "Hidden sugar" [*O açúcar escondido*] was launched in January 2018 using television partners only. It aimed to create awareness about the sugar content of common daily foods among the general population. Shortly after this initial campaign, the second national campaign "Quit smoking". "Choose to love more" [*Deixe de fumar. Opte por amar mais*] was launched combining television and movie theatre screenings, with NOS Lusomundo Cinemas having now entered the agreement. The third campaign was broadcast exclusively in movie theatres in partnership with the Portuguese Association for Mineral, Natural and Spring Water Industrialists [*Associação Portuguesa dos Industriais de Águas Minerais, Naturais e de Nascente*], to promote the consumption of water among younger generations.

According to the Portuguese National Television auditing system, 7 786 000 viewers aged 4 or over watched the Hidden sugar campaign, which represents 80.4% of the total Portuguese population. This is also likely to be an underestimation, based on the fact that only 12 of the 19 channels broadcasting the campaign were included in the audit. In total the campaign was broadcast more than 800 times on national and pay television. Based on the available data, it can be estimated that each viewer watched the campaign, on average, 6.6 times, which is already above the minimum threshold of five touchpoints required to drive behavioural change (14) despite not including touchpoints generated from other communication channels including social media and press coverage.

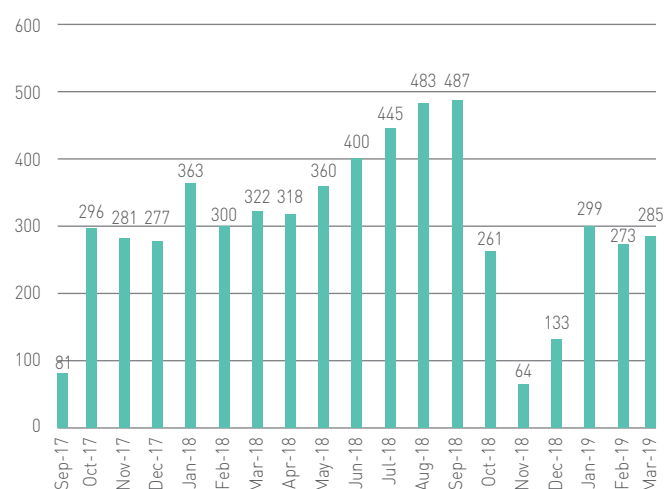
National television analytics also showed that 73.1% of the Portuguese population aged 4 or over watched the Quit smoking. Choose to love more campaign on television, on average, 5.2 times, just above the touchpoint threshold. However, this value was somewhat increased through the success of coverage by the movie theatres; the campaign was broadcast in 34 500 movie sessions, with a total of 713 000 tickets sold. As a result this tobacco control campaign had the biggest reach a public health campaign has ever had in Portugal and was selected as the second-most-impactful television campaign broadcast in Portugal in 2018 (25), prevailing over heavily funded campaigns produced by private international brands, which was an historic achievement for the Portuguese NHS. In addition, also thanks to the agreement

with the movie theatre company, the third campaign aimed at increasing water consumption managed to reach 370 000 people in 13 500 movie sessions.

Public transport companies only entered into the agreement with the Portuguese government in the second half of 2018. Thereby, and perhaps also due to a political shift described in more detail below, there has yet, to the best of our knowledge, to be any data released by the national health authorities regarding the performance and reach of the public transport contributions to the campaigns. However, several public transportation companies had initiated activities to promote both campaigns and in fact, the momentum created by the agreements for the construction of an omnichannel communication platform led some companies (for example, Portugal Trains [*Comboios de Portugal*]) to promote the campaigns even though they were not signatories of the agreement.

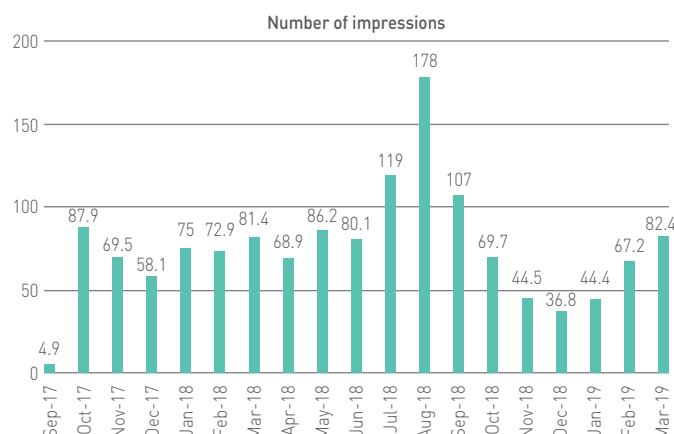
The performance of the Portuguese NHS social media profiles, created in 2017 as part of the omnichannel strategy, improved significantly in 2018. Notably, there had been a continuous increase in the number of posts by NHS staff on the Facebook profile page timeline (Fig. 2). This was a result of political commitment and the continuous investment (mostly time-related) by a team of experienced and dedicated professionals in promoting health literacy by creating content on health promotion and disease prevention. In line with the number of posts, although with higher variability, the number of

FIG. 2. NUMBER OF POSTS ON THE PORTUGUESE NATIONAL HEALTH SERVICE FACEBOOK PAGE (SEPTEMBER 2017 TO MARCH 2019)



Source: Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS) [Ministry of Health, Portugal].

FIG. 3. NUMBER OF IMPRESSIONS ON THE PORTUGUESE NATIONAL HEALTH SERVICE FACEBOOK PAGE (SEPTEMBER 2017 TO MARCH 2019)



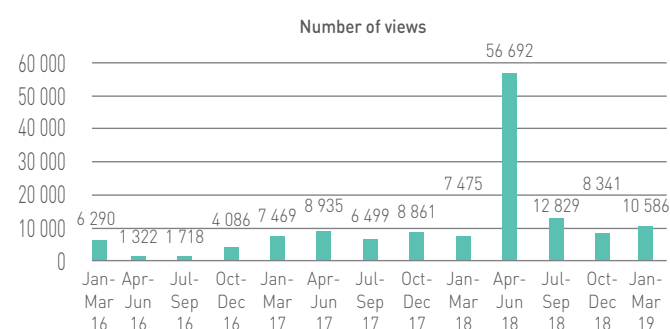
Source: Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS) [Ministry of Health, Portugal].

impressions on the Facebook page also had been gradually increasing since its creation in September 2017 (Fig. 3). In fact, in the summer of 2018, particularly in August, there was a substantial increase in the number of impressions, perhaps as a result of summer-related campaigns, such as a skin-cancer campaign, and/or the sustained work over the previous year.

However, the change of the Ministry of Health's executive in October 2018 brought in a new leadership. This change created a shift in political priorities. Furthermore, an adaptation period for the new Ministry of Health executives followed during which, naturally, most of the ongoing projects were put on hold. The fact is that following the changeover there was a substantial reduction in the number of posts and no new mass media campaign was launched during subsequent six months (which was against the agreement with the media stakeholders). It is important to note that the new Ministry of Health didn't have any objective opposition regarding the innovative and ground-breaking communication campaigns specifically. However, there is perhaps a preference for the more traditional and public health-promotion tools that focus less on innovative mass communication campaigns as a way to promote public health.

Even though none of the other involved partners of the omnichannel platform have released any public statement regarding the inactivity of the Ministry of Health with respect to the release of the agreed annual campaigns, the fact is that, with no new mass media public health-promotion campaigns being released in the 6 months following the change in the Ministry of Health, the usual unhealthy foods advertisements

FIG. 4. NUMBER OF VIEWS ON THE PORTUGUESE NATIONAL HEALTH SERVICE YOUTUBE CHANNEL (JANUARY 2016 TO MARCH 2019)



Source: Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS) [Ministry of Health, Portugal].

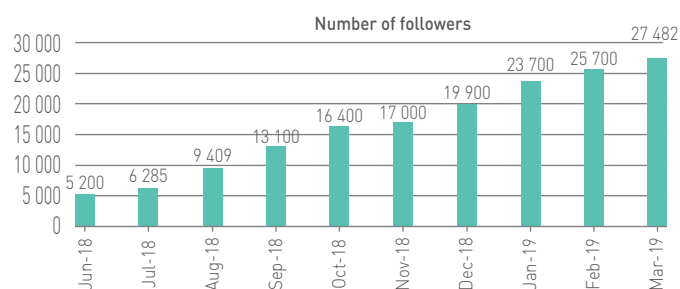
financed by the food industry seem to have regained the monopoly of the media platforms. Never the less, objective data on this is not available.

Around six months after the political change, both the monthly number of posts and hits on the Portuguese NHS Facebook page were still below that obtained one month after the creation of the account in 2017 (Figs. 2 and 3) and the momentum was lost. According to SPMS, similar trends were also observed on Twitter.

Figure 4 shows an example of the potential impact of the omnichannel approach. The tobacco control campaign was launched in May across all media as a 20 second long clip in which viewers were challenged to watch the full-length (15 minutes) version on YouTube. The significant increase in the number of views on YouTube may serve as an indicator of the effectiveness of the approach in persuading people to adopt a behavior and could therefore serve as a potential proof of a concept for its success, which is worth considering in defining the strategy going forward. Unfortunately, the momentum was lost shortly after, for the aforementioned reasons.

Curiously, according to data from SPMS, the number of followers of the NHS Instagram has maintained a growing trend over time (Fig. 5) despite the political change, albeit at a slower rate. The fact that Instagram itself tends to organically favour pages with more followers may explain why the number of followers continued to increase, even though the average number of posts did not.

FIG. 5. NUMBER OF FOLLOWERS FOR THE PORTUGUESE NATIONAL HEALTH SERVICE INSTAGRAM ACCOUNT (JUNE 2018 TO MARCH 2019)



Source: Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS) [Ministry of Health, Portugal].

CONCLUSIONS

Campaigns that are successful in changing awareness and behaviour in the areas of healthy eating and physical activity tend to include a simple message that is repeated as much as possible in order to maximize exposure to the target market. Multicomponent and, arguably, omnichannel campaigns tend to be more successful. This is particularly so when accompanied by political commitment and community-based initiatives (26).

Joining forces with the private communications sector has dramatically increased the performance of public health campaigns in Portugal. The fact that one of the first campaigns broadcast under the voluntary agreement was selected as the second-most-impactful national television campaign of 2018 (21), is an outstanding proof of concept. The Portuguese Ministry of Health case proves that, even though the public sector may not have the ideal amount of money to invest in communication, innovative strategies may be the way forward in order to prevail.

However, since there has not been much research on the effectiveness of mass media campaigns on chronic NCDs, more evidence is required in a variety of settings and life-course phases in order to assess the impact on health. Further research is also needed to determine whether any changes made as a result of such campaigns are sustained post intervention. The limited knowledge base and data available make comparative analyses and cost-effectiveness research difficult (26).

Even though further evidence is needed in order to analyse the impact of health-promotion campaigns in changing lifestyles objectively, the Portuguese case showcases the potential of

partnering with the media. By using the same communication channels as multinational food and tobacco companies, governments may come to have the communication power and influence required to start reversing currently unhealthy lifestyles in the general population (21).

In order to proceed, the data presented in this article should be critically assessed to influence evidence-based decision-making. The implementation of this omnichannel strategy has generated important results, in terms of the widespread nature of the campaign and the number of people reached, which has not seen before in Portugal or in the Portuguese public sector. This case study highlights that a lack of funding does not justify a lack of proactivity from the public health sector regarding health promotion, disease prevention and, ultimately, health literacy. Where there is a will, there is a way. Thus, strong political will seems to be the key to overcoming the observed and well-known obstacles.

Lastly, evidence suggests that stand-alone initiatives are less likely to be impactful in terms of NCD prevention than integrated coherent strategies are. Thus, even though the campaigns described in this case study show interesting results in terms of reach levels, they will need to be integrated hand in hand with a wider range of public health-promotion tools, in order to consolidate their real impact on citizens' behavioural changes (13, 27).

Acknowledgements: The authors acknowledge the Communications' Department of SPMS-Serviços Partilhados do Ministério da Saúde for sharing data essential in the development of this manuscript. The authors acknowledge Isabel Pereira Santos, Luís Silvestre and Pedro Sá Moreira for their commitment to pushing the omnichannel communication strategy forward. Infrastructure support for this manuscript was provided by the National Institute for Health Research Imperial Biomedical Research Centre.

Sources of funding: None. Francisco Goiana-da-Silva holds an Imperial College London doctoral scholarship.

Conflicts of interest: Fernando Araújo was the Portuguese Health Secretary of State between 2015 and 2018. Francisco Goiana-da-Silva, David Cruz-e-Silva and Marlene Carriço were deputies to the Portuguese Health Secretary of State Fernando Araújo.

Disclaimer: The authors alone are responsible for the views expressed in this publication and they do not necessarily

represent the decisions or the stated policy of the World Health Organization.

REFERENCES¹

- Levin-Zamir D, Bertschi I. Media health literacy, eHealth literacy, and the role of the social environment in context. *Int J Environ Res Public Health* 2018;15:1643. doi:10.3390/ijerph15081643.
- Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health* 2012;12:80. doi:10.1186/1471-2458-12-80.
- Kickbusch IS. Health literacy: addressing the health and education divide. *Health Promot Int* 2001;16:289–97. doi:10.1093/heapro/16.3.289.
- Levin-Zamir D, Lemish D, Gofin R. Media Health Literacy (MHL): development and measurement of the concept among adolescents. *Health Educ Res* 2011;26:323–35. doi:10.1093/her/cyr007.
- Norman CD, Skinner HA. eHealth Literacy: essential skills for consumer health in a networked world. *J Med Internet Res* 2006;8:e9. doi:10.2196/jmir.8.2.e9.
- Livingstone S. Developing social media literacy: how children learn to interpret risky opportunities on social network sites. *Communications* 2014;39:283–303. doi:10.1515/commun-2014-0113.
- Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promot Int* 2000;15:259–67. doi:10.1093/heapro/15.3.259.
- McGinnis JM, Berwick DM, Daschle TA, Diaz A, Fineberg HV, First WH et al. Systems strategies for better health throughout the life course. In: Dzau VJ, McClellan MB, McGinnis JM, Finkelman EM, editors. *Vital directions for health and health care*. Washington (DC): National Academy of Medicine; 2017:43–69. doi:10.1001/jama.2017.1964.
- Norman CD, Skinner HA. eHEALS: The eHealth literacy scale. *J Med Internet Res* 2006;8:e27. doi:10.2196/jmir.8.4.e27.
- Retrato da saúde em Portugal [Health portrait in Portugal]. Lisbon: Ministério da Saúde [Ministry of Health]; 2018 (http://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAUDE_2018_compressed.pdf) (in Portuguese).
- Cecchini M, Sassi F, Lauer JA, Lee YY, Guajardo-Barron V, Chisholm D. Tackling of unhealthy diets, physical inactivity, and obesity: health effects and cost-effectiveness. *Lancet* 2010;376:1775–84. doi:10.1016/S0140-6736(10)61514-0.
- Goiana-da-Silva F, Nunes AM, Miraldo M, Bento A, Breda J, Araújo FF. Fiscalidade ao serviço da saúde pública: a experiência na tributação das bebidas açucaradas em Portugal [Public health taxation: experience in taxing sugary drinks in Portugal]. *Acta Med Port* 2018;31:191–5 (in Portuguese). doi:10.20344/amp.10222.
- Goiana-da-Silva F, Cruz-e-Silva D, Gregório MJ, Nunes A, Miraldo M, Darzi A et al. Bringing government sectors together to address noncommunicable diseases: Portugal's interministerial healthy eating strategy. *Public Health Panor* 2018;4:426–34 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/324937>).
- Graça P, Gregório MJ, Sousa S, Brás S, Penedo T, Carvalho T et al. A new interministerial strategy for the promotion of healthy eating in Portugal: implementation and initial results. *Health Res Policy Syst*. 2018;16:102–18. doi:10.1186/s12961-018-0380-3.
- Public Health England: social marketing strategy 2017 to 2020. London: Public Health England; 2017 (http://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/646715/public_health_england_marketing_strategy_2017_to_2020.pdf).
- Lusch R, Vargo S, editors. *The service-dominant logic of marketing: premises, perspectives, possibilities*. Cambridge: Cambridge University Press; 2014. doi: 10.1017/CBO9781139043120.
- O'Mara, B. Social media, digital video and health promotion in a culturally and linguistically diverse Australia *Health Promot Int* 2013;28:466–76. doi:10.1093/heapro/das014.
- Roberts M, Callahan L, O'Leary, C. Social media: a path to health literacy. *Inf Serv Use* 2017;37:177–87. doi:10.3233/ISU-170836.
- As novas dinâmicas do consumo audiovisual em Portugal [The new dynamics of audiovisual consumption in Portugal]. Lisbon: Entidade Reguladora para a Comunicação Social [Media Regulatory Authority]; 2016 (http://www.erc.pt/documentos/Estudos/ConsumoAVemPT/ERC2016_AsNovasDinamicasConsumoAudioVisuais_web/assets/downloads/ERC2016_AsNovasDinamicasConsumoAudioVisuais.pdf) (in Portuguese).
- Correia F, Martins C. Portugal: media landscape. Maastricht: European Journalism Centre; 2018 (<http://medialandscapes.org/country/pdf/portugal>).
- Goiana-da-Silva F, Cruz-e-Silva D, Carriço M, Teixeira N, Darzi A, Araújo F. Changing the channel: television health campaigns in Portugal. *Lancet Public Health* 2019;4:e179. doi:10.1016/S2468-2667(19)30039-8.
- Newsletter (Janeiro // January 2019). Lisbon: Instituto do Cinema e do Audiovisual [Institute of Cinema and Audiovisual]; 2019 (http://www.ica-ip.pt/fotos/newsletter/news_1_2019v3_165475c362da6722cd.pdf).

¹ All referenced were accessed 25 August 2019.

23. Flint S, McKenna J. Public transport and the promotion of unhealthy food and drink. *Lancet* 2018;3:312. doi.org/10.1016/S2468-2667(18)30113-0.
24. Estatísticas dos transportes e comunicações, 2017 [Transport and communications statistics, 2017]. Lisbon: Instituto Nacional de Estatística [National Institute of Statistics]; 2018 (http://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=347589059&att_display=n&att_download=y) (in Portuguese).
25. Marques RO. 10 Campanhas que marcaram o ano [10 Campaigns that marked the year]. *Meios & Publicidade* [Media & Advertising]; 2018 (<http://www.meiosepublicidade.pt/2018/12/10-campanhas-marcaram-ano-2>) (in Portuguese).
26. Interventions on diet and physical activity: what works. Summary report. Geneva: WHO; 2009 (<http://www.who.int/dietphysicalactivity/summary-report-09.pdf?ua=1>).
27. Goiana-da-Silva F, Cruz-e-Silva D, Allen L, Gregório MJ, Severo M, Jorge Nogueira P et al. Modelling impacts of food industry co-regulation on noncommunicable disease mortality, Portugal. *Bull World Health Organ* 2019;97:450–9. doi:10.2471/BLT.18.220566. ■

ПРИМЕР ИЗ ПРАКТИКИ

Преобразуя медиапространство: создание многоканальной платформы коммуникации в рамках национальной системы здравоохранения Португалии

Francisco Goiana-da-Silva¹, David Cruz-e-Silva², Alexandre Morais Nunes³, Marlene Carriço⁴, Flávia Costa⁵, Marisa Miraldo⁶, Ara Darzi⁷ Fernando Araújo⁸

¹ Центр политики здравоохранения, Институт глобальных инноваций в области здравоохранения, Имперский колледж Лондона, Лондон, Соединенное Королевство; факультет наук о здоровье, Университет Внутренней Бейры, Ковильян, Португалия.

² Центр исследований в области инноваций, технологий и политики, Лиссабонский университет, Лиссабон, Португалия.

³ Центр государственного управления и политики, Институт социальных и политических наук, Лиссабонский университет, Лиссабон, Португалия.

⁴ Министерство образования, Лиссабон, Португалия.

⁵ Пункт первичной медико-санитарной помощи им. Родригеша Мигейша, Национальная система здравоохранения, Лиссабон, Португалия.

⁶ Кафедра менеджмента и Центр экономики здравоохранения и инноваций в сфере политики, Бизнес-школа Имперского колледжа, Лондон, Соединенное Королевство.

⁷ Кафедра хирургии и онкологии, Имперский колледж Лондона, Лондон, Соединенное Королевство; Институт глобальных инноваций в области здравоохранения, Имперский колледж, Лондон, Соединенное Королевство

⁸ Университетская больница Иоанна Крестителя, медицинский факультет, Университет Порту, Порту, Португалия.

Автор, отвечающий за переписку: Francisco Goiana-da-Silva (адрес электронной почты: franciscogoianasilva@gmail.com)

АННОТАЦИЯ

Неинфекционные заболевания (НИЗ) являются главной причиной смертей, заболеваний и инвалидизации в Европейском регионе ВОЗ, при этом они чаще всего предотвратимы. Частный сектор уже давно использует инструментарий маркетинга, чтобы влиять на жизненный уклад людей и изменять его. В некоторых отраслях, особенно в пищевой промышленности и секторе питания, маркетинговый контент, рекламирующий вредные для здоровья продукты или модели поведения, доминирует над контентом, популяризирующим здоровый образ жизни. Однако в настоящем исследовании будет предпринята попытка продемонстрировать, как правительства, располагая весьма ограниченными бюджетами, могут с пользой для себя сотрудничать с частными медиакомпаниями, увеличивая действенность своей работы по популяризации здорового образа жизни и тем самым способствуя повышению грамотности населения в вопросах здоровья. Многоканальная платформа коммуникации и связанные с ней кампании, организованные правительством Португалии и описанные в настоящем исследовании,

являются практическим примером национальной инициативы по повышению грамотности населения в вопросах здоровья, позволившей эффективно работать с широкой аудиторией. В результате кампания национальной системы здравоохранения (НСЗ) Португалии стала одной из самых успешных информационно-просветительских кампаний в стране.

Некоторые выводы из португальского опыта могут быть применены в других странах: несмотря на то, что для анализа воздействия проведенных кампаний требуется дополнительная работа, этот пример показывает потенциал партнерских отношений со СМИ. Играя на одном коммуникационном поле с производителями продуктов питания и табачными компаниями, правительства могут уравнивать шансы сторон, введя в игру маркетинговые и коммуникационные средства, которые могут помочь успешно противостоять тенденциям к нездоровому образу жизни, распространенным среди населения.

Ключевые слова: ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ, НИЗ, ПОРТУГАЛИЯ, ЗДОРОВОЕ ПИТАНИЕ, ИННОВАЦИИ, КОММУНИКАЦИИ

ВВЕДЕНИЕ

XXI ВЕК – ЭРА ЦИФРОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

На возможности граждан в сфере управления собственным здоровьем влияет целый ряд различных факторов. Ведущую роль играет наличие и доступность информации, а также ее актуальность в контексте конкретных потребностей местных сообществ и отдельных жителей (1).

Грамотность в вопросах здоровья влияет на способность людей управлять собственным здоровьем, ориентироваться в разных уровнях системы здравоохранения и придерживаться здорового образа жизни. В литературе встречается несколько различных определений грамотности в вопросах здоровья, однако все они подразумевают, что чем выше уровень грамотности человека, тем шире его возможности в сфере интерпретации связанной со здоровьем информации и ее использования при принятии решений, связанных со здоровьем и образом жизни (2, 3).

Вот уже много столетий человечество разрабатывает и использует все новые и новые платформы коммуникации. Группы традиционных игроков коммуникационного поля, объединяемые термином «средства массовой информации» (журналы, газеты, телевизионные каналы и т. д.), весьма эффективно повысили доступность и демократичность информации. Однако одной из основных характеристик XXI века стало изобилие цифровых средств коммуникации и цифровых платформ. Сегодня в нашем распоряжении имеется беспрецедентное количество инструментов, предназначенных для транслирования идей, адресованных общественности. При наличии значительного сходства традиционные и цифровые средства коммуникации действуют в разных измерениях, что объясняет появление двух разных концепций: медийной грамотности в вопросах здоровья и электронной грамотности в вопросах здоровья (4, 5). Медийная грамотность в вопросах здоровья объединяет два аспекта: грамотность в вопросах здоровья и медийную грамотность (6). Соответственно, она предполагает несколько различных подходов к расширению аудитории, на которую направлены идеи и установки, связанные со здоровьем. Согласно модели, предложенной Nutbeam (7), медийную грамотность в вопросах здоровья можно подразделить на четыре разных аспекта, представленных в таблице 1.

Медийную грамотность в вопросах здоровья можно определить как принятие к сведению имплицитно и/или эксплицитно представляемого средствами информации

ТАБЛИЦА 1. АСПЕКТЫ МЕДИЙНОЙ ГРАМОТНОСТИ В ВОПРОСАХ ЗДОРОВЬЯ: МОДЕЛЬ, ПРЕДЛОЖЕННАЯ NUTBEAM

Аспект	Краткое описание
A	Умение идентифицировать относящийся (эксплицитно и/или имплицитно) к здоровью контент, представленный в разных типах средств коммуникации
B	Умение определять влияние относящегося к здоровью контента на поведение в отношении здоровья
C	Критический анализ контента (аналогично «критической грамотности в вопросах здоровья»)
D	Явно выраженное намерение действовать, оцениваемое по индивидуальному поведению в отношении здоровья или популяризации здорового образа жизни (аналогично «интерактивной грамотности в вопросах здоровья»)

Источник: подготовлено на основе Nutbeam D., Health Promot Int, 2000 (7).

контента, рассчитанного на массовую аудиторию и ориентированного на популяризацию либо здорового образа жизни, либо поведения, угрожающего здоровью, а также анализ информации, предлагаемой в качестве руководства к действию (1).

Под электронной грамотностью в вопросах здоровья понимают способность людей искать, находить, понимать и критически анализировать касающуюся здоровья информацию, представленную на цифровых платформах. Высокий уровень такой грамотности позволяет людям лучше управлять собственным здоровьем (8).

Ранее традиционные СМИ были единственным социальным институтом, сопровождавшим каждого человека в течение всей жизни (9). Однако демократизация информационного поля в эпоху интернета внесла радикальные изменения в эту парадигму, сделав цифровые СМИ одним из самых влиятельных каналов коммуникации. В первую очередь это относится к представителям младших возрастных групп. В этом контексте количество цифровых продуктов, предназначенных для улучшения здоровья, значительно увеличилось в последние годы: среднегодовой темп роста продаж в этой сфере составляет 25%. В 2017 г. рыночное предложение мобильных приложений, связанных со здоровьем и здоровым образом жизни, включало порядка 325 тыс. наименований, при этом в 2016–2017 гг. было выпущено 78 тыс. новых мобильных приложений этого профиля (5).

НЕИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И НЕОБХОДИМОСТЬ ПОВЫШЕНИЯ УРОВНЯ ГРАМОТНОСТИ В ВОПРОСАХ ЗДОРОВЬЯ

Неинфекционные заболевания (НИЗ) являются главной причиной смертей, заболеваний и инвалидизации в Европейском регионе ВОЗ. На четыре самых распространенных НИЗ (сердечно-сосудистые заболевания, рак, хроническую обструктивную болезнь легких и диабет) приходится 86% смертей, из которых треть относится к категории преждевременных. В Португалии актуальна та же тенденция. В 2017 г. 80% смертей в стране были следствием неинфекционных заболеваний (10).

НИЗ, равно как и их последствия, в основном предотвратимы. Недостаток физической активности, табакокурение, употребление алкоголя, нездоровое питание – вот четыре основных фактора риска, каждый из которых тоже поддается минимизации. Соответственно, для решения проблемы необходимы дальнейшие усилия (11).

Ключевой мерой по снижению бремени НИЗ является повышение уровня грамотности в вопросах здоровья, но, несмотря на вполне четкую идентификацию задачи, правительствам далеко не всегда удается решать ее на основе упреждающего подхода. Настоящее исследование посвящено анализу тех мер, которые могут принимать правительства для распространения и повышения уровня грамотности в вопросах здоровья среди населения своих стран.

Наибольший «вклад» (15,8%) в нарушение здорового уровня жизни в Португалии вносит нездоровое питание. Неправильное пищевое поведение является причиной 86% заболеваний, регистрируемых национальной системой здравоохранения (НСЗ) Португалии (12). Необходимо разработать стратегии популяризации здорового образа жизни, включая правильное пищевое поведение, а также принятие профилактических мер по предотвращению заболеваний. Осознавая эту необходимость, Министерство здравоохранения Португалии опубликовало комплексную стратегию популяризации здорового питания [*Estratégia integrada para a promoção da alimentação saudável*] (EIPAS) (13).

Стратегия EIPAS – результат сотрудничества семи различных министерств – была опубликована в декабре 2017 г. Документ составлен на основе рекомендаций ВОЗ и Европейской комиссии с учетом данных последнего проведенного в Португалии социологического опроса по рациону питания. Кроме того, в целях изучения общественного мнения

и позиций сектора питания были организованы публичные консультации. EIPAS является образцом подхода ко всем стратегическим аспектам здравоохранения и включает в себя описание четырех стратегических составляющих: (i) создание условий для обеспечения здорового питания; (ii) повышение качества доступной информации; (iii) развитие и повышение уровня грамотности; (iv) популяризация инноваций и поощрение предпринимательских инициатив. В рамках этих четырех составляющих была намечена 51 мера политики по улучшению ситуации (14), в том числе многоканальная кампания, представленная в документе EIPAS, целью которой является поощрение здорового питания среди населения Португалии.

ПРЕДЫДУЩИЕ ИНФОРМАЦИОННО-ПРОСВЕТИТЕЛЬСКИЕ КАМПАНИИ НСЗ ПОРТУГАЛИИ

Частный сектор уже давно использует инструментальный маркетинг для изменения жизненного уклада людей и воздействия на него. В некоторых отраслях (например, в пищевой промышленности и секторе питания) маркетинговый контент, рекламирующий вредные для здоровья продукты или модели поведения, доминирует над контентом, популяризирующим здоровый образ жизни. Однако практика показывает, что маркетинговый инструментальный может быть использован и для популяризации здорового образа жизни (15). Исходя из этого, мы утверждаем, что правительства могут использовать маркетинг для оздоровления населения (13). В этом контексте Министерство здравоохранения Португалии приняло решение обратиться к инструментам маркетинга для борьбы с текущей эпидемией НИЗ.

В исторической ретроспективе государственные информационно-просветительские кампании, исходившие от НСЗ и Министерства здравоохранения Португалии, всегда позволяли добиться лишь ограниченных результатов в аспекте повышения осведомленности граждан и донесения информации до целевой аудитории. Предварительный анализ показал, что причины всех этих неудач коренились в двух основных проблемах. Первая из них связана с тем, что государственные кампании традиционно отличаются высокой степенью консерватизма, что снижает их влияние на людей. Консерватизм – следствие того обстоятельства, что государственные организации и институты должны с большим вниманием относиться к воздействию, оказываемому их инициативами на общественное мнение. В результате они избирают крайне консервативный подход и весьма неохотно берут на себя риски. Вторая проблема связана с финансированием.

Средства, инвестируемые в эту сферу частным сектором (пищевыми, алкогольными и табачными компаниями), значительно превосходят финансовые возможности Министерства здравоохранения Португалии.

Цель настоящего исследования – продемонстрировать, как правительства, располагая весьма ограниченными бюджетами и не имея возможности увеличить объем выделяемых на данные нужды средств, могут с пользой для себя сотрудничать с медиакомпаниями, увеличивая действенность своей пропаганды здорового образа жизни и содействуя повышению грамотности населения в вопросах здоровья. В рамках кампании был взят на вооружение инновационный подход, позволяющий расширить присутствие сектора здравоохранения в средствах массовой информации; в частности, для решения проблемы была создана многоканальная платформа коммуникации. Несмотря на то что кампания еще не достигла того этапа, на котором имеет смысл оценивать изменение поведения целевой аудитории, текущий уровень охвата и воздействия дает основания для оптимизма. Поэтому мы представляем детальный целевой анализ планирования и реализации конкретной национальной инициативы в сфере общественного здравоохранения – инициативы, которая могла бы оказаться полезной и для других стран.

РАЗРАБОТКА МНОГОКАНАЛЬНОГО ПОДХОДА

Для того чтобы охватить достаточное число людей и иметь возможность оказать на них влияние, НСЗ Португалии сначала оценила способность создания «моментов взаимодействия» – точек контакта с аудиторией. Момент взаимодействия возникает, когда индивид воспринимает адресованную ему идею. В долгосрочной перспективе моменты взаимодействия могут влиять на поведение человека. Число моментов взаимодействия, необходимых индивиду для принятия решения, варьируется от 5 до 13 – в зависимости от сферы, позиций обеих сторон в цепочке создания ценностей, типа решения, характера предложения, субъекта, принимающего решение, и других макроэкономических и политических факторов (16). Для того чтобы кампания была эффективной, требуется создание значительного количества моментов взаимодействия. В противном случае результаты кампании сведутся к минимуму и отдача от инвестиций будет очень низкой – последнее имеет большое значение, поскольку речь идет о полностью государственном

финансировании. В свете строгой ограниченности бюджета, выделяемого на популяризацию здорового образа жизни и профилактику заболеваний, португальской НСЗ пришлось привлечь к сотрудничеству коммуникационных партнеров, способных оказать содействие в увеличении числа моментов взаимодействия с участниками целевого рынка (в нашем случае – с населением всей страны). Государственный секретарь Португалии по здравоохранению создал целевую группу (в составе трех своих заместителей) для формирования мощной многоканальной платформы коммуникации для португальской НСЗ.

СОЦИАЛЬНЫЕ СЕТИ И ИНТЕРНЕТ

К социальным сетям относятся веб-сайты и приложения, позволяющие людям взаимодействовать друг с другом, создавать контент и делиться им, объединяться вокруг важных для них тем и быть в курсе новостей и значимой информации (17). В качестве примеров можно привести Facebook, Twitter, Instagram, LinkedIn и YouTube – все эти сервисы стали важнейшими инструментами для повышения грамотности населения в отношении здорового образа жизни и борьбы с болезнями. Таким образом, социальные сети стали ключевым компонентом многоканальной коммуникационной платформы.

Грамотность в вопросах здоровья – это способность людей управлять собственным здоровьем на основе имеющихся у них навыков интерпретации информации и ее использования при принятии решений; «медиа» («средства») – по сути нечто, что позволяет выполнять те или иные действия. В данном случае медиа – это средства коммуникации, в процессе которой происходит восприятие и передача информации. А значит, грамотность в вопросах здоровья и социальные сети связаны друг с другом. О'Mara предполагает, что кампании по популяризации здорового образа жизни часто не могут собрать желаемую аудиторию в связи с тем, что соответствующие коммуникационные стратегии игнорируют специфику целевого рынка, равно как и принципы распространения грамотности в вопросах здоровья (17). К значимым в данном контексте принципам распространения грамотности в вопросах здоровья относятся знание аудитории, понимание целей транслируемых тем, формирование медиаконтента, рассчитанного на разные группы населения.

Согласно докладу Pew Research Internet Project, тема здоровья входит в число лидеров среди объектов поиска в интернете (18). Сегодня люди уделяют гораздо больше времени цифровым средствам коммуникации, нежели традиционным СМИ (телевидению, печатной прессе или радио); при

этом более 60% владельцев смартфонов используют телефоны для поиска информации, касающейся здоровья (18).

Кроме того, социальные сети предоставляют эффективные средства для взаимодействия с уязвимыми группами населения. А тот факт, что представители этих групп обычно испытывают наибольшие сложности, связанные с отсутствием грамотности в вопросах здоровья, дополнительно усиливает значимость социальных сетей в этом контексте (18).

Вышеперечисленные факторы заставили целевую рабочую группу, созданную государственным секретарем по здравоохранению, в тесном сотрудничестве с Общим центром обслуживания Министерства здравоохранения [*Serviços Partilhados do Ministério da Saúde*] (SPMS) сфокусировать усилия на цифровизации НСЗ, выражающейся в интенсификации работы с социальными сетями. Эти меры были призваны обеспечить координированное распространение информации через традиционные и цифровые медиа.

Таким образом, начиная с сентября 2017 г. НСЗ Португалии начала работу по созданию ряда новых и обновлению старых профилей в основных социальных сетях.

ТРАДИЦИОННЫЕ СМИ

Ландшафт традиционных СМИ в Португалии прихотлив и разнообразен. Имеется несколько газет и журналов – в большинстве своем местных или региональных, с не крупными тиражами и небольшими читательскими аудиториями. Печатных СМИ общенационального уровня очень и очень немного. Благодаря прошедшей в 1980-х гг. реструктуризации радиосектора увеличилось число радиостанций. На сегодняшний день в Португалии работает более 300 радиостанций. Большинство из них – местные. Понемногу развиваются цифровые португальскоязычные проекты: онлайн-радио, подкасты, видеоблоги, онлайн-телевидение.

Вместе с тем в медиaproстранстве Португалии по сей день доминирует телевидение, которое остается наиболее популярным в стране средством массовой информации. В последнее время телевизионные программы стали гораздо разнообразнее – телезрителям предлагается значительно более широкий выбор. Выросло и число медиapлатформ с подпиской и специализированных каналов.

ТЕЛЕВИДЕНИЕ

Согласно результатам социального опроса 2016 г., посвященного новой динамике потребления аудиовизуальной

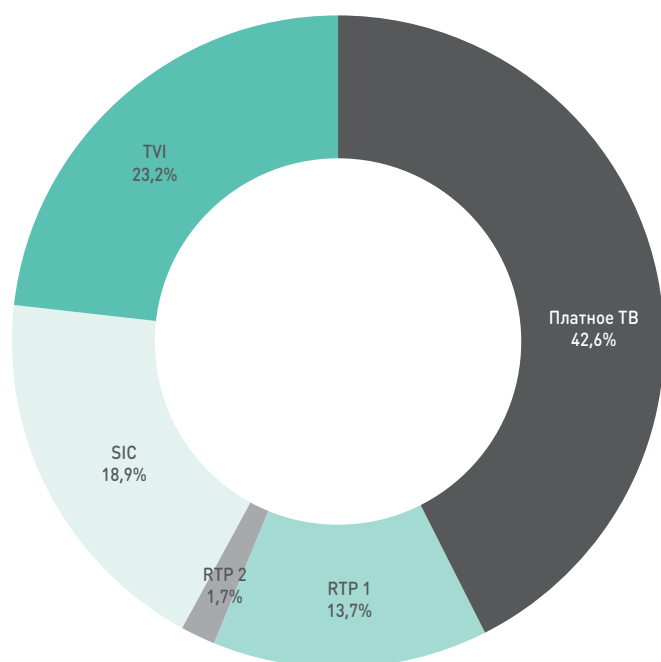
информации в Португалии [*As novas dinâmicas do consumo audiovisual em Portugal*], 99% респондентов регулярно смотрят телевизор, причем сколько-нибудь значимой зависимости от возраста или пола не прослеживается (19). Для сравнения: интернетом часто пользуются 60,5% респондентов; газеты и журналы регулярно читают 68,2%; привыкли слушать радио 73% (19).

В Португалии примерно 46% рекламного рынка приходится на телевизионную рекламу. По этому показателю телевидение опережает все остальные СМИ. Соответственно, в популяризации здорового образа жизни телевизионные каналы должны стать ключевыми партнерами. Однако в связи с очень высокой стоимостью телевизионного времени органы здравоохранения (и в целом большая часть государственных органов) не могут себе позволить использовать это СМИ в требуемом объеме (20).

Вышеупомянутая целевая рабочая группа обратилась ко всем крупным национальным телевизионным компаниям с напоминанием о той ответственности, которую они несут перед обществом, призвав их содействовать повышению грамотности португальцев в вопросах здоровья. Четыре крупные телевизионные корпорации: RTP, SIC, TVI и Porto Canal, – вняли призыву и обязались в течение трех лет ежегодно освещать три кампании по профилактике НИЗ, по три недели на каждую, при двух или более сюжетах/включениях в день.

Вышеупомянутые телекорпорации представляют 19 телевизионных каналов (4 общедоступных и 15 платных) – национальных, международных и местных. Четыре общедоступных канала (RTP 1, RTP2, SIC и TVI) входят в число наиболее популярных в Португалии: в 2017 г. на их долю пришлось 57,5% национальной телевизионной аудитории (рис. 1). Доступные по подписке 15 каналов имеют более лояльную аудиторию и более высокий потенциал охвата и влияния. Поэтому кампания предназначена как для общедоступных каналов, обладающих широкой аудиторией, так и для платных каналов, которые могут оказывать на зрителей более интенсивное воздействие. Это не первый случай заключения соглашений между сектором здравоохранения и СМИ, однако до сих пор ни одно из соглашений в сфере корпоративной социальной ответственности не охватывало столь продолжительный отрезок времени или столь крупную аудиторию (50% зрителей национального телевидения), а также не было направлено на повышение грамотности населения в вопросах здоровья (21).

**РИС. 1. РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ТЕЛЕВИЗИОННОЙ
АУДИТОРИИ ПО КАНАЛАМ (В СРЕДНЕМ ЗА 2017 г.)**



Источник: MediaMonitor/Gfk.

По крайне консервативной оценке, это соглашение было оценено более чем в 3,9 млн евро в год (прейскурантная цена), средняя численность аудитории одной кампании – 7,5 млн человек (21). Это позволило португальскому сектору здравоохранения крайне значительно расширить свою аудиторию и, соответственно, повысить потенциал в сфере изменения поведенческих моделей и оздоровления населения.

КИНОТЕАТРЫ

В 2018 г. кинотеатры Португалии посетило приблизительно 14,7 млн человек; это означает, что в среднем на каждого жителя страны пришлось 1,4 показа в год. Несмотря на то что с 2017 г. португальские кинотеатры потеряли 4% своих зрителей, киноиндустрия в Португалии по-прежнему остается одним из важнейших каналов коммуникации. В сфере кинопроката с большим отрывом доминирует одна компания – NOS Lusomundo Cinemas, владеющая в общей сложности 214 кинотеатрами, доля рынка которой составляет 60,3% (22). Кинотеатры NOS Lusomundo Cinemas посещает огромное количество людей всех возрастов – от детей до представителей старшего поколения. Проведя серию предварительных консультаций и придя к выводу о том, что заключить соглашения более чем с одним поставщиком было бы затруднительно, целевая рабочая группа приняла решение договориться о партнерстве напрямую с NOS Lusomundo Cinemas.

Данная попытка увенчалась успехом, и корпорация NOS Lusomundo Cinemas подписала соглашение о сотрудничестве на безвозмездной основе, взяв на себя обязательство освещать в год три кампании по популяризации здорового образа жизни и профилактике заболеваний, отводя на каждую из них не менее трех недель и включая минимум один сюжет перед каждым сеансом.

ОБЩЕСТВЕННЫЙ ТРАНСПОРТ

Общественный транспорт играет очень важную роль в жизни общества, удовлетворяя потребности миллионов граждан и являясь одной из основ социальной инфраструктуры. Ежедневно общественным транспортом пользуются миллионы человек (23). Согласно данным Национального статистического института Португалии, в 2017 г. объем перевозок общественного автодорожного транспорта составил 27,1 млрд место-километров, что соответствует 514,8 млн перевезенных пассажиров или 7,4 млрд пассажиро-километров. За тот же период времени число пассажиров, воспользовавшихся услугами железнодорожного транспорта, составило 141,9 млн, а три легкорельсовые транспортные системы (Lisbon, Porto и Sul do Tejo) за 2017 г. перевезли дополнительно 234,0 млн пассажиров: 161,5 млн, 60,6 млн и 11,9 млн соответственно (24).

В этом контексте очевидно, что предприятия общественного транспорта располагают высоким потенциалом и могут значительно увеличить численность аудитории оздоровительных кампаний. В ситуации, когда достижение даже небольших изменений в поведенческих моделях населения в вопросах здоровья представляет собой очень непростую задачу, Министерство здравоохранения Португалии обратилось с предложением о сотрудничестве к крупнейшим участникам железнодорожного, легкорельсового и автодорожного секторов рынка общественного пассажирского транспорта. После переговоров, продолжавшихся несколько месяцев, в июле 2018 г. было заключено соглашение между Министерством здравоохранения Португалии и девятью крупнейшими игроками португальского транспортного рынка (см. таблицу 2).

Согласившись образовать совместное предприятие с сектором здравоохранения, транспортные предприятия обязались разместить материалы трех кампаний по популяризации здорового образа жизни и профилактике заболеваний на своих вокзалах, станциях, остановках, в транспортных средствах, на оборудовании, веб-сайтах и в информационных материалах для внутреннего пользования. Благодаря этому соглашению численность аудитории информационно-просветительских кампаний

**ТАБЛИЦА 2. КОМПАНИИ ПОРТУГАЛЬСКОГО ТРАНСПОРТНОГО СЕКТОРА, ЗАКЛЮЧИВШИЕ СОГЛАШЕНИЕ
ОБ УЧАСТИИ В РАБОТЕ МНОГОКАНАЛЬНОЙ ПЛАТФОРМЫ НАЦИОНАЛЬНОЙ СЛУЖБЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ПОРТУГАЛИИ**

Наименование	Тип компании	Поездов в день	Пассажиров в день
Companhia Carris de Ferro de Lisboa [Лиссабонская железнодорожная компания]	S.A.	600 автобусов и 48 трамваев, 9800 поездов	500 000
Travessia do Tejo, Transportes [Перевозки через Тежу]	S.A.	18 поездов, 148 поездов	70 000
Metropolitano de Lisboa [Лиссабонский метрополитен]	E.P.E.	330 вагонов	500 000
Metro do Porto [Метро Порту]	S.A.	102 вагона	220 000
Rodoviária de Lisboa [Лиссабонский автобусный парк]	S.A.	350 автобусов, 3958 поездов	115 000
Sociedade de Transportes Colectivos do Porto [Компания общественного транспорта Порту]	S.A.	419 транспортных средств, 5400 поездов	245 000
Transportes Tejo [Транспортная компания Тежу]	S.A.	14 паромов, 384 поездки	58 066

Сокращения: S.A. = *sociedade anónima* [публичная компания с ограниченной ответственностью]; E.P.E. = *Entidade pública empresarial* [государственное предприятие].

португальской НСЗ в городской среде (два крупнейших города страны – Лиссабон и Порту – с пригородами) достигла 1 млн пассажиров в день.

КАМПАНИИ

В 2018 г. Министерство здравоохранения Португалии совместно с португальской НСЗ запустило три кампании по популяризации здорового образа жизни и профилактике заболеваний. В каждой из кампаний был задействован разный состав медиартнеров. Это позволило провести сравнительный анализ охвата аудитории каждого из составов. Первая кампания, «Скрытый сахар» [*O açúcar escondido*], была запущена в январе 2018 г. с участием исключительно телевизионных партнеров. Ее задачей было повышение осведомленности людей о содержании сахара в их повседневной пище. Вскоре после этой первой кампании была запущена вторая национальная кампания «Откажись от курения. Выбери любовь» [*Deixe de fumar. Opte por amar mais*], в которой участвовали телекомпании и кинотеатры – к этому моменту было заключено соглашение с NOS Lusomundo Cinemas. Ролики третьей кампании демонстрировались только в кинотеатрах совместно с Португальской ассоциацией минеральной, природной и родниковой воды [*Associação Portuguesa dos Industriais de Águas Minerais, Naturais e de Nascente*] и была направлена на популяризацию потребления воды среди молодежи.

Согласно данным системы аудита Португальского национального телевидения, сюжеты кампании «Скрытый сахар» посмотрели 7 786 000 телезрителей в возрасте от четырех лет, или 80,4% всего населения Португалии. Вероятно, эта оценка занижена, поскольку из 19 каналов, участвовавших в кампании, в аудит было включено лишь 12. В общей сложности по национальным и платным телеканалам соответствующие ролики транслировались более 800 раз. Согласно оценкам, подготовленным на основании полученных данных, каждый зритель посмотрел ролики этой кампании в среднем 6,6 раза, что уже значительно больше минимума в пять моментов взаимодействия, необходимого для инициирования изменений в поведенческих моделях (14). При этом данная оценка не учитывает моменты взаимодействия, обеспеченные другими каналами коммуникации, – социальными сетями, прессой и т. д.

Анализ национального телевидения также свидетельствует о том, что 73,1% португальцев в возрасте от четырех лет посмотрели ролики кампании «Откажись от курения. Выбери любовь» по телевизору в среднем по 5,2 раза, что незначительно превосходит минимальное количество моментов взаимодействия. Однако это значение было несколько увеличено за счет успешного охвата аудитории кинотеатров: материалы кампании показывались перед 34,5 тыс. киносеансов, на которые было продано в общей сложности 713 тыс. билетов. В результате аудитория этой кампании, посвященной борьбе с табакокурением,

оказалась самой большой за всю историю португальских информационно-просветительских кампаний в области здравоохранения и была признана второй по силе воздействия португальской телевизионной кампанией 2018 г. (25), обогнав в рейтинге щедро профинансированные кампании, запущенные частными транснациональными брендами. Это достижение португальской НСЗ можно квалифицировать как историческое. Кроме того, благодаря соглашению с кинопрокатчиком также удалось провести третью кампанию по популяризации потребления воды среди молодежи. Ролики этой кампании демонстрировались на 13,5 тыс. киносеансов, на которые было продано 370 тыс. билетов.

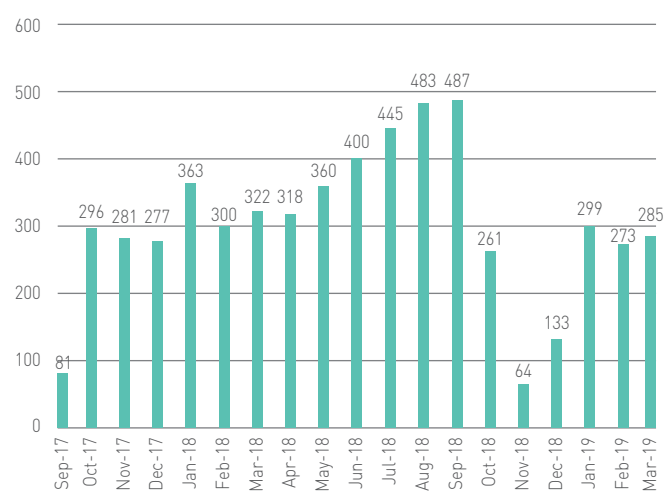
Соглашение между португальским правительством и предприятиями общественного транспорта было заключено только во втором полугодии 2018 г. Ввиду этого обстоятельства, а также, возможно, в связи с политическими изменениями, о которых будет сказано ниже, на данный момент национальные органы здравоохранения, насколько нам известно, не выпустили каких-либо данных относительно результативности и охвата кампании, проведенной с участием сектора общественного транспорта. Однако несколько предприятий сектора начали принимать меры по содействию обеим кампаниям, и вектор, заданный заключенными соглашениями и направленный на создание многоканальной платформы коммуникации, стимулировал многие организации к участию в распространении материалов кампаний, в том числе и те из них, которые не подписывали вышеупомянутые соглашения (например, «Железные дороги Португалии» [*Comboios de Portugal*]).

Профили португальской НСЗ в социальных сетях, созданные в 2017 г. в рамках стратегии многоканальной коммуникации, показали в 2018 г. значительное повышение своей эффективности. Так, число материалов, публикуемых на странице Facebook сотрудниками НСЗ, демонстрировало непрерывный рост (см. рис. 2). Это было результатом политической воли и вложения значительных ресурсов (главным образом времени) со стороны коллектива опытных и верных своему делу специалистов, поставивших цель повысить грамотность населения в вопросах здоровья за счет создания контента, посвященного популяризации здорового образа жизни и профилактики заболеваний. Аналогично числу публикаций в Facebook (хотя и демонстрируя больший разброс) количество просмотров этих публикаций также постепенно увеличивалось с момента создания профиля в сентябре 2017 г. (рис. 3). Так, летом 2018 г. (в основном в августе) имел место очень заметный рост просмотров, возможно за счет материалов

кампаний, подготовленных специально для лета (например, посвященных раку кожи), и/или длительной работы, проведенной в предыдущем году.

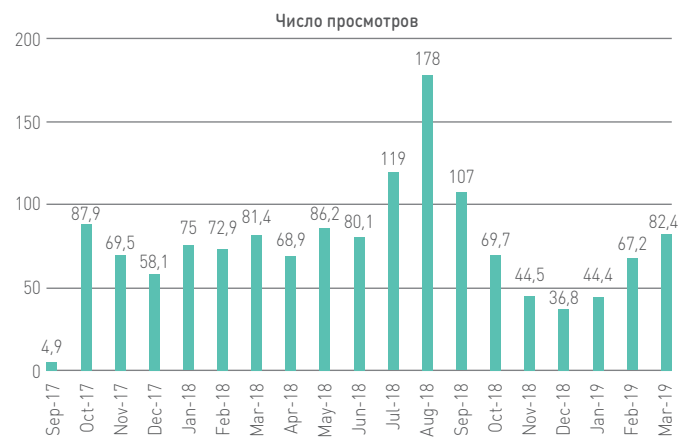
Однако смена руководства Министерства здравоохранения в октябре 2018 г. повлекла за собой и смену политических приоритетов. Кроме того, новому руководству Министерства здравоохранения потребовался адаптационный период, на время которого большинство проектов

РИС. 2. ЧИСЛО ПУБЛИКАЦИЙ ПОРТУГАЛЬСКОЙ НСЗ ПО СТАТИСТИКЕ FACEBOOK (С СЕНТЯБРЯ 2017 г. ПО МАРТ 2019 г.)



Источник: Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS).

РИС. 3. ЧИСЛО ПРОСМОТРОВ ПУБЛИКАЦИЙ ПОРТУГАЛЬСКОЙ НСЗ ПО СТАТИСТИКЕ FACEBOOK (С СЕНТЯБРЯ 2017 г. ПО МАРТ 2019 г.)



Источник: Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS).

были приостановлены. В этих условиях число публикаций заметно снизилось, и новых медиакмпаний в последующие шесть месяцев не предпринималось (что противоречило соглашению с представителями медиаиндустрии). Важно отметить, что со стороны нового руководства Министерства здравоохранения не поступало возражений против инновационных коммуникационных кампаний. Однако, возможно, имела место приверженность более традиционным решениям в сфере популяризации здорового образа жизни.

Несмотря на то что никто из других участников проекта многоканальной платформы публично не высказался о бездействии Министерства здравоохранения в плане подготовки материалов информационно-просветительских кампаний, факт заключается в том, что за шесть месяцев отсутствия новых кампаний по популяризации здорового образа жизни привычная реклама нездоровых продуктов, финансируемая пищевой промышленностью, вновь практически целиком захватила временные ресурсы медиaplatform. Впрочем, объективные данные, подтверждающие или опровергающие это, отсутствуют.

Приблизительно через шесть месяцев после смены политических приоритетов как число ежемесячных публикаций, так и число переходов по ссылкам на странице португальской НСЗ в Facebook было по-прежнему ниже уровня, достигнутого через месяц после создания профиля (рис. 2 и 3), и импульс был потерян. Согласно данным SPMS, в Twitter наблюдалась похожая динамика.

Рисунок 4 демонстрирует потенциальный эффект от внедрения многоканального подхода. Кампания по борьбе

РИС. 4. ЧИСЛО ПРОСМОТРОВ ОПУБЛИКОВАННЫХ В YOUTUBE МАТЕРИАЛОВ ПОРТУГАЛЬСКОЙ НСЗ (С ЯНВАРЯ 2016 г. ПО МАРТ 2019 г.)



Источник: Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS).

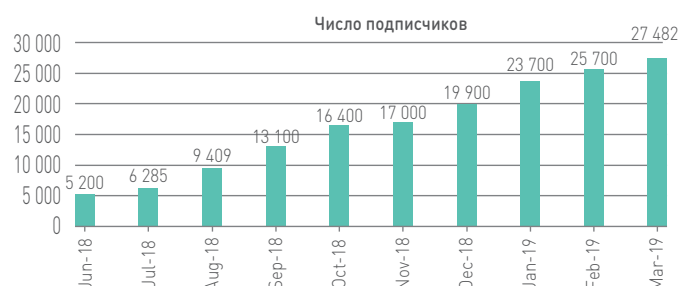
с табакокурением была запущена в мае сразу на всех медиaplatformах и предусматривала показ 20-секундных роликов, в которых зрителям предлагалось посмотреть на YouTube полную версию длиной 15 минут. Значительное увеличение числа просмотров на YouTube может служить показателем действенности такого метода побуждения людей к изменению поведения, а потому может подтверждать целесообразность его использования при разработке будущих стратегий. К сожалению, вскоре после получения этих результатов достигнутый темп изменений был утрачен по вышеуказанным причинам.

Любопытно, что, согласно данным SPMS, число Instagram-подписчиков португальской НСЗ продолжает расти (рис. 5) несмотря на политические изменения, хотя и менее быстрыми темпами, чем вначале. Такой рост подписчиков при отсутствии роста среднего числа публикаций может объясняться тем фактом, что алгоритмы Instagram отдают предпочтение страницам с большим числом подписчиков.

ВЫВОДЫ

Успешные кампании, посвященные повышению осведомленности людей и изменению их поведенческих моделей в сфере здорового питания и физической активности, как правило, строятся на простых посылах, повторяющихся максимально возможное число раз, что позволяет максимизировать контакты целевой аудитории с этим контентом. Многокомпонентные и, соответственно, многоканальные кампании имеют больше шансов на успех. Особенно в случаях, когда они сопровождаются твердой

РИС. 5. ЧИСЛО ПОДПИСЧИКОВ ПРОФИЛЯ НАЦИОНАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПОРТУГАЛИИ В INSTAGRAM (С ИЮНЯ 2018 г. ПО МАРТ 2019 г.)



Источник: Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS).

политической волей и инициативами, осуществляемыми в местных сообществах (26).

Объединение усилий с частным коммуникационным сектором значительно повысило эффективность оздоровительных кампаний в Португалии. Тот факт, что одна из первых кампаний, материалы которой транслировались по телевизору в соответствии с добровольным соглашением, была признана второй по силе воздействия национальной телевизионной кампанией 2018 г. (21), может служить весьма наглядным подтверждением верности этой концепции.

Результаты действий португальского Министерства здравоохранения доказывают, что, несмотря на возможное отсутствие у государственного сектора достаточного количества средств для финансирования информационно-просветительских программ, инновационные стратегии могут стать искомым решением и обеспечить успех.

Однако следует отметить недостаточное количество исследований, посвященных анализу эффективности медийных кампаний по профилактике и борьбе с хроническими НИЗ: для корректной оценки их влияния на здоровье нации необходимо собрать большее количество фактических данных, относящихся к разным условиям и обстоятельствам и разным этапам жизни людей. Требуются также исследования, направленные на определение устойчивости изменений, обеспеченных в результате проведения таких кампаний. Ограниченные знания и недостаток доступной информации существенно затрудняют сравнительный анализ и оценку экономической эффективности (26).

Несмотря на то что для объективного анализа влияния кампаний по популяризации здорового образа жизни на изменение поведенческих моделей необходима более солидная фактологическая база, опыт Португалии подтверждает высокий потенциал совместной работы с медиапартнерами. Используя те же каналы, к которым обращаются транснациональные компании пищевого и табачного секторов, правительства могут добиться коммуникационного воздействия, необходимого для того, чтобы успешно противостоять сегодняшним тенденциям к нездоровому образу жизни, распространенным среди населения разных стран (21).

Для применения представленных здесь данных в практической работе очень важно критически проанализировать их и принять основанное на фактических данных решение. Реализация этой многоканальной стратегии привела

к очень важным результатам, беспрецедентным как для государственного сектора, так и для страны в целом, – как в плане масштабности просветительской кампании, так и в плане размера охваченной аудитории. Настоящее исследование демонстрирует, что недостаток средств для финансирования не оправдывает отсутствие у сектора здравоохранения творческого подхода к популяризации здорового образа жизни и профилактике заболеваний, а в конечном итоге – к повышению грамотности в вопросах здоровья. Как говорится, было бы желание, а способ найдется. Иными словами, ключом к преодолению хорошо известных препятствий является сильная политическая воля.

И наконец, практический опыт свидетельствует о том, что отдельные, не связанные друг с другом инициативы имеют гораздо меньше шансов привести к позитивным результатам в сфере профилактики НИЗ, нежели комплексные скоординированные стратегии. Описанные в настоящей работе кампании продемонстрировали весьма интересные результаты в таком аспекте, как охват целевой аудитории, однако только их дальнейшая тщательная совместная разработка, предусматривающая применение более широкого инструментария популяризации здорового образа жизни, может консолидировать и максимизировать их реальный вклад в изменение поведенческих моделей граждан (13, 27).

Выражение признательности: авторы благодарны отделу коммуникации SPMS за предоставление необходимых данных для настоящего исследования. Авторы признательны Isabel Pereira Santos, Pedro Sá Moreira и Luís Silvestre за их целеустремленные усилия по продвижению стратегии многоканальной коммуникации. Инфраструктурная база для подготовки исследования предоставлена Имперским центром биомедицинских исследований Национального института исследований в области здравоохранения.

Источники финансирования: отсутствуют. Francisco Goiana-da-Silva является получателем докторской стипендии Имперского колледжа Лондона.

Конфликт интересов: Fernando Araújo с 2015 по 2018 г. занимал пост государственного секретаря Португалии по здравоохранению. Francisco Goiana-da-Silva, David Cruz-e-Silva и Marlene Carriço являлись заместителями государственного секретаря Португалии по здравоохранению Fernando Araújo.

Ограничение ответственности: авторы несут самостоятельную ответственность за мнения, выраженные

в данной публикации, которые необязательно отражают решения или официальную политику Всемирной организации здравоохранения.

БИБЛИОГРАФИЯ¹

- Levin-Zamir D, Bertschi I. Media health literacy, eHealth literacy, and the role of the social environment in context. *Int J Environ Res Public Health* 2018;15:1643. doi:10.3390/ijerph15081643.
- Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health* 2012;12:80. doi:10.1186/1471-2458-12-80.
- Kickbusch IS. Health literacy: addressing the health and education divide. *Health Promot Int* 2001;16:289–97. doi:10.1093/heapro/16.3.289.
- Levin-Zamir D, Lemish D, Gofin R. Media Health Literacy (MHL): development and measurement of the concept among adolescents. *Health Educ Res* 2011;26:323–35. doi:10.1093/her/cyr007.
- Norman CD, Skinner HA. eHealth Literacy: essential skills for consumer health in a networked world. *J Med Internet Res* 2006;8:e9. doi:10.2196/jmir.8.2.e9.
- Livingstone S. Developing social media literacy: how children learn to interpret risky opportunities on social network sites. *Communications* 2014;39:283–303. doi:10.1515/commun-2014-0113.
- Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promot Int* 2000;15:259–67. doi:10.1093/heapro/15.3.259.
- McGinnis JM, Berwick DM, Daschle TA, Diaz A, Fineberg HV, First WH et al. Systems strategies for better health throughout the life course. In: Dzau VJ, McClellan MB, McGinnis JM, Finkelman EM, editors. *Vital directions for health and health care*. Washington (DC): National Academy of Medicine; 2017:43–69. doi:10.1001/jama.2017.1964.
- Norman CD, Skinner HA. eHEALS: The eHealth literacy scale. *J Med Internet Res* 2006;8:e27. doi:10.2196/jmir.8.4.e27.
- Retrato da saúde em Portugal*. Lisbon: Ministério da Saúde; 2018 (http://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAUDE_2018_compressed.pdf).
- Cecchini M, Sassi F, Lauer JA, Lee YY, Guajardo-Barron V, Chisholm D. Tackling of unhealthy diets, physical inactivity, and obesity: health effects and cost-effectiveness. *Lancet* 2010;376:1775–84. doi:10.1016/S0140-6736(10)61514-0.
- Goiana-da-Silva F, Nunes AM, Miraldo M, Bento A, Breda J, Araújo FF. *Fiscalidade ao serviço da saúde pública: a experiência na tributação das bebidas açucaradas em Portugal*. *Acta Med Port* 2018;31:191–5. doi:10.20344/amp.10222.
- Goiana-da-Silva F, Cruz-e-Silva D, Gregório MJ, Nunes A, Miraldo M, Darzi A et al. Bringing government sectors together to address noncommunicable diseases: Portugal's interministerial healthy eating strategy. *Public Health Panor* 2018;4:426–34 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/324937>).
- Graça P, Gregório MJ, Sousa S, Brás S, Penedo T, Carvalho T et al. A new interministerial strategy for the promotion of healthy eating in Portugal: implementation and initial results. *Health Res Policy Syst*. 2018;16:102–18. doi:10.1186/s12961-018-0380-3.
- Public Health England: social marketing strategy 2017 to 2020. London: Public Health England; 2017 (http://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/646715/public_health_england_marketing_strategy_2017_to_2020.pdf).
- Lusch R, Vargo S, editors. *The service-dominant logic of marketing: premises, perspectives, possibilities*. Cambridge: Cambridge University Press; 2014. doi: 10.1017/CBO9781139043120.
- O'Mara, B. Social media, digital video and health promotion in a culturally and linguistically diverse Australia. *Health Promot Int* 2013;28:466–76. doi:10.1093/heapro/das014.
- Roberts M, Callahan L, O'Leary, C. Social media: a path to health literacy. *Inf Serv Use* 2017;37:177–87. doi:10.3233/ISU-170836.
- As novas dinâmicas do consumo audiovisual em Portugal*. Lisbon: Entidade Reguladora para a Comunicação Social; 2016 (http://www.erc.pt/documentos/Estudos/ConsumoAVemPT/ERC2016_AsNovasDinamicasConsumoAudioVisuais_web/assets/downloads/ERC2016_AsNovasDinamicasConsumoAudioVisuais.pdf).
- Correia F, Martins C. Portugal: media landscape. Maastricht: European Journalism Centre; 2018 (<http://medialandscapes.org/country/pdf/portugal>).
- Goiana-da-Silva F, Cruz-e-Silva D, Carriço M, Teixeira N, Darzi A, Araújo F. Changing the channel: television health campaigns in Portugal. *Lancet Public Health* 2019;4:e179. doi:10.1016/S2468-2667(19)30039-8.
- Newsletter (Janeiro // January 2019). Lisbon: Instituto do Cinema e do Audiovisual; 2019 (http://www.ica-ip.pt/fotos/newsletter/news_1_2019v3_165475c362da6722cd.pdf).
- Flint S, McKenna J. Public transport and the promotion of unhealthy food and drink. *Lancet* 2018;3:312. doi.org/10.1016/S2468-2667(18)30113-0.

¹ Все ссылки приводятся по состоянию на 28 августа 2019 г.

24. *Estatísticas dos transportes e comunicações*, 2017. Lisbon: Instituto Nacional de Estatística; 2018 (http://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=347589059&att_display=n&att_download=y).
25. Marques RO. *10 Campanhas que marcaram o ano. Meios & Publicidade*; 2018 (<http://www.meiosepublicidade.pt/2018/12/10-campanhas-marcaram-ano-2>).
26. Interventions on diet and physical activity: what works. Summary report. Geneva: WHO; 2009 (<http://www.who.int/dietphysicalactivity/summary-report-09.pdf?ua=1>).
27. Goiana-da-Silva F, Cruz-e-Silva D, Allen L, Gregório MJ, Severo M, Jorge Nogueira P et al. Modelling impacts of food industry co-regulation on noncommunicable disease mortality, Portugal. *Bull World Health Organ* 2019;97:450–9. doi:10.2471/BLT.18.220566. ■

INFORMATION FOR AUTHORS

There are no page charges for submissions.
Please check www.euro.who.int/en/panorama for details.

Manuscripts should be submitted to eupanorama@who.int

EDITORIAL PROCESS

All manuscripts are initially screened by an editorial panel for scope, relevance and scientific quality. Suitable manuscripts are sent for peer review anonymously. Recommendations of at least two reviewers are considered by the editorial panel for making a decision on a manuscript. Accepted manuscripts are edited for language, style, length, etc. before publication. Authors must seek permission from the copyright holders for use of copyright material in their manuscripts.

ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ АВТОРОВ

Постраничный тариф к присланным документам не применяется.
Подробную информацию можно найти на веб-сайте:
www.euro.who.int/ru/panorama.

Рукописи просьба присылать по адресу: eupanorama@who.int

ПРОЦЕСС РЕДАКТИРОВАНИЯ

Все рукописи сначала изучает редакционная коллегия с целью оценки объема, актуальности и научного качества. Выбранные рукописи отправляются экспертам для рецензирования без указания авторов. Затем редакционная коллегия рассматривает рекомендации как минимум двух рецензентов, чтобы принять решение о публикации рукописи. Перед публикацией принятые рукописи проходят литературное редактирование с точки зрения языка и стиля изложения, длины текста и т. п. Авторы должны получить разрешение у владельцев авторского права на использование авторских материалов в своих рукописях.

THE WHO REGIONAL OFFICE FOR EUROPE

The World Health Organization (WHO) is a specialized agency of the United Nations created in 1948 with the primary responsibility for international health matters and public health. The WHO Regional Office for Europe is one of six regional offices throughout the world, each with its own programme geared to the particular health conditions of the countries it serves.

MEMBER STATES

Albania	Lithuania
Andorra	Luxembourg
Armenia	Malta
Austria	Monaco
Azerbaijan	Montenegro
Belarus	Netherlands
Belgium	North Macedonia
Bosnia and Herzegovina	Norway
Bulgaria	Poland
Croatia	Portugal
Cyprus	Republic of Moldova
Czechia	Romania
Denmark	Russian Federation
Estonia	San Marino
Finland	Serbia
France	Slovakia
Georgia	Slovenia
Germany	Spain
Greece	Sweden
Hungary	Switzerland
Iceland	Tajikistan
Ireland	Turkey
Israel	Turkmenistan
Italy	Ukraine
Kazakhstan	United Kingdom
Kyrgyzstan	Uzbekistan
Latvia	

World Health Organization Regional Office for Europe

UN City, Marmorvej 51,
DK-2100, Copenhagen Ø, Denmark
Tel.: +45 45 33 70 00; Fax: +45 45 33 70 01
Email: eurocontact@who.int
Web site: www.euro.who.int

ЕВРОПЕЙСКОЕ РЕГИОНАЛЬНОЕ БЮРО ВОЗ

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) – специализированное учреждение Организации Объединенных Наций, созданное в 1948 г., основная функция которого состоит в решении международных проблем здравоохранения и охраны здоровья населения. Европейское региональное бюро ВОЗ является одним из шести региональных бюро в различных частях земного шара, каждое из которых имеет свою собственную программу деятельности, направленную на решение конкретных проблем здравоохранения обслуживаемых ими стран.

ГОСУДАРСТВА-ЧЛЕНЫ

Австрия	Нидерланды
Азербайджан	Норвегия
Албания	Польша
Андорра	Португалия
Армения	Республика Молдова
Беларусь	Российская Федерация
Бельгия	Румыния
Болгария	Сан-Марино
Босния и Герцеговина	Северная Македония
Венгрия	Сербия
Германия	Словакия
Греция	Словения
Грузия	Соединенное Королевство
Дания	Таджикистан
Израиль	Туркменистан
Ирландия	Турция
Исландия	Узбекистан
Испания	Украина
Италия	Финляндия
Казахстан	Франция
Кипр	Хорватия
Кыргызстан	Черногория
Латвия	Чехия
Литва	Швейцария
Люксембург	Швеция
Мальта	Эстония
Монако	

Всемирная организация здравоохранения Европейское региональное бюро

UN City, Marmorvej 51
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark
Тел.: +45 45 33 70 00; факс: +45 45 33 70 01
Эл. адрес: eurocontact@who.int
Веб-сайт: www.euro.who.int