

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
факультет фармацевтичних технологій та менеджменту
кафедра соціальної фармації**

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

**на тему: «ДОСЛІДЖЕННЯ СУЧАСНИХ ПІДХОДІВ ДО ПІДВИЩЕННЯ
МЕДИЧНОЇ ГРАМОТНОСТІ СПОЖИВАЧІВ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ
ПРОДУКЦІЇ»**

Виконала: здобувачка вищої освіти групи Фм20(3,10д)мед-01
спеціальності: 226 Фармація, промислова фармація
освітньої програми Фармація

Карина МИРОШНИЧЕНКО

Керівник: асистент кафедри соціальної фармації,
к.ю.н. Лілія ПИЛЮГА

Рецензент: доцент закладу вищої освіти кафедри
фармацевтичного менеджменту та маркетингу, к.фарм.н.,
доцент Ірина БОНДАРЄВА

Харків – 2024 рік

АНОТАЦІЯ

Кваліфікаційна робота присвячена дослідженню медичної грамотності споживачів фармацевтичної продукції.

Основними науковими результатами кваліфікаційної роботи є обґрунтування практичних рекомендацій до окремих видів діяльності провізорів (фармацевтів) у контексті їх обов'язків щодо підвищення медичної (санітарної) грамотності споживачів фармацевтичної продукції.

Практичне значення одержаних результатів полягає у визначенні фактичної оцінка стану медичної грамотності пацієнтів аптечного закладу.

Ключові слова: медична (санітарна) грамотність, аптечні заклади, фармацевтичні працівники, фармацевтична продукція

ANNOTATION

The qualification work is devoted to the study of medical literacy of consumers of pharmaceutical products.

The main scientific results of the qualification work are the substantiation of practical recommendations for certain types of activities of pharmacists (pharmacists) in the context of their duties to improve the medical (sanitary) literacy of consumers of pharmaceutical products.

The practical significance of the obtained results lies in determining the actual assessment of the state of medical literacy of patients of a pharmacy.

Key words: medical (sanitary) literacy, pharmacies, pharmaceutical workers, pharmaceutical products

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ	4
ВСТУП	5
РОЗДІЛ 1 Медична грамотність населення у питаннях охорони здоров'я як один з ключових елементів міжнародної стратегії в охороні здоров'я	8
1.1. Загальне обґрунтування поняття «медична (санітарна) грамотність»	8
1.2. Дефініція поняття терміну «медична грамотність» (Health literacy)	12
ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ I	20
РОЗДІЛ 2 Поглиблення медичної компетентності населення як умови забезпечення їх готовності до загроз зовнішнього середовища	23
2.1. Грамотність з питань здоров'я і досягнення Цілей сталого розвитку в Україні	23
2.2. Збереження здоров'я під час воєнного стану в країні	27
ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ II	31
РОЗДІЛ 3 Комплексна оцінка медичної грамотності споживачів фармацевтичної продукції	33
3.1. Аналіз основних складових здорового способу життя як основи медичної грамотності населення	33
3.2. Ментальне здоров'я як складова медичної грамотності споживачів лікарських засобів	39
ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ III	46
ВИСНОВКИ	49
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	55
ДОДАТКИ	63

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

АЗ – аптечний заклад

АП– аптечний працівник

ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я

ВМП – вироби медичного призначення

ЄС – Європейський Союз

ЗСЖ – здоровий спосіб життя

ЛЗ – лікарський засіб

МД – медична грамотність

МОЗ України – Міністерство охорони здоров'я України

МФФ - Міжнародна фармацевтична федерація

НАП – Належна Аптечна Практика

ВСТУП

Актуальність теми. Щодня люди стикаються з ситуаціями, які передбачають рішення про своє здоров'я. Ці рішення приймаються в кабінетах лікарів, клініках та аптечних закладах.

Отримання, спілкування, обробка та розуміння медичної інформації є важливими кроками для будь якої особи у прийнятті відповідного рішення щодо свого здоров'я, однак обмежена медична грамотність населення призводить до того що люди не можуть знайти та скористатися необхідною медичною інформацією, яка їм потрібна.

Майже 9 з 10 дорослих мають труднощі з використанням щоденної медичної інформації, яка зазвичай доступна в наших медичних закладах, в тому числі аптечних, торгових точках, ЗМІ та громадах.

Без чіткої інформації та розуміння її важливості щодо власної медичної грамотності люди пропускають необхідні медичні тести, частіше потрапляють у відділення невідкладної допомоги та важче сприймають необхідність самостійного керування прийомами лікарських засобів навіть при хронічних захворюваннях.

Необхідність комплексного вивчення всіх аспектів медичної грамотності населення пов'язана також з тим, що паралельно з появою безлічі інформаційних потоків виникла гостра потреба населення у оволодінні навичками не тільки пошуку інформації, але й оцінки та визначення її достовірності та адекватності. Пандемія COVID-19 – це перша ситуація в історії, за якої інформаційні технології та соціальні мережі використовувалися у світовому масштабі для забезпечення безпеки та інформування населення.

Сьогодні медична грамотність населення і, особливо споживачів фармацевтичної продукції, визнані світовим співтовариством стратегічними елементами громадського охорони здоров'я.

Резюмуючи вищесказане, вважаємо, що дослідження сучасних підходів до підвищення медичної грамотності споживачів фармацевтичної продукції в

умовах сьогодення набуває значної актуальності, що й обумовило тему роботи, її мету та завдання.

Метою дослідження стали теоретичні та практичні аспекти підвищення медичної грамотності споживачів фармацевтичної продукції.

Відповідно до мети визначено **основні завдання дослідження**:

- провести аналіз наукових джерел, спеціалізованої літератури з питань медична грамотність населення як одного з ключових елементів міжнародної стратегії в охороні здоров'я;
- деталізувати поняття «медична (санітарна) грамотність», включаючи дефініцію цього поняття;
- конкретизувати поглиблення медичної компетентності населення як умови забезпечення їх готовності до загроз зовнішнього середовища, для чого:
 - провести аналіз окремих аспектів медичної грамотності населення з питань здоров'я у співставленні з досягнення Цілей сталого розвитку в Україні;
 - проаналізувати збереження здоров'я населення під час воєнного стану в країні;
- провести комплексну оцінку медичної грамотності споживачів фармацевтичної продукції, для чого:
 - проаналізувати основні складові здорового способу життя як основи медичної грамотності населення;
 - визначити ментальне здоров'я як складової медичної грамотності споживачів лікарських засобів.

Об'єктом дослідження виступили споживачі фармацевтичної продукції.

Предмет дослідження склали теоретичні та практичні аспекти медичної грамотності споживачів фармацевтичної продукції.

Теоретико-методологічною основою дослідження виступили наукові праці вітчизняних вчених фармацевтичного та медичного секторів охорони здоров'я, практиків аптечних закладів як на рівні менеджерів так й фармацевтичних працівників безпосередньо; вітчизняна та міжнародна інформаційна база директивних документів МОЗ України, ВООЗ та інших інституцій охорони здоров'я.

Емпіричну базу дослідження склали дані, які було отримано за допомогою анкетування населення, опитування споживачів фармацевтичної продукції тощо.

Методами дослідження стали контент-аналіз, системно-аналітичний, метод узагальнення, маркетингові методи.

Практичне значення одержаних результатів: Результати дослідження можуть бути використані під час лекцій, практичних занять із освітніх компонент кафедри соціальної фармації та у практичній діяльності аптечних працівників у якості «тренерів» здоров'я.

Апробація результатів магістерської роботи. Основні теоретичні та науково-методичні положення роботи представлено на IX Міжнародній науково-практичній дистанційній конференції «**СОЦІАЛЬНА ФАРМАЦІЯ: СТАН, ПРОБЛЕМИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ**», 25 квітня 2024 р.

Структура та обсяг кваліфікаційної роботи. Кваліфікаційної робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків до кожного розділу, загального висновку, списку використаних джерел, що налічує 58 найменування (з них 20 іноземними мовами) та додатків. Загальний обсяг роботи становить 54 сторінки. Робота містить 11 рисунків та 5 таблиць.

РОЗДІЛ 1

МЕДИЧНА ГРАМОТНІСТЬ НАСЕЛЕННЯ У ПИТАННЯХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЯК ОДИН З КЛЮЧОВИХ ЕЛЕМЕНТІВ МІЖНАРОДНОЇ СТРАТЕГІЇ В ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1 . Загальне обґрунтування поняття «медична (санітарна) грамотність»

Грамотність в питаннях здоров'я (санітарна грамотність) – ключовий аспект реалізації здоров'язберігаючого потенціалу сучасного суспільства. Згідно з документами ВООЗ, медична (санітарна) грамотність визначена як «індивідуальна здатність людини отримувати, розуміти, оцінювати і застосовувати медичну інформацію у благо власного і громадського здоров'я». Це специфічна навичка, що здобувається в процесі навчання, який безпосередньо впливає на самопочуття і має ключове значення для збереження здоров'я особистості.

Медична грамотність - це термін, що вперше був введений у 1970-і роки і мав безпосереднє відношення до практики медичних сестер та їх ролі для громадської охорони здоров'я в цілому. На той період МГ була пов'язана зі здатністю людей задовольняти складні потреби здоров'я в тимчасовому суспільстві і означала включення власного здоров'я, здоров'я своєї сім'ї та суспільства до індивідуального контексту здоров'я, розуміння того, які фактори впливають на нього, та знання того, як ними керувати.

Було акцентовано увагу на те, що людина з високим рівнем МГ має можливість взяти на себе відповідальність за власне здоров'я, а також за здоров'я своєї сім'ї та суспільства. А, безпосередньо, заходи, спрямовані на підвищення МГ населення, повинні були враховувати складну мережу взаємопов'язаних детермінантів, які у результаті і формують можливості людини приймати оптимальні рішення щодо власного здоров'я та оптимально використовувати ресурси охорони здоров'я. В інтегрованій моделі МГ розгляда-

ється як актив для розширення прав та можливостей людей у галузі охорони здоров'я, профілактики захворювань та зміцнення здоров'я [55].

Подовження актуалізації поняття «медична (санітарна) грамотність» відносять до 1974 рік, коли Скотт Сімондс (професор медичної освіти університету м. Мічиган) у своїй статті «Медична освіта як соціальна політика» («Health education as social policy») чітко деталізував як медична освіта впливає в цілому на охорону здоров'я, освіту та ЗМІ тощо [1, 31, 54, 55].

На тепер міжнародні експерти відзначають, що санітарна грамотність «передбачає свідомо сформульовані запити для придбання знань, включаючи ту чи іншу форму взаємодії, спрямовану на поліпшення інформованості з питань здоров'я та його охорони, включаючи поліпшення знань і розробку життєвих умінь і навичок, що сприяють забезпеченню здоров'я як окремих людей, так і суспільства в цілому», підкреслюючи при цьому, що грамотність в питаннях здоров'я - це специфічний навик людини, який не є вродженою, але купується у процесі навчання.

У зарубіжній літературі для опису медичної грамотності використовуються термін Health literacy, який в українськомовному перекладі різними авторами позначається як грамотність у питаннях здоров'я, медико-санітарна грамотність, санітарна грамотність.

Очевидно, що дефініція «медична (санітарна) грамотність» включає різні аспекти медичної освіти, консолідовані з поняттям «самодопомога» (selfcare), під яким розуміють самостійну діяльність людини для підтримки свого здоров'я і запобігання хворобам. Експертне співтовариство вважає, що selfcare базується на семи доменах, рис. 1.1.

Маємо зауважити, що фармацевтична грамотність актуальна не тільки по відношенню до безрецептурних ЛЗ, але й при застосуванні ЛЗ рецептурного відпуску для попередження фармацевтичних ризиків, включаючи мінімізацію міжлікарських взаємодій при одночасному застосуванні ЛЗ і підтримці пацієнтського комплаєнсу в процесі отримання призначеної фармакотерапії [34].



Рис. 1.1 Самопомога (selfcare) як основа медичної грамотності населення

Всесвітня Організація Охорони Здоров'я ще у 1998 р. у Health Promotion Glossary визначила медичну грамотність як «...досягнення певного рівня знань, особистих навичок та впевненості для вжиття заходів щодо покращення особистого та громадського здоров'я шляхом зміни особистого способу життя та умов життя. Медична грамотність означає більше, ніж уміння читати брошури та записуватись на прийом. Завдяки розширенню доступу людей до медичної інформації та їх здатності ефективно її використовувати, медична грамотність має вирішальне значення для розширення їх прав та можливостей» [31, 40, 44, 46, 47, 57].

Розрізняють три рівня МГ: функціональний, інтерактивний та критичний, табл. 1. 1.

Рівні медичної грамотності та їх сутність [5, 36, 45]

Рівні МГ	Їх сутність
Функціональний	- зв'язок між загальною освітою людини і її здатністю використовувати набуті знання на практиці в різних ситуаціях в реальному житті, це той набір умінь і навичок, який допомагає людям успішно вирішувати різні проблеми в суспільстві, максимально швидко адаптуватися і функціонувати в зовнішньому середовищі. Цей рівень МГ обумовлює більш часте використання стаціонарної, швидкої та невідкладної допомоги
Інтерактивний (комунікативний)	- наявність навичок та впевненості, необхідних для обговорення своєї хвороби та варіантів лікування з лікарями чи фармацевтами, вміння та потреба пацієнта в отриманні інформації про інші варіанти лікування або про те, чому призначені ЛЗ підходить йому найкращим чином. Наявність цього рівня МГ дозволяє прийняти спільне з медичним/фармацевтичним працівником рішення про план лікування
Критичний (вищий)	- вміння контролювати широке коло детермінант здоров'я. Даний рівень дозволяє людям критично аналізувати інформацію та використовувати її для кращого контролю здоров'я та свого життя загалом

Кожен рівень МГ має свої результати для особистості, причому як індивідуальні, так й суспільно – соціальні. Так, для першого рівня - функціонального: індивідуальними результатами є покращення знань про ризики щодо отримання медичних та фармацевтичних послуг, прихильність до дотримання приписів; суспільно - соціальним результатом виступає підвищення участі населення у програмах охорони здоров'я (скринінг, імунізація тощо).

Результати інтерактивного (комунікативного) рівня такі: індивідуальні - розвиток персональних навичок, підвищення спроможності діяти (незалежно від знань), мотивації та впевненості в собі; суспільно – соціальні - підвищення спроможності впливати на соціальні норми, взаємодіяти з різними соціальними групами. І, нарешті до результатів вищого рівня МГ – критичного

належать: індивідуальні - покращення індивідуальної стійкості до соціальних та економічних негараздів, суспільно – соціальні - підвищення спроможності впливу на соціально-економічні детермінанти здоров'я, покращення повноважень громади.

Однак, на шляху до медичної грамотності пацієнта існує ряд перепон, з-поміж яких: загальний рівень грамотності, інформованості, компетентності пацієнта, його внутрішній потенціал до сприйняття нової інформації, культурологічні відмінності тощо.

1.2 Дефініція поняття терміну «медична грамотність» (Health literacy)

Комплексний аналіз літературних джерел дозволив нам конкретизувати дефініцію поняття «медична грамотність», табл. 1. 2.

Багато країн включили питання поглиблення медичної компетентності населення в якості ключового пріоритету національних політик та практик (США, Канада, Австралія, Європейський Союз, Китай). ВООЗ рекомендує підвищувати медичну грамотність громадян як інструмент для досягнення кількох ключових цілей, перерахованих в Цілях сталого розвитку [57].

Підкреслюємо, що в основі МГ лежить загальний і справедливий доступ до якісної освіти і навчання протягом усього життя, і МГ має стати невід'ємною частиною навичок і знань, набутих протягом життя.

Країни (всі країни Азії, окрім Казахстану), які підписали Шанхайську Декларацію, висловили готовність:

- визнати МГ однією з найважливіших детермінант здоров'я і здійснювати інвестиції в її розвиток;
- розвивати, здійснювати і відстежувати міжсекторальні національні і місцеві стратегії підвищення МГ у всіх групах населення і в усіх освітніх закладах;

Таблиця 1. 2.

Дефініція поняття терміну «медична грамотність» (Health literacy) [1, 45, 49, 53]

Зміст поняття терміну «медична грамотність»	Джерело інформації
Ступінь, в якій особи мають здатність отримувати, обробляти та розуміти основну медичну інформацію та послуги, необхідні для прийняття відповідних медичних рішень	Міністерство охорони здоров'я та соціальних служб США (HHS)
Досягнення певного рівня знань, особистих навичок та впевненості для вжиття заходів щодо покращення особистого та громадського здоров'я шляхом зміни особистого способу життя та умов життя; індивідуальна здатність людини отримувати, розуміти, оцінювати і застосовувати медичну інформацію у благо власного і громадського здоров'я	ВООЗ
Свідомо сформульовані запити для придбання знань, включаючи ту чи іншу форму взаємодії, спрямовану на поліпшення інформованості по питань здоров'я та його охорони, включаючи поліпшення знань і розробку життєвих умінь і навичок, що сприяють забезпеченню здоров'я як окремих людей, так і суспільства в цілому	Міжнародні експерти
Збереження життя, збереження часу, збереження грошей	Національних інститутів здоров'я США
Загальна спроможність людини отримувати, обробляти та розуміти основну інформацію про здоров'я та послуги, необхідні для прийняття відповідних рішень щодо охорони здоров'я	Медичний інститут США
Здатність осіб отримувати, аналізувати та розуміти базову медичну інформацію та використовувати її для примноження власного здоров'я	Об'єднаний комітет з питань Національних стандартів у медичній освіті США
Когнітивні та соціальні навички, які визначають мотивацію та здатність людей отримувати доступ до інформації, розуміти та використовувати інформацію таким чином, що сприяє зміцненню та підтримці здоров'я	Словник зміцнення здоров'я (Health Promotion Glossary), 1998 р
Основи інформування та освіти населення для просування здорового способу життя, зміцнення здоров'я, самодіагностики та самоконтролю; детермінанта здоров'я, основа збереження та змі-	Рішення 9-ої Глобальної конференції з укріплення здоров'я,

цення здоров'я, профілактики та контролю захворювань	21-24. 11. 2016, Шанхай (КНР)
Сукупність когнітивних і соціальних навичок, які визначають прагнення і можливості індивіда знаходити, розуміти і використовувати інформацію з метою підтримки і зміцнення здоров'я	Терміни в системі громадського здоров'я. Термінологічний словник. Ужгород, 2020 р.
Здатність особи отримувати, інтерпретувати та розуміти основну інформацію та послугив галузі охорони здоров'я способами, що сприяють зміцненню здоров'я	Національна рада споживачів Великобританії
Особиста медична грамотність із питань здоров'я полягає в тому, наскільки добре людина може знаходити й розуміти медичну інформацію та потрібні послуги. Це також включає використання інформації та послуг для прийняття правильних рішень щодо здоров'я. Організаційна медична грамотність із питань здоров'я полягає в тому, наскільки організації допомагають людям знаходити необхідну інформацію та потрібні послуги щодо охорони здоров'я. Це також включає допомогу людям у використанні цієї інформації для прийняття правильних рішень щодо здоров'я.	Центри з контролю та профілактики захворювань, США
Здатність приймати обґрунтовані рішення щодо здоров'я в контексті повсякденного життя	Ілона Кікбуш, директор Програми з глобальної охорони здоров'я Женевського інституту міжнародних досліджень та розвитку
Компетенція людей отримувати доступ, розуміти, оцінювати та застосовувати інформацію для прийняття рішень щодо охорони здоров'я	Біргер Серенсен (Birger Sørensen) - норвезький вчений-вакцинолог
Доступ, розуміння і використання відповідної інформації з метою зменшення ризику, профілактики хвороб та зміцнення здоров'я	КМУ РОЗПОРЯДЖЕННЯ від 30 листопада 2016 р. № 1002-р

- підвищити рівень контролю громадянами власного здоров'я і його детермінант шляхом використання потенціалу цифрових технологій;
- забезпечити середовище, яке сприяє здоровому вибору, шляхом політики ціноутворення, прозорих і чітких інформації й маркування [53].

Маємо також зауважити, що Україна приєднається до проектів Мережі дій з вимірювання медичної грамотності населення та організацій (M-POHL - project on measuring organisational health literacy), на реалізацію яких Україна отримає понад 4,6 млн. євро [20, 37].

M-POHL пропонує три проекти на період 2023-2027 років, а саме.

- вимірювання медичної грамотності населення в межах дослідження Health Literacy Survey (HLS24/25), яким передбачається опитування загального населення. Анкета містить обов'язковий набір запитань, країни-учасниці зможуть додати власні питання для оцінки актуальних саме для них аспектів медичної грамотності. У 2019 році це були цифрова, комунікативна, навігаційна медична грамотність (МГ), в тому числі у питаннях вакцинації. Поки міжнародний консорціум розробляє нові компоненти опитування;
- вимірювання організаційної медичної грамотності (Organizational health literacy - OHL) через дослідження на рівні закладів охорони здоров'я. Медична грамотність окремої людини визначається не лише її особистими знаннями, навичками та вміннями, але й вимогами, з якими вона стикається в середовищі охорони здоров'я, ухвалюючи рішення та виконуючи дії, пов'язані зі здоров'ям. Саме тому важливо оцінити спроможність закладів охорони здоров'я надавати доступні медичні та інші послуги, їхню дружність до медичної грамотності населення;
- збір, картування та оцінка доказів щодо ефективних інтервенцій для подолання низького рівня медичної грамотності та підвищення рівня медичної грамотності (EVPOP). Проект виходить за межі опитування з питань здоров'я населення і сприятиме зв'язку між дослідженнями, політикою та практикою, а також підтримає обмін знаннями та досвідом впровадження інтервенцій між країнами-членами M-POHL. Проект дозволить оцінити доці-

льність, ефективність, результативність та економічність потенційних втручань для поліпшення МГ, а там, де ефективні втручання відсутні, підкреслить необхідність їхньої розробки.

В цілому грамотність щодо здоров'я є частиною європейської стратегії з охорони здоров'я, що включає знання та навички, необхідні для розуміння, аналізу та застосування медичної інформації в процесі прийняття обґрунтованого рішення, що стосується власного здоров'я в повсякденному житті. Результати європейського дослідження грамотності щодо здоров'я (2022) серед 8 країн-учасниць свідчать, що в середньому 47 % населення мали труднощі в оцінці та управлінні інформацією стосовно медичної допомоги, профілактики захворювань та зміцнення здоров'я. Це вимагає підвищення рівня обізнаності та поширення заходів, спрямованих на задоволення таких потреб [32].

В основах європейської політики «Здоров'я», затвердженої Європейським регіональним бюро ВООЗ, зазначається необхідність розробки національних програм зміцнення здоров'я, які засновані на принципах відповідальної участі всіх зацікавлених сторін та розширенні їх можливостей, зокрема підвищенні медико-санітарної грамотності й інформованості населення щодо власного здоров'я, аспектів самодопомоги та профілактики захворювань [22].

Маємо зауважити що навіть у економічно розвинених країнах грамотність здоров'я є досить серйозною проблемою. Розуміння взаємозв'язку між здоров'ям та грамотністю має важливе значення для розвитку ефективного спілкування зі спеціалістами охорони здоров'я. Ще у 2003 р. Міністерство освіти США вперше в оцінку грамотності серед дорослих включило розділ з вивчення медичної грамотності.

Дослідження показало, що 36% дорослого населення США мають базовий чи нижчий базовий рівень медичної грамотності. Результати цього в історії аналізу медичної грамотності населення продемонстрували величезні витрати низької медичної грамотності системи охорони здоров'я США.

У 2010 р. вже Food and Drug Administration (FDA) висловило серйозне занепокоєння з приводу можливості доступу майже половини дорослого на-

селення США до адекватного користування медичною інформацією, і, на їхню думку, низька грамотність здоров'я є основним джерелом економічної не-ефективності в системі охорони здоров'я США. У тому ж році Міністерство охорони здоров'я та соціальних служб США опублікувало Національний план дій щодо підвищення медичної грамотності, який включав, зокрема, її постійну оцінку, діяльність щодо покращення розуміння будь-якої інформації, пов'язаної зі здоров'ям, та підтримку пацієнтів усіх рівнів медичної грамотності.

Нещодавнє дослідження в голландських аптеках показало, що приблизно половина відвідувачів 984 аптек у Нідерландах мали обмежені навички медичної грамотності, що призводить до необхідності тривалих і більш спеціалізованих комунікацій з пацієнтами. Аналогічна ситуація в аптеках Португалії, Фінляндії, Австралії, Японії. ЮНЕСКО поділяє стурбованість ВООЗ, оскільки, якщо такий низький рівень медичної грамотності спостерігається навіть у економічно розвинених країнах, де грамотність населення оцінюється в 99%, то що чекати від країн із незначним рівнем грамотного населення [38, 43, 53, 57].

ВООЗ у 2014 р. запропонувала проводити постійний моніторинг грамотності здоров'я, з цією метою розробила посібник «Інструментарій грамотності здоров'я» (The Health Literacy Toolkit), що включає 51 анкету залежно від цілей збору інформації та завдань проекту. Маючи інструментарій ВООЗ, у різних країнах розробляються власні опитувальники. Наприклад, в Австралії опубліковано проект під назвою «Orphelia», який спрямований на виявлення та вирішення проблеми медичної грамотності людей з хронічними захворюваннями. Orphelia реалізується силами партнерської діяльності уряду штату Вікторія, двох університетів, восьми сервісних організацій [42, 43, 49].

Обмежена грамотність здоров'я, на думку Міжнародної фармацевтичної федерації (Fédération Internationale Pharmaceutique - FIP), є перешкодою для безпечного та ефективного фармацевтичного обслуговування, і запропонувала використати термін **фармацевтична грамотність** для аспектів меди-

чної грамотності, які стосуються лікарських засобів. Хороша фармацевтична грамотність необхідна для розуміння пацієнтами інструкції або усної інформації про належне застосування препарату, побічні ефекти, запобіжні заходи, несприятливі наслідки використання ЛП, особливо в умовах впровадження електронних історій хвороби та електронних рецептів. Голландські фахівці розробили посібник зі спілкування з відвідувачами як практичний інструмент для надання допомоги персоналу аптеки у виявленні пацієнтів з обмеженою фармацевтичною грамотністю «Розпізнавання та вирішення проблем з обмеженою фармацевтичною грамотністю (RALPH)» [41, 47, 48].

Підкреслюємо: в економічно розвинутих країнах фармацевтів - співробітників аптек вже давно сприймають як **«тренерів здоров'я»** для пацієнтів, існують довгострокові університетські програми з проведення додаткових тренінгів з грамотності для фармацевтів - співробітників аптек, щоб підвищити їх ефективність в цієї ролі, незважаючи на те, що в багатьох дослідженнях неодноразово згадується, що фармацевтичні фахівці навчені кращій практиці консультування завдяки своїй підготовці (знанням, навичкам) та виконуваним обов'язкам. Фармацевтичні факультети зарубіжних університетів *сприймають дисципліну «грамотність здоров'я» як основу для навчання нових поколінь фармацевтів ефективним комунікаціям з відвідувачами аптек та пацієнтами* [39, 40, 51].

Сьогодні в Україні фармацевтичні працівники користуються Наказом МОЗ України від 05.01.2022 № 7 «Про затвердження протоколів фармацевта» від 03.02.2022, за яким втратив чинність, наказ Міністерства охорони здоров'я України від 11 жовтня 2013 року № 875 «Про затвердження протоколів провізора (фармацевта)» та відповідно до Закону України «Про лікарські засоби», пункту 8 Положення про Міністерство охорони здоров'я України, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 25 березня 2015 року № 267 (в редакції постанови Кабінету Міністрів України від 24 січня 2020 року № 90), з метою оновлення протоколів фармацевта при відпуску лікарських засобів з аптечних закладів та їх структурних підрозділів, затверджено

такі протоколи симптоматичного лікування наступних нозологій: алергії; болю в горлі; лікування діареї»; кашлю»; лікування опіків; поверхневих ран та поверхневих закритих травм; стресу; сприяння відмові від тютюнокуріння; відпуску лікарських засобів без рецепта «Попередження захворювання та сприяння прихильності до лікування при туберкульозі»; «Попередження захворювання та сприяння прихильності до лікування при ВІЛ/СНІД»; та «Формування домашньої аптечки першої допомоги»; , в тому числі - «Формування аптечки першої допомоги для немовлят»; для подорожей; аптечки першої допомоги для службових приміщень; а також - для симптоматичного лікування безсоння; болю у м'язах та спині; герпетичного ураження губ; лікування головного болю; закрепу; корости; педикульозу; печії; підвищеної температури тіла у дітей віком до 15 років, з 15 років та у дорослих; лікування риніту і ЛЗ при профілактики захворювання на грип та ГРВІ; на остеопороз; на профілактику захворювань, спричинених йодною недостатністю; симптоматичне лікування вугрів; зубного болю; ферментативної недостатності підшлункової залози; порушення функції жовчного міхура і жовчовивідних шляхів – усього 34 протоколи; 35 та 36 протоколи присвячені: 35 – дії фармацевтичного працівника при отриманні інформації про випадки побічних реакцій та/або відсутності ефективності лікарських засобів; 36 це - Протокол фармацевта при відпуску за рецептом лікарських засобів для лікування серцево-судинних захворювань, які підлягають реімбурсації.

Підкреслюємо!!!Вищеозначене регулюється Наказом МОЗ України від 05.01.2022 № 7 «Про затвердження протоколів фармацевта», положення якого *рекомендують керівникам аптечних закладів всіх форм власності використовувати в практичній діяльності* [17].

Висновки до розділу I:

1. Проведено аналіз наукових літературних джерел та Інтернет ресурсу з питання медичної грамотності населення як одного з ключових елементів міжнародної стратегії в охороні здоров'я. При цьому встановлено, у зарубіжній літературі для опису медичної грамотності використовується термін Health literacy, який у українськомовному перекладі різними авторами позначається як грамотність у питаннях здоров'я, медико-санітарна грамотність, санітарна грамотність.
2. Констатовано, що медична грамотність - це термін, що вперше був введений у 1970-і роки і мав безпосереднє відношення до практики медичних сестер та їх ролі для громадської охорони здоров'я в цілому. А подовження актуалізації поняття «медична (санітарна) грамотність» відносять до 1974 рік, коли Скотт Сімондс (професор медичної освіти університету м. Мічиган) у своїй статті «Медична освіта як соціальна політика» («Health education as social policy») чітко деталізував як медична освіта впливає в цілому на охорону здоров'я, освіту та ЗМІ тощо.
3. Встановлено, що на тепер міжнародні експерти відзначають, що санітарна грамотність «передбачає свідомо сформульовані запити для придбання знань, включаючи ту чи іншу форму взаємодії, спрямовану на поліпшення інформованості по питань здоров'я та його охорони, включаючи поліпшення знань і розробку життєвих умінь і навичок, що сприяють забезпеченню здоров'я як окремих людей, так і суспільства в цілому.
4. Деталізовано основні складові самодопомоги (selfcare), яка виступає інтегративною функцією медичної допомоги та складається з наступних domenів:
 - самоконтроль фізичного і психічного стану;
 - фізична активність та здорове харчування;
 - здоровий спосіб життя та гігієна (загальна і особиста);

-раціональне та відповідальне використання лікарських засобів, яке формує фармацевтичну грамотність як необхідний компонент знань, пов'язаних із застосуванням фармацевтичних товарів (включаючи ЛЗ) і спрямованих на розвиток у індивіда навичок самодопомоги і турботи про власне здоров'я.

5. Деталізовано, що фармацевтична грамотність актуальна не тільки по відношенню до безрецептурних ЛЗ, але і при використанні ЛЗ рецептурного відпуску для попередження фармацевтичних ризиків, включаючи мінімізацію між лікарських взаємодій при одночасному застосуванні ЛЗ і підтримці пацієнтського комплаєнсу в процесі отримання призначеної фармакотерапії.

Визначено, що медична грамотність має в основі три рівні, а саме: функціональний, інтерактивний та критичний, і кожен рівень МГ має свої результати для особистості як індивідуальні, так й суспільно – соціальні.

6. Проведено аналіз дефініції поняття терміну «медична грамотність» (Health literacy) за визначеннями таких інститутів як Міністерство охорони здоров'я та соціальних служб США (HHS), ВООЗ, Національних інститутів здоров'я США, медичний інститут США, Національна рада споживачів Великобританії, а також на основі Рішення 9-ої Глобальної конференції з укріплення здоров'я, 21-24. 11. 2016, Шанхай (КНР), тлумачення словника зміцнення здоров'я (Health Promotion Glossary), таких авторів як Ілона Кікбуш та Біргер Серенсен, і, в тому числі Розпорядження КМУ від 30 листопада 2016 р. № 1002-р.

7. Підкреслено, що Україна приєднається до проектів Мережі дій з вимірювання медичної грамотності населення та організацій (M-POHL — project on measuring organisational health literacy), за яким запланованого наступні проекти:

-вимірювання медичної грамотності населення в межах дослідження Health Literacy Survey (HLS24/25);

-вимірювання організаційної медичної грамотності (Organizational health literacy — OHL) через дослідження на рівні закладів охорони здоров'я;

-збір, картування та оцінка доказів щодо ефективних інтервенцій для подолання низького рівня медичної грамотності та підвищення рівня медичної грамотності (EVROP).

8. Доведено, що навіть у економічно розвинених країнах грамотність здоров'я є досить серйозною проблемою, оскільки (за дослідженнями міжнародних експертів) визначено, що тільки 36% дорослого населення США мають базовий чи нижчий базовий рівень медичної грамотності.

9. Деталізовано, що ВООЗ у 2014 р. запропонувала проводити постійний моніторинг грамотності здоров'я, з цією метою розробила посібник «Інструментарій грамотності здоров'я» (The Health Literacy Toolkit), що включає 51 анкету залежно від цілей збору інформації та завдань проекту. Маючи інструментарій ВООЗ, у різних країнах розробляються власні опитувальники: Австралія - проект під назвою «Orphelia», який спрямований на виявлення та вирішення проблеми медичної грамотності людей з хронічними захворюваннями; Голландія - посібник зі спілкування з відвідувачами як практичний інструмент для надання допомоги персоналу аптеки у виявленні пацієнтів з обмеженою фармацевтичною грамотністю «Розпізнавання та вирішення проблем з обмеженою фармацевтичною грамотністю (RALPH)».

10. Підкреслено, що в економічно розвинених країнах фармацевтів - співробітників аптек вже давно сприймають, у тому числі, як «тренерів здоров'я» для пацієнтів, існують довгострокові університетські програми з проведення додаткових тренінгів з грамотності для фармацевтів - співробітників аптек.

Деталізовано, що на тепер фармацевтичні працівники аптечних закладів при відпуску нерепетурних ЛЗ виконують Наказ МОЗ України від 05.01.2022 № 7 «Про затвердження протоколів фармацевта».

РОЗДІЛ 2

ПОГЛИБЛЕННЯ МЕДИЧНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ НАСЕЛЕННЯ ЯК УМОВИ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЇХ ГОТОВНОСТІ ДО ЗАГРОЗ ЗОВНІШНЬОГО СЕРЕДОВИЩА

2.1. Грамотність з питань здоров'я і досягнення Цілей сталого розвитку в Україні

На всіх етапах розвитку охорони здоров'я вивченню захворюваності приділялась велика увага. Воєнні дії в Україні вимагають зосередження зусиль у напрямку збереження здоров'я населення, в тому разі - шляхом підвищення його медичної (санітарної) грамотності. На особливу увагу заслуговують питання об'єктивної оцінки стану здоров'я дорослого населення, оскільки збереження трудової потенціалу в умовах воєнного часу є показником економічного розвитку країни, її національної безпеки в цілому.

Грамотність з питань здоров'я є однією з ключових детермінант вищезначеного. Ефективність стратегій подовження життя і поліпшення здоров'я безпосередньо залежить від рівня такої грамотності як громадськості в цілому, так і уряду країни й фахівців, що опікуються громадським здоров'ям.

З метою забезпечення національних інтересів України щодо сталого розвитку економіки, громадянського суспільства і держави для досягнення зростання рівня та якості життя населення, додержання конституційних прав і свобод людини і громадянина Україна підтримала проголошені резолюцією Генеральної Асамблеї Організації Об'єднаних Націй від 25 вересня 2015 року № 70/1 глобальні цілі сталого розвитку до 2030 року та результати їх адаптації з урахуванням специфіки розвитку країни в цілому [35].

Реалізація однієї з найважливіших Цілей сталого розвитку (ЦСР) в Україні - Цілі 3 «Гарне здоров'я та добробут» неможлива без досягнення вищого рівня МГ. Саме тому ми провели адаптований аналіз зв'язку МГ з досягненням Цілей Сталого Розвитку (ЦСР), табл.. 2.1.

Таблиця 2. 1

Зв'язок медичної грамотності з досягненням Цілей Сталого Розвитку (ЦСР) поза рамками Цілі 3. Адаптовано з [44]

Ціль сталого розвитку	Обґрунтування необхідності підвищення рівня МГ для досягнення цілі
1. Подолання бідності	Люди з вищим рівнем МГ частіше ведуть здоровий спосіб життя, можуть отримати медико-санітарну інформацію, активно діяти для отримання потрібних послуг. МГ допомагає краще захищати себе (сім'ю, громаду) від проблем зі здоров'ям чи дотичних проблем (таких як кризи, коливання цін, екстремальні зміни погоди тощо). В свою чергу, скорочення бідності у країнах світу сприяє підвищенню МГ через отримання кращої освіти, доступу до Інтернет та інших каналів поширення інформації з питань здоров'я, контактів з службами охорони здоров'я, насамперед, з консультаційними і профілактичними цілями
2. Подолання голоду, розвиток здорового сільського господарства	Люди з вищим рівнем МГ здатні краще розуміти інформацію про харчову цінність продуктів, робити більш здоровий вибір. Це зменшує ризики як неповноцінного, так і надмірного (з вищою за потребу калорійністю) нераціонального харчування. Пов'язана з МГ користь відчувається впродовж усього життєвого циклу людини, і має міжнародний характер. <i>Так, жінки з вищим рівнем СГ краще усвідомлюють цінність вигодовування груддю і недоліки підсолоджених штучних сумішей, що відбивається на покращенні виживання й формування здоров'я як немовлят, так і дітей старшого віку.</i> Вища грамотність з питань здоров'я зумовлює дотримання безпечності сільськогосподарського виробництва. Свідомий вибір здоровіших й корисніших продуктів рослинництва, тваринництва тощо, дає змогу оперативного реагувати на зміни попиту на продукти здорового харчування з вигодою для власного бізнесу
4. Якість освіти	Освіта є головним чинником підвищення МГ як опосередковано (загальна грамотність і здатність критично мислити), так і безпосередньо, в рамках спеціальних курсів навчання (безпека життєдіяльності, протидія ризикованим і шкідливим для здоров'я формам поведінки тощо). Якщо завдяки отриманню належної інформації людина переходить на більш здорове харчування та/або підвищує рівень фізичної активності, це призводить до покращання уваги, укріплення когнітивних функцій та набуття результативнішої соціальної реалізації особистості. про права стосовно здоров'я дає можливість діяти задля їх дотримання і захисту власних інтересів
8. Гідна праця та економічне зростання	Підвищення рівня МГ серед найманих працівників шляхом надання їм інформації про вплив на здоров'я різних умов праці, можливості мінімізації або уникнення професійних ризиків. Вища МГ стимулює працівників вимагати у роботодавців безпечніших і сприятливіших умов праці, дотримання наявних нормативів тощо. Підприємства — зручна платформа з реалізації заходів зі зміцнення здоров'я на робочому місці (оздоровчих програм, консультування з питань гігієни праці). Гідна праця з адекватним доходом надає змогу інвестувати (кошти і

<p>9. Промисловість, інновації та інфраструктура</p>	<p>Кращий доступ до інформації, технологій комунікації (включаючи технології e-health, «мобільної охорони здоров'я») та мережі Інтернет є найважливішим елементом діяльності з підвищення МГ. Висока МГ фахівців різних сфер і усвідомлення наявних проблем щодо здоров'я дає поштовх для розробок і постановки завдань, спрямованих на інновації у їх вирішенні. Підвищення МГ сприятиме виконанню цільових завдань у межах трудової діяльності, а успіхи в цих областях сприятимуть підвищенню МГ. Так, мережа Інтернет дає людям доступ до практично необмеженого обсягу інформації, і, на відміну від рутинних рекламних чи пропагандистських повідомлень на певну тему, допомагає людям самостійно шукати потрібну або цікаву для них інформацію з питань здоров'я та медичних послуг</p>
<p>10. Скорочення нерівності</p>	<p>Країни з низьким і середнім рівнем доходів (а також бідне населення у будь-якій країні) диспропорційно порівняно з багатшими уразливі до впливу інформації, що потенційно несе шкоду здоров'ю. Це нерідко пов'язано зі спеціально орієнтованим на них маркетингом нездорової продукції (тютюнові вироби, алкогольні напої, штучно підсолоджені харчові продукти і напої). Вкладення коштів у підвищення МГ бідних верств населення може протидіяти цьому тиску, запобігти розвитку нерівності усередині країни і між країнами. Без підвищення МГ, особливо серед найменш захищених і маргіналізованих категорій населення, неможливо боротися з бідністю і нерівністю: слабе здоров'я позбавляє людей можливості працювати і отримувати дохід; на людей і їхні сім'ї лягає тягар фінансових витрат, що часом змушує їх навіть відмовлятися від медичної допомоги</p>
<p>16. Мир, справедливість та сильні інститути</p>	<p>Люди з високим рівнем МГ можуть вимагати від політичного керівництва забезпечення доступу до основних лікарських засобів, загального охоплення послугами охорони здоров'я, боротьби з забрудненням повітря або скасування законів і практики, які носять дискримінаційний характер. Це продемонстровано в сфері боротьби з ВІЛ / СНІД, коли саме підвищення МГ призвело до того, що люди стали краще усвідомлювати свої права, вимагати рівного доступу до лікування та профілактики для всіх. Ефективна, прозора і підзвітна влада за визначенням забезпечує своїх громадян актуальною, заснованою на фактичних даних інформацією і сучасними послугами зі збереження та зміцнення здоров'я</p>

Наведений аналіз зв'язку медичної грамотності з досягненням Цілей сталого розвитку дозволив нам побудувати схему градації суб'єктивного сприйняття населенням труднощів у вирішенні проблем, пов'язаних зі здоров'ям, рис. 2.1.

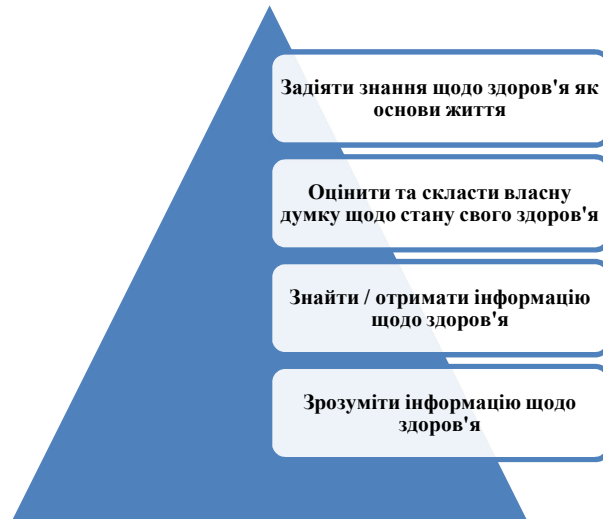


Рис. 2. 1 Схема градації суб'єктивного сприйняття труднощів у вирішенні проблем, пов'язаних з МГ (авторська розробка)

Означені параметри градаційної схеми було апробовано на мешканцях м. Харків за методом простого анонічного опитування без формування фокус групи, всього було опитано 100 осіб. Для оцінки було запропоновано шкалу з чотирьох градацій *«легко / не завжди легко / важко / досить важко»*. Схематично відповіді на всі питання ми поділили на чотири великі підгрупи:

- перша - група питань щодо можливості пошуку і отримання інформації виявилася найлегшими для сприйняття, значна частина респондентів (95%) вказали на те, що самостійно знаходять потрібне, враховуючи сучасний розвиток інформаційних технологій (або отримує необхідну інформацію у фахівців, до яких мають гарний доступ) – тобто *«легко»* - 95% респондентів;
- наступну позицію, яка стосувалася спроможності зрозуміти отриману інформацію було віднесено до відповіді *«не завжди легко»* - 80%;

- третю групу склали респонденти, які на питання, що відображають здатність індивідууму до узагальнення і аналізу отриманої інформації, оцінки її достовірності, здатності скласти власну думку віднесли до відповіді **«важко»** - 85% респондентів;
- і, нарешті, четвертий блок, що характеризують реалізацію основної цілі набуття грамотності з питань здоров'я (МГ) - можливості застосування власних знань і використання навичок для практичних дій була відповідь **«досить важко»** - 90% респондентів.

Маємо зауважити, що частина респондентів повідомила, що інколи впевненість у наявності власних спеціальних знань призводить до уповільнення реагування на проблеми з власним здоров'ям (або взагалі до «відсунення на потім»), а кожен другий респондент підкреслив, що сьогодні - просто «не на часі».

2. 2. Збереження здоров'я під час воєнного стану в країні

Саме позиція респондентів щодо «не на часі» змусила нас провести комплексний аналіз наукових літературних джерел, статистичних даних, джерел Інтернет про те, як змінилося ставлення українців до власного здоров'я під час війни.

За даними опитування здоров'я українських громадян за час війни погіршилося, однак навіть ті люди, які зазначили погіршення стану здоров'я, стверджують, що не вважають себе аж такими хворими, а оцінюють себе «задовільно» – це 53% респондентів. Ще 38% вважають себе здоровими і лише 9% говорять про «поганий» стан свого здоров'я. І це пов'язано з тим, що більшість людей переймаються через здоров'я своїх рідних, близьких їм людей, постраждалих у наслідок бойових дій [12].

За цими ж дослідженнями відповіді, отримані на запитання про здоров'я та фокус піклування наших респондентів, дозволив об'єднати їх у три групи:

- прагматики – 47% (люди, які усвідомлюють, чому під час умовної авіатрощі, кисневу маску потрібно одягати спочатку на себе, і лише потім на дитину, що є маркером ступеня зрілості суспільства. Адже адекватна оцінка власної спроможності допомогти, зараз важливіша за емоційну хаотичну діяльність, адже кожна помилка наразі має надто високу ціну.);
- хранителі – 46% (люди (цікаво, що це в основному чоловіки), які нині готові дещо знехтувати/жертвувати власним здоров'ям заради піклування про оточення);
- страждальці – 7% (або зневірені люди вважають, що прояви турботи про себе або про близьких не на часі).

За даним аналізом також визначено як змінилися / не змінилися «нездорові та здорові» звичка, рис. 2. 2.

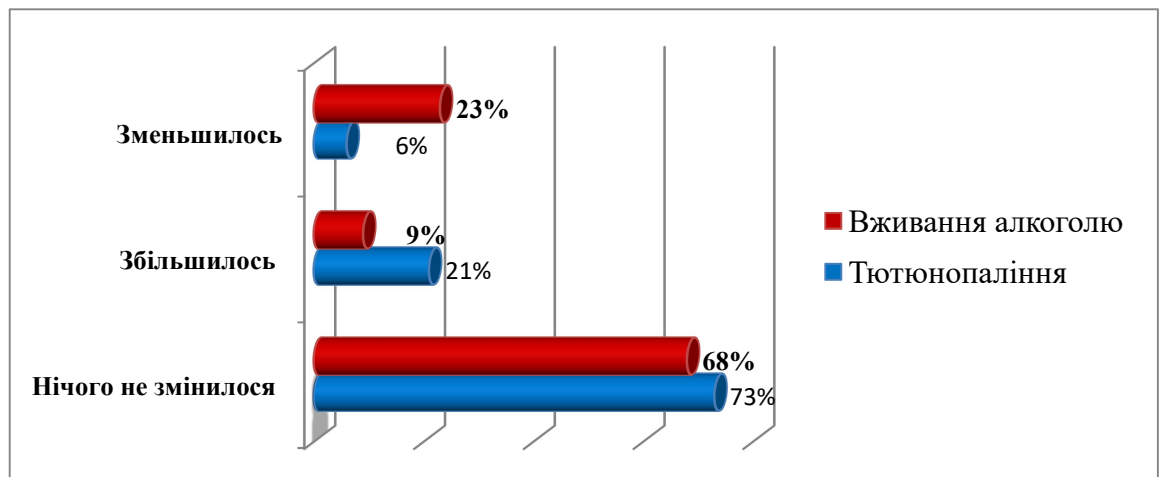


Рис. 2.1. Аналіз «нездорових» звичок населення України під час воєнного стану, деталізовано за [12]

На жаль, маємо констатувати, що люди сьогодні змушені економити навіть на лікарських засобах, про що свідчать їх відповіді:

нічого не змінили – 40 %,

купують дешевші ліки – 52 %,

купають дорожчі (як вони вважають - більш ефективні) ЛЗ – 8 %, але з них – 85% беруть по одному блістеру..

Також дослідження встановило, що навіть ті люди, хто знаходиться у відносній безпеці, страждають від розладів тривожного спектру та депресивних станів. Це призводить до того, що багато психологічних проблем соматизуються – люди починають більше хворіти, загострюються їхні хронічні захворювання, зростає навіть травматизація – більше проблем опорно-рухового апарату. Лікарі вважають, що найбільший внесок у загальну захворюваність населення належить саме *ментальним проблемам*.

Дослідження продемонструвало, що сьогодні ставлення до самолікування серед наших громадян набуло рис «вимушеної необхідності»:

нічого не змінили – 53%,

самолікування стали частіше застосовувати – 34%,

стали частіше звертатися до лікаря – 14%.

Аналіз поведінки пацієнтів до і під час воєнного стану наведено на рис.

2. 3.

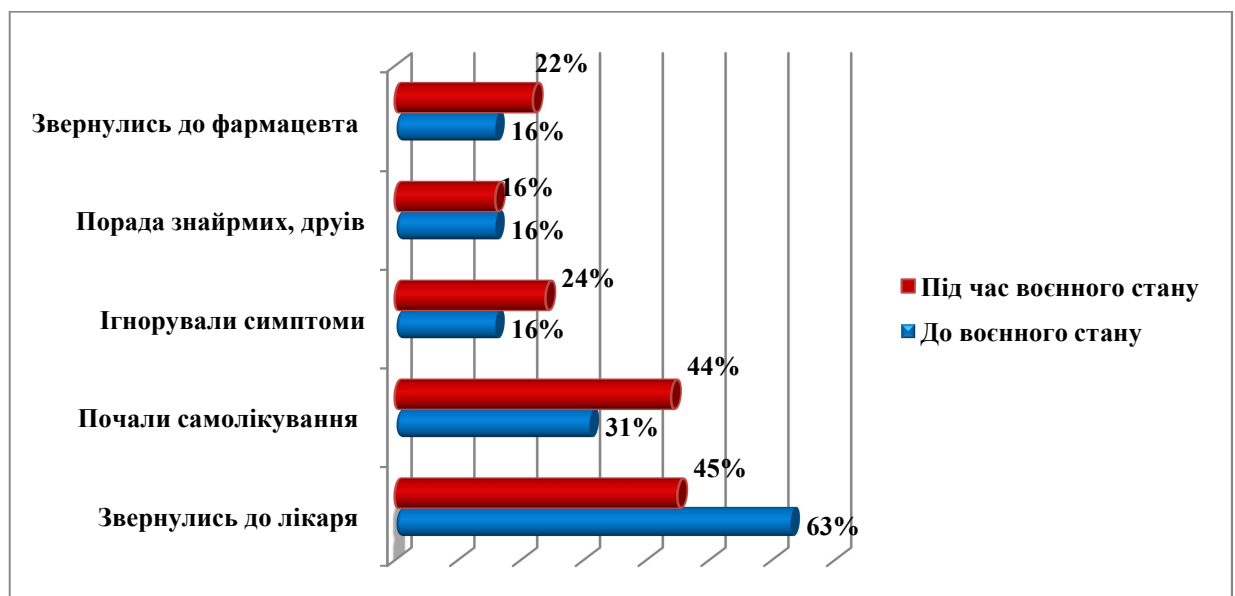


Рис. 2.2 Поведінка пацієнтів до і під час воєнного стану, узагальнено за

[12]

Як видно з наведених вище даних, за порадою до фармацевта під час воєнного стану почали звертатися частіше. Ця тенденція з'явилася під час локдауну, коли фармацевт часто був медиком першого контакту для багатьох пацієнтів. У воєнний час також спостерігаємо, що люди прислухаються до порад фармацевта при виборі препарату:

- коли необхідна заміна препарату на дешевший аналог або, якщо ЛЗ відсутній;
- коли не мають можливості/бажання звернутися до лікаря.

Це відбувається як з об'єктивних причин – багато лікарів дійсно виїхали, так і через те, що переселенці часто чомусь вважають, що без декларації їх не прийме лікар, тож йдуть відразу до аптеки. Потрібно також зауважити, що до рекомендацій фармацевта люди прислухаються.

У більш спокійних регіонах за консультацією до фармацевта звертаються не так часто через те, що:

- більше е-рецептів,
- більше замовлень через Інтернет,
- фармацевти не готові надавати якісь рекомендації, адже цим має займатися лікар, особливо за е-рецептами.

Маємо підкреслити, що звичайно, фармацевт обмежений у своїх діях в умовах обігу е-рецепта, адже у цьому випадку, запропонувати заміну неможливо.

Висновки до розділу II

1. Проведено комплексний аналіз поглиблення медичної компетентності населення як умови забезпечення їх готовності до загроз зовнішнього середовища, при цьому встановлено, що на особливу увагу заслуговують питання об'єктивної оцінки стану здоров'я дорослого населення, оскільки збереження трудової потенціалу в умовах воєнного часу є показником економічного розвитку країни, її національної безпеки в цілому.
2. Деталізовано, що грамотність з питань здоров'я є однією з ключових детермінант суспільства. Ефективність стратегій подовження життя і поліпшення здоров'я безпосередньо залежить від рівня грамотності як громадськості в цілому, так і уряду країни й фахівців тощо.
3. Конкретизовано зв'язок медичної грамотності з досягненням Цілей Сталого Розвитку (ЦСР), такими як: ціль 1- Подолання бідності, ціль 2 - подолання голоду, розвиток здорового сільського господарства; ціль 4 – Якість освіти; ціль 8 – Гідна праця та економічне зростання; ціль 9 - Промисловість, інновації та інфраструктура; ціль 10 – Скорочення нерівності та ціль 16 - Мир, справедливість та сильні інститути.
4. Розроблена і побудована схема градації суб'єктивного сприйняття населенням труднощів у вирішенні проблем, пов'язаних зі здоров'ям, визначено рівень кожного параметру градації як то - «легко / не завжди легко (група питань щодо можливості пошуку і отримання інформації); важко / досить важко». *не завжди легко* (спроможність зрозуміти отриману інформацію); *важко* (здатність індивідууму до узагальнення і аналізу отриманої інформації, оцінки її достовірності, здатності скласти власну думку); *досить важко* (набуття грамотності з питань здоров'я (МГ) — можливості застосування власних знань і використання навичок для практичних дій).

5. Визначено, що здоров'я українських громадян за час війни погіршилося, однак навіть ті люди, які зазначили погіршення стану здоров'я, стверджують, що не вважають себе аж такими хворими, а оцінюють себе задовільно – це 53% респондентів, ще 38% вважають себе здоровими і лише 9% говорять про поганий стан свого здоров'я.
6. Деталізовано як змінилися / не змінилися «нездорові та здорові» звичка, при цьому встановлено, що у позиції тютюнопаління (73%), а у позиції вживання алкоголю (68%) респонденти відмітили незмінність, 23% вказали, що стали менше вживати алкоголю, а 21% - стали менше палити.
7. Встановлено, що навіть ті люди, хто знаходиться у відносній безпеці, страждають від розладів тривожного спектру та депресивних станів. Це призводить до того, що багато психологічних проблем соматизуються – люди починають більше хворіти, загострюються їхні хронічні захворювання, зростає навіть травматизація – більше проблем опорно-рухового апарату. Лікарі вважають, що найбільший внесок у загальну захворюваність населення належить саме ментальним проблемам.
8. Досліджено, що сьогодні ставлення до самолікування серед наших громадян набуло рис «вимушеної необхідності»: «нічого не змінили» – 53%, самолікування стали частіше застосовувати – 34%, стали частіше звертатися до лікаря – 14%. Однак поведінка пацієнтів до і під час воєнного стану саме за параметром «звернення до фармацевта» збільшилася на 6%.

РОЗДІЛ 3

КОМПЛЕКСНА ОЦІНКА МЕДИЧНОЇ ГРАМОТНОСТІ СПОЖИВАЧІВ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ПРОДУКЦІЇ

3.1. Аналіз основних складових здорового способу життя як основи медичної грамотності населення

Спосіб життя є однією з основних детермінант здоров'я, ступінь впливу якої значно перевищує дію багатьох інших чинників. Складність вивчення проблеми здорового способу життя полягає в тому, що питання можливості (неможливості) його дотримуватись суб'єктивне, тому що воно насамперед детерміновано ступенем усвідомлення людиною важливості дій у цьому напрямку особливо сьогодні під час воєнного стану.

З метою реалізації означеного нами була досягнута усна домовленість з керівниками аптечних закладів про проведення бліц опитування пацієнтів аптеки безпосередньо у торговому залі. Таку згоду дали 5 аптек, в яких ми працювали щоденно на протязі з 15.01.2024 по 31.01 2024 року. В цілому було опитано 120 осіб, з паритетним розподілом відвідувачів аптечного закладу до пенсійного віку та пенсіонерів, з них:

жінки – 90%, решта – чоловіки;

прийшли за ліками: за рецептом – 45%, решта – за безрецептурними ЛЗ; для себе – 65%; для родичів – 30%, для сусідів – 5%.

З метою збереження їх комунікаційної згоди на опитування питання щодо освіти не було акцентовано.

Комунікації з респондентами ми починали з питання щодо їх загального розуміння змісту терміну «медична (санітарна) грамотність». Як показали результати дослідження майже 80% (78,3% - 96 осіб) респондентів вважають, що цілком свідомо розуміють зміст та значущість даного поняття: «гадаю,

що так», «розумію не повністю» - 15%, решта - 5% відхилила відповідь – «немає відповіді».

Тоді на першому етапі ми провели опитування респондентів за тестом «Новітній життєво важливий показник» (New Vital Sign, NVS) [1, 41, 42] - це дійсний і надійний інструмент скринінгу, доступний у розумінні тестів, який визначає пацієнтів із ризиком низької медичної грамотності, оскільки дозволяє визначити здатність людини до збирання, розуміння, інтерпретування і оцінювання достовірності інформації як з метою співвідношення отриманої інформації зі своїм станом і проблемами зі здоров'ям, так й з подальшим прийняттям певного рішення щодо свого здоров'я (Додаток А), табл. 3. 1, рис. 3. 1.

Таблиця 3. 1

Зведений результат опитування споживачів фармацевтичної продукції за тестом «Новітній життєво важливий показник» (New Vital Sign NVS)

Твердження		Зведена оцінка
Я МОЖУ	№1 збирати інформацію про здоров'я з різних джерел	4,3
	№2 знайти ту інформацію, яка мені необхідна	3,6
	№3 розуміти й передавати іншим отриману інформацію	4,2
	№4 інтерпретувати і оцінювати достовірність інформації	3,2
	№5 співвідносити отриману інформацію зі своїм станом і проблемами зі здоров'ям	2,7
	№6 приймати рішення щодо свого здоров'я на основі інформації	2,5

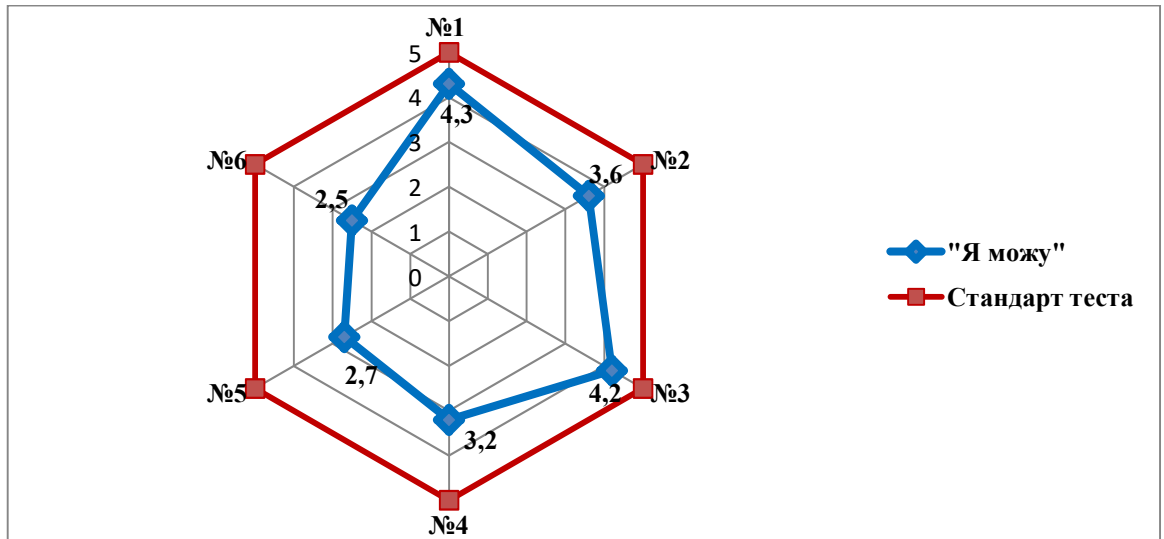


Рис. 3. 1 Наочне представлення результатів опитування респондентів за тестом New Vital Sign, NVS

Як показують результати опитування за всіма твердженнями тесту New Vital Sign «Я можу» респондентів не співпадає зі стандартом шестикутника тесту, що в цілому ставить під сумнів вищезначений (80%) показник думок респондентів щодо їх повного сприйняття змісту та значущості медичної (санітарної) грамотності.

Особливо ці розбіжності стосуються таких тверджень як:

«Я можу знайти ту інформацію, яка мені необхідна» - 3, 6 балів ;

«Я можу співвідносити отриману інформацію зі своїм станом і проблемами зі здоров'ям» - 2,7 балів;

«Я можу приймати рішення щодо свого здоров'я на основі інформації» - 2,5 балів.

Більш адаптовані під стандарт такі твердження респондентів:

«Я можу розуміти й передавати іншим отриману інформацію» - 4,2 бали;

«Я можу збирати інформацію про здоров'я з різних джерел» - 4, 3 бали.

Тому у подальшому на початку опитування ми поводили бліц інформування респондентів щодо сутності медичної (санітарної) грамотності, її змісту та значущості в для людини.

Результати подальшого опитування було згруповано за певними категоріями: фізичний стан здоров'я; емоційний стан; дотримання здорового способу життя. Як основна змінна використовувалась самооцінка респондента свого стану здоров'я. Фізичний стан оцінювався п'ятьма градаціями «добре», «посереднє», «погане». Емоційний стан визначався наявністю або відсутністю обмежень діяльності через настрій та складності активного спілкування. Ставлення опитаних до здорового способу життя (ЗСЖ) поділялось на «дотримуються», «частково дотримуються», табл. 3. 2.

Таблиця 3. 2

Розподіл учасників опитування за рівнем оцінки різних категорій стану їх здоров'я та поведінки

Категорія опитування	Частка опитаних, %					
	30 – 60 років			пенсіонери		
	добрий	посередній	поганий	добрий	посередній	поганий
Фізичний стан здоров'я	80	15	5	40	45	15
Емоційний стан	5	15	80	3	10	87
Дотримання здорового способу життя	дотримуються	частково дотримуються		дотримуються	частково дотримуються	
	40	60		60	40	

Як бачимо, 80% респондентів до пенсійного віку свій фізичний стан здоров'я оцінюють як «добре», що перевищує оцінку пенсіонерів – респондентів за цією категорією вдвічі (40%). Визвало певне непорозуміння відношення респондентів не пенсійного віку щодо дотримання здорового способу життя, а саме тільки 40% вказали що «дотримуються» проти 60% респондентів пенсійного віку. Однак маємо підкреслити, що свій емоційний стан практично всі респонденти оцінюють як «поганий»: до пенсійного віку – 80%, пенсіонери – 87%. Дотримуються здорового способу життя тільки 40% респондентів не пенсійного віку (з них 80% вважають, що сьогодні «не до того», «не на часі»).

Наступні питання було спрямовано на здатність / не здатність порозуміння власного стану здоров'я, рис. 3. 2.

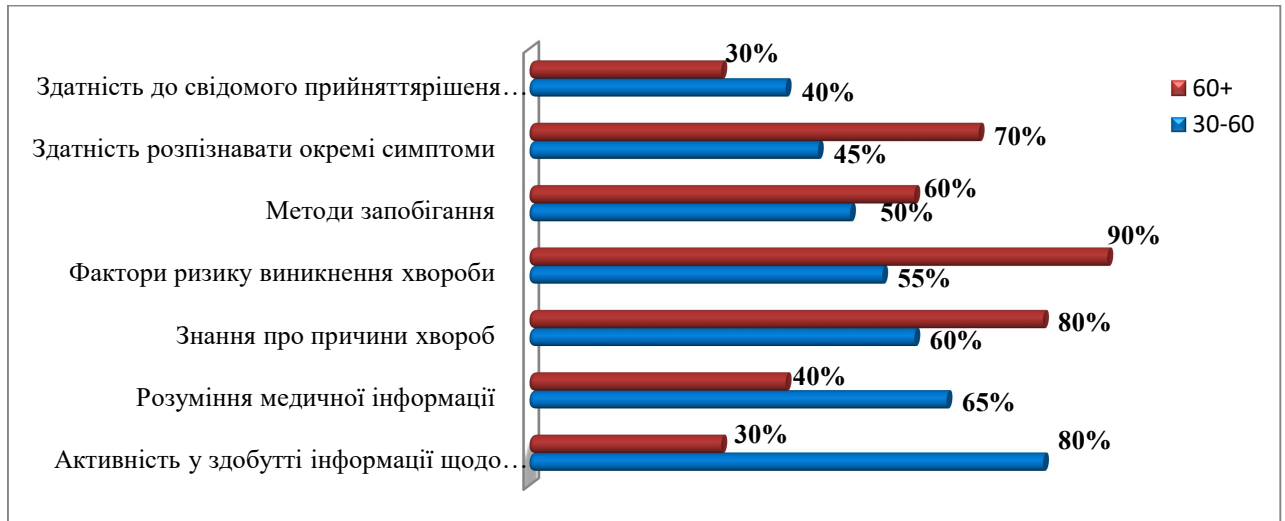


Рис. 3. 2. Результати опитування відвідувачів аптечних закладів, м. Харків

Як бачимо, 80% респондентів не пенсійного віку мають активність щодо здобуття інформації про власне здоров'я, що за умови сучасного розвитку Інтернет технологій цілком очевидно для їх інформаційної грамотності, в той час як тільки 30% пенсіонерів мають таку активність. Однак у категоріях «розуміння медичної інформації», «знання щодо причини хвороб» та «факторів їх виникнення» превалюють пенсіонери : 80% - 90% - 60% проти 65% - 60% - 55% респондентів 30-60 років. з них тільки 45% (проти 70% пенсіонерів) здатні розрізняти окремі симптоми хвороби (при чому з їх слів – тільки, якщо симптоми стосуються ОРЗ, шлункових розладів, риніту, запаленню при порізах, легких форм неврозів, тобто тих захворювань, які на їх погляд не потребують консультації з лікарем). Ця слабка тенденція підкреслюється й 40% респондентів 30 – 60 років, які вказали, що здатні до свідомого прийняття рішення щодо власного здоров'я (з них – 40% відмітили, що звернуться до лікаря, решта 60% - до фармацевта). Серед пенсіонерів тільки 30% здатні до свідомого прийняття рішення щодо власного здоров'я, з їх слів 90% покладаються на допомогу рідних.

Враховуючи означені результати, ми поставили питання, які безпосередньо стосуються функціональної сфери застосування *безрецептурних ЛЗ*, (пояснивши при цьому, що для ліків, що відпускаються за рецептом, вкладиш

- інструкція є технічною, оскільки надає інформацію для медичних працівників про те, як призначати препарат), а саме:

- ознайомлення з вкладишем до ЛЗ перед його застосуванням;
- розуміння інструкції для застосування - як використовувати, особливо для лікарських препаратів зі складним способом введення, такими, наприклад, як турбохалери або дискхалери;
- розуміння значущості частоти та термінів прийому;
- рекомендації щодо побічної дії ЛЗ;
- інтерпретація взаємодії ЛЗ з прийомом інших ЛЗ, рис. 3. 3.

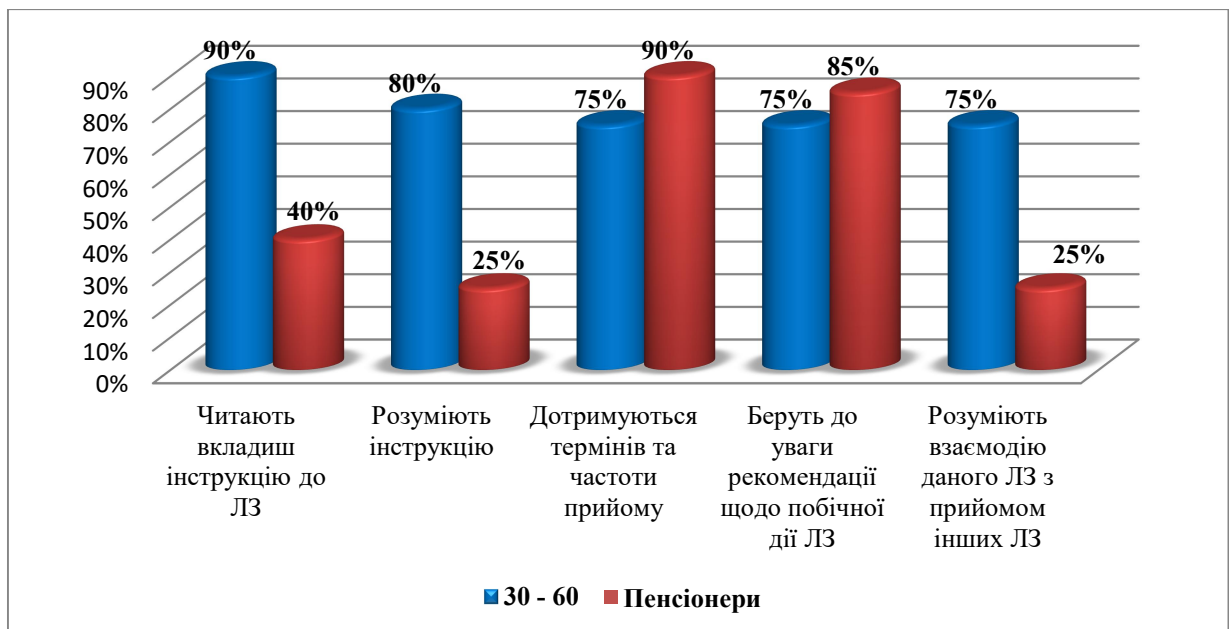


Рис. 3. 3. Відповіді респондентів щодо функціональної сфери застосування ЛЗ

У перших двох позиціях - ознайомлення з вкладишем до ЛЗ перед його застосуванням та розуміння інструкції для застосування лідирують респонденти не пенсійного віку: 90% - 80% проти 40% - 25%, а розуміння значущості частоти, термінів прийому та сприйняття рекомендації щодо побічної дії ЛЗ більш активно використовують люди пенсійного віку 90% - 85% проти 75%; на жаль, маємо констатувати, що тільки 25% респондентів пенсійного

віку можуть самостійно інтерпретувати взаємодію ЛЗ з прийомом інших ЛЗ (проти 75% - респондентів 30-60 років).

3. 2. Ментальне здоров'я як складова медичної грамотності споживачів лікарських засобів

Даючи оцінку емоційного стану, респонденти не пенсійного віку та пенсіонерів бачимо, що вони оцінили його як «поганий»: 80% та 87% відповідно (див. табл. 3. 1), що в умовах воєнних дій в Україні і постійної тривоги є об'єктивним фактором глобальної проблеми для здоров'я всіх вікових груп і є результатом порушення ментального здоров'я.

Згідно з визначенням ВООЗ, ментальне здоров'я – це стан щастя та добробуту, в якому людина реалізує свої творчі здібності, може протистояти життєвим стресам, продуктивно працювати та робити внесок у суспільне життя. Основними проявами порушення ментального здоров'я є:

- порушення сну: тривалий сон протягом доби або навпаки неможливість заснути;
- порушення харчування: надмірне вживання їжі або відсутність бажання їсти;
- уникнення спілкування з близькими;
- повторювані прояви агресії у спілкуванні з рідними та друзями;
- низький рівень енергії або її відсутність, відмова від звичних активностей;
- відчуття апатії і неважливості всього;
- безпричинні больові відчуття в тілі;
- відчуття безпорадності чи безнадії;
- понаднормове куріння, вживання алкоголю чи наркотиків;
- відчуття незвичної розгубленості, забудькуватості, розлюченості, смутку, занепокоєння чи страху;
- сильні перепади настрою;

- нав'язливі негативні думки про те, щоб заподіяти шкоду собі чи іншим;
- віра в речі, що не відповідають дійсності;
- неможливість виконувати щоденні завдання, такі як піклування про своїх дітей, робота чи навчання.

Маємо констатувати, що дане питання з ініціативи першої леді Олени Зеленської з розробки та впровадження Всеукраїнської програми ментального здоров'я «Ти як?» було деталізовано на семінарі «Всеукраїнська програма ментального здоров'я: регіональна координація», який проводився за сприяння Координаційного центру КМУ / Mental Health UA та World Health Organization Ukraine і, учасниками якого виступили представники центральних органів виконавчої влади, народні депутати, представники Офісу Глави держави, Координаційного центру з психічного здоров'я Кабінету Міністрів та міжнародні партнери, було визначено значущість надбання медичної грамотності населення з цього напрямку здоров'я [15].

Означені вище складові порушення ментального здоров'я я визнають у себе 100% респондентів обох вікових груп, особливо це стосується таких ознак, що наведено на рис. 3. 4.

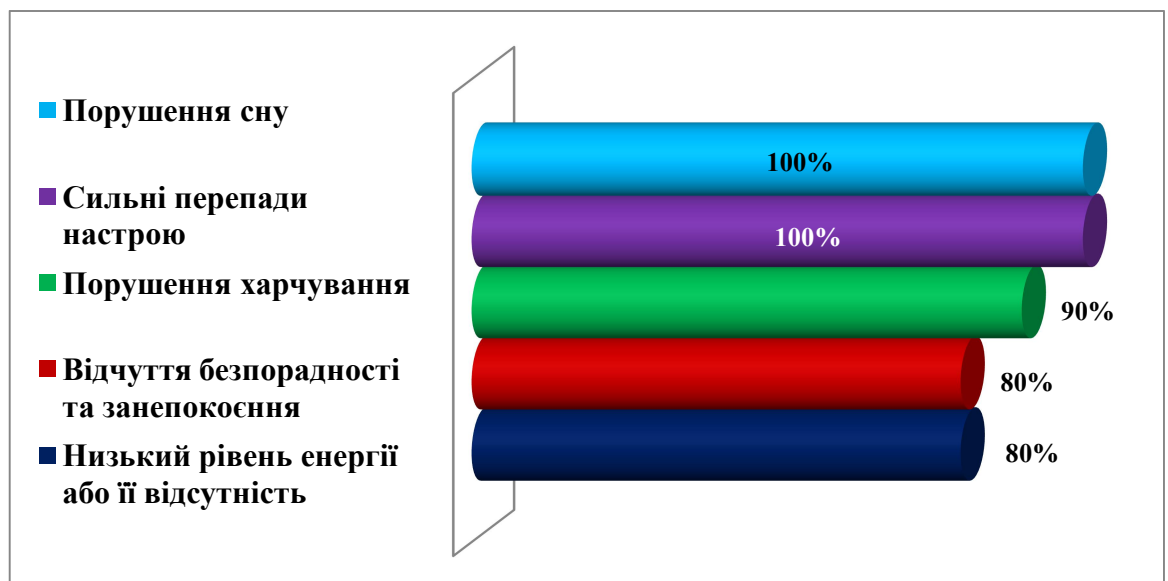


Рис. 3. 4. Ознаки порушення ментального здоров'я респондентів

Як бачимо, 100% респондентів вказали, що відчувають сильні перепади настрою та порушення сну, 90% - вказали на порушення харчування, а 80% респондентів вказали на наявність відчуття безпорадності, занепокоєння та на те, що мають низький рівень життєвої енергії, що змушує їх приймати заспокійливі ЛЗ, рис. 3. 5.

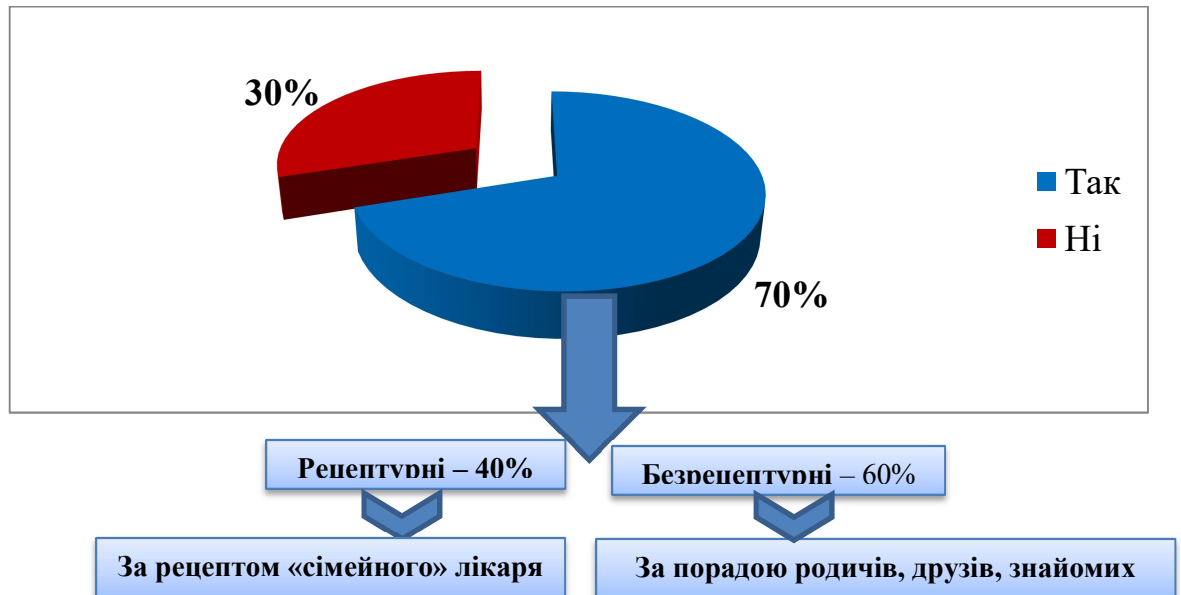


Рис. 3. 5. Відповіді респондентів на питання «Чи приймають вони заспокійливі?»

Маємо констатувати, що 70% респондентів приймають заспокійливі ЛЗ, причому – 40% за рецептом від «сімейного» лікаря, а 60% - безрецептурні ЛЗ

З метою реалізації останнього етапу опитування респондентам було задано питання «Чи відчувають вони вплив постійної стресової ситуації на погіршення свого здоров'я та загострення хронічних захворювань», рис. 3. 6.

За результатами опитування маємо зробити наступні висновки:

-63% (50% + 13%) респондентів не пенсійного віку та 90% пенсіонерів відчувають вплив постійної стресової ситуації на погіршення свого здоров'я;

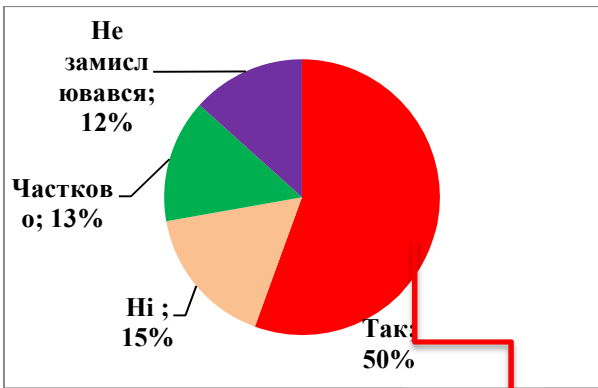
-35% (20% + 15%) респондентів не пенсійного віку та 40% (15% + 25%) пенсійного віку не зверталися до фахівців, бо вважають «що впораються самостійно», більш того 85% вважають, що зараз «не на часі», 15% та 33% відповідно сподіваються на поради фармацевтичного працівника;

-60% (40% + 20%) респонденти мають декларційну проблему з сімейним лікарем, оскільки лікарі, з яким була декларація виїхали за кордон або у небезпечні регіони;

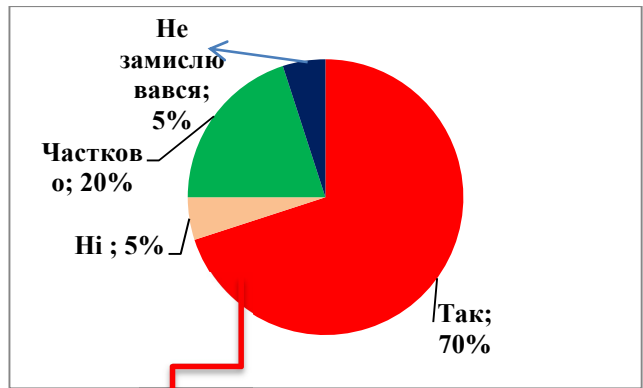
-майже 100% (98%) респондентів (в поясненні) відмітили, що не тільки не планують, а навіть не мають думки щодо звернення до психолога.

Респонденти

До пенсійного віку



Пенсіонери



98% «НІ психологу, психотерапевту»



Рис. 3. 6. Відповіді респондентів щодо впливу постійної стресової ситуації на загострення хронічних захворювань та причини їхнього не звернення до профільних фахівців.

Отримані результати дослідження входять у протиріччя з тезою самих респондентів, які (майже 80%) стверджували, що цілком свідомо розуміють зміст та значущість медичної грамотності. Така ситуація змусила нас звернутися до думки експертів, у разі яких (за усною домовленістю) виступили завідувачки аптечних закладів, на території яких проводили опитування споживачів ЛЗ, їх зведена думка надано на рис. 3. 7.

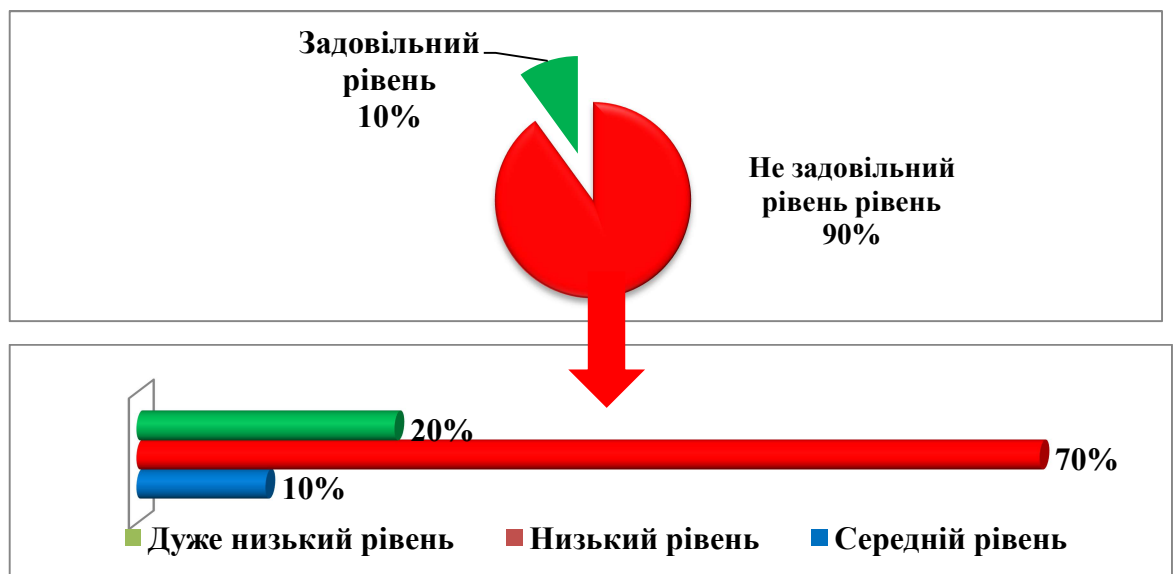


Рис. 3. 6. Зведений висновок експертів щодо розуміння респондентами змісту та сутності медичної (санітарної) грамотності

Таким чином, маємо зробити висновок: що і за результатами дослідження й за думкою експертів рівень медичної (санітарної) грамотності є низьким. Ми розуміємо, що масштабування означеного достатньо проблематично, оскільки потребує поглиблених досліджень з репрезентативною кількістю респондентів, участі фахівців соціологічної служби та фахівців охорони здоров'я (лікарі + фармацевти). Однак, підкреслюємо: **основна загроза** низької медичної грамотності – це поширення самолікування і, як продовження дії низького рівня МГ – **невідповідальне самолікування!**

Враховуючи, що у повсякденній аптечній практиці досить важко виявляти пацієнтів з обмеженою медичною (санітарною) грамотністю співробітники аптек переважно використовують свою інтуїцію або певні характеристики пацієнтів. Саме тому ми розробили практичні рекомендації до функціональних позицій окремих видів діяльності провізорів (фармацевтів) у контексті їх обов'язків як тренерів здоров'я щодо підвищення медичної (санітарної) грамотності споживачів фармацевтичної продукції, рис. 3. 7.

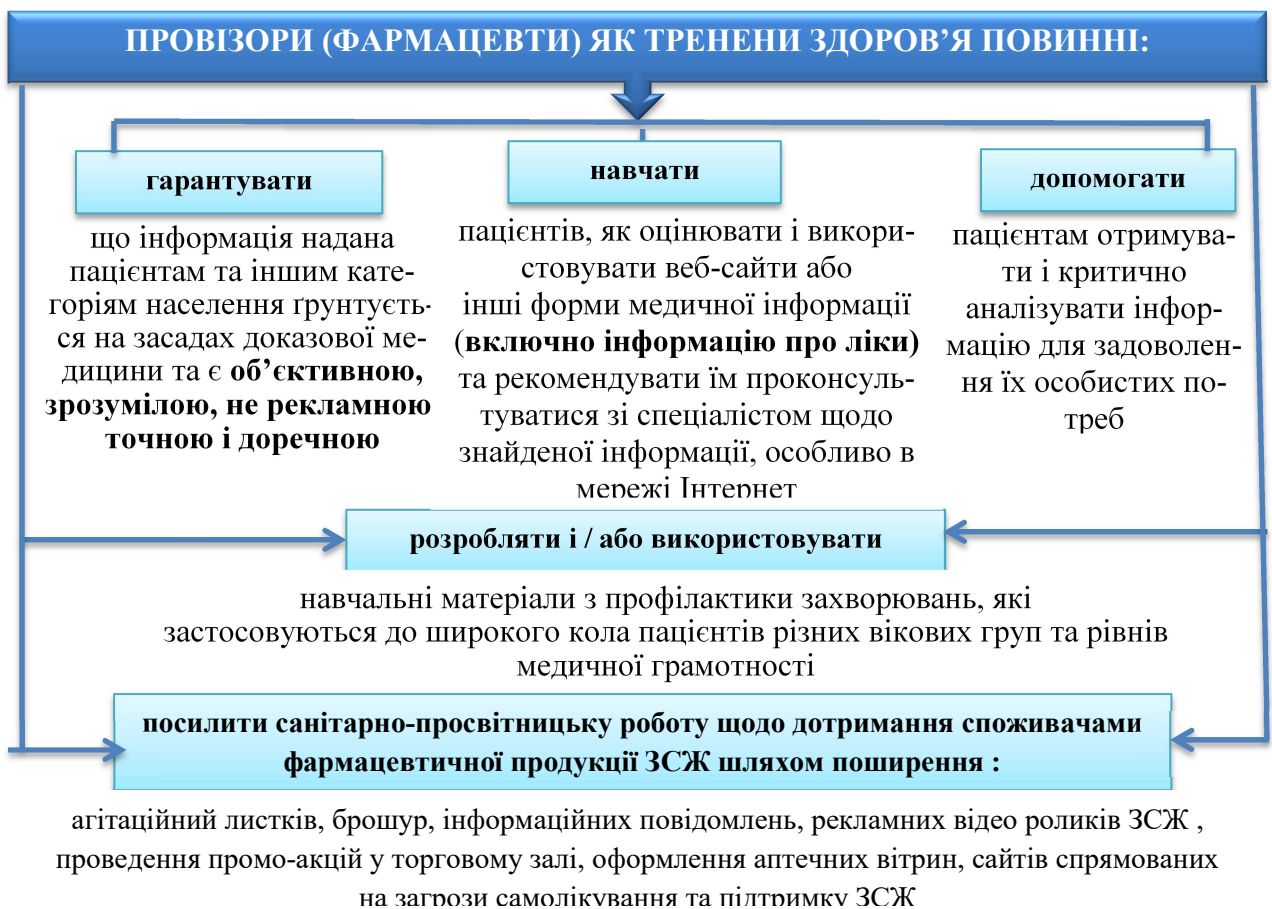


Рис. 3. 7. Практичні рекомендації до окремих видів діяльності провізорів (фармацевтів) у контексті їх обов'язків щодо підвищення медичної (санітарної) грамотності споживачів фармацевтичної продукції.

Практична реалізація запропонованих рекомендацій дозволить фармацевтичним працівникам аптечних закладів визначати, які групи населення потребують найбільшої інформаційної підтримки, і посилює заходи щодо підвищення їхнього рівня медичної (санітарної) грамотності, а також дасть

змогу розробляти та обирати заходи, що дозволяють знизити бар'єри між фармацевтом та споживачем і надавати їм реальну підтримку у покращенні доступу, розумінні, оцінці та застосування інформації щодо власного здоров'я. Формування системи мотивації громадян до здорового способу життя безпосередньо в аптечному закладі, який вони (споживачі) вважають «своєю аптекою» дозволить фармацевтичним працівникам у перспективі зайняти активну позицію в реалізації Концепції розвитку системи громадського здоров'я населення України.

Актуальний меседж до фармацевтів: *Наші пацієнти сьогодні розгублені, роздратовані і знесилені. Давайте їм прості, чіткі й зрозумілі інструкції. Будь ласка, намагайтеся максимально спростити комунікацію і зробити її доступною у всіх сенсах: як фізичному, так і ментальному.*

Тому пам'ятаємо! Ми – тренери здоров'я! Ваше завдання: навчати, допомагати та гарантувати пацієнтам аптечного закладу, що кожний їх візит до аптеки – це отримання інформаційної підтримки з метою формування у їх свідомості позитивно – активного відношення до «азів» медичної (санітарної) грамотності!

Висновки до розділу III:

1. Проведена комплексна оцінка медичної грамотності споживачів фармацевтичної продукції, для чого проаналізовані основні складові здорового способу життя як основи медичної грамотності населення.
2. Встановлено, що спосіб життя є однією з основних детермінант здоров'я, ступінь впливу якої значно перевищує дію багатьох інших чинників і складність вивчення даної проблеми полягає в тому, що питання можливості (неможливості) дотримуватись ЗСЖ суб'єктивне, тому що воно насамперед детерміновано ступенем усвідомлення людиною важливості дій у цьому напрямку особливо сьогодні під час воєнного стану.
3. Проведено анкетування респондентів за тестом «Новітній життєво важливий показник» (New Vital Sign, NVS), який є інструментом для перевірки фактичної грамотності з питань здоров'я, оскільки дозволяє визначити здатність людини до збирання, розуміння, інтерпретування і оцінювання достовірності інформації як з метою співвідношення отриманої інформації зі своїм станом і проблемами зі здоров'ям, так й з подальшим прийняттям певного рішення щодо свого здоров'я, при цьому встановлено, що за всіма твердженнями тесту New Vital Sign «Я можу» респондентів не співпадає зі стандартом шестикутника тесту, що в цілому ставить під сумнів вищезначений (80%) показник думок респондентів щодо їх медичної (санітарної) грамотності. Особливо ці розбіжності стосуються таких тверджень як: «Я можу знайти ту інформацію, яка мені необхідна» - 3, 6 балів; «Я можу співвідносити отриману інформацію зі своїм станом і проблемами зі здоров'ям» - 2,7 балів; «Я можу приймати рішення щодо свого здоров'я на основі інформації» - 2,5 балів.

4. Проведено опитування відвідувачів аптечних закладів (загальна чисельність респондентів становила 120 осіб з паритетним розподілом на споживачів ЛЗ не пенсійного віку та пенсіонерів).
5. Встановлено, що 80% респондентів до пенсійного віку свій фізичний стан здоров'я оцінюють як «добре», що перевищує оцінку пенсіонерів – респондентів за цією категорією вдвічі (40%). Визвало певне непорозуміння відношення респондентів не пенсійного віку дотримання здорового способу життя, а саме тільки 30% вказали що «добре», в той час як 60% респондентів пенсійного віку оцінюють цю категорію як «добре». Однак маємо підкреслити, що свій емоційний стан практично всі респонденти оцінюють як «поганий»: до пенсійного віку – 65%, пенсіонери – 70%.
6. Визначено, що 80% респондентів не пенсійного віку мають активність щодо здобуття інформації про власне здоров'я, в той час як тільки 30% пенсіонерів мають таку активність. У категоріях «розуміння медичної інформації», «знання щодо причини хвороб» та «факторів їх виникнення» превалюють пенсіонери : 80% - 90% - 60% проти 65% - 60% - 55% респондентів 30-60 років. з них тільки 45% (проти 70% пенсіонерів) здатні розрізнити окремі симптоми хвороби, 40% респондентів 30 – 60 років вказали, що здатні до свідомого прийняття рішення щодо власного здоров'я (з них – 40% відмітили, що звернуться до лікаря, решта 60% - до фармацевта). Серед пенсіонерів тільки 30% здатні до свідомого прийняття рішення щодо власного здоров'я, з їх слів 90% покладаються на допомогу рідних.
7. Встановлено, що за позиціями « ознайомлення з вкладишем до ЛЗ» перед його застосуванням та «розуміння інструкції для застосування» лідирують респонденти не пенсійного віку: 90% - 80% проти 40% - 25%, а розуміння значущості частоти, термінів прийому та сприйняття рекомендації щодо побічної дії ЛЗ біль активно використовують люди пенсійного віку 90% - 85% проти 75%.

8. Визначено, що власний емоційний стан респонденти не пенсійного віку та пенсіонери оцінили як «поганий»: 80% та 87% відповідно як наслідок того, що 63% (50 + 13) респондентів не пенсійного віку та 90% пенсіонерів відчувають вплив постійної стресової ситуації на погіршення свого здоров'я; 35% (20 + 15) респондентів 30 – 60 та 40% (15 + 25) пенсійного віку не звертаються до фахівців, бо вважають «що впораються самостійно», вважають, що зараз «не на часі», 15% та 33% відповідно сподіваються на поради фармацевтичного працівника; 60% (40 + 20) респонденти мають деклараційну проблему з сімейним лікарем, оскільки лікарі, з яким була декларація виїхали за кордон або у небезпечні регіони; ознак при цьому майже 100% (98%) респондентів (в поясненні) відмітили, що не тільки не планують, а навіть не мають думки щодо звернення до психолога.
9. Розроблено схему мінімальних стандартів до окремих видів діяльності провізорів (фармацевтів) у контексті їх обов'язків щодо підвищення медичної (санітарної) грамотності споживачів фармацевтичної продукції, яка відповідає як очікуванням споживачів, так й положенням Спільної настанови МФФ/ВООЗ з НАП.

ВИСНОВКИ

1. Проведено аналіз наукових літературних джерел та Інтернет ресурсу з питання медичної грамотності населення як одного з ключових елементів міжнародної стратегії в охороні здоров'я. При цьому встановлено, що у зарубіжній літературі для опису медичної грамотності використовується термін Health literacy, який у українськомовному перекладі різними авторами позначається як грамотність у питаннях здоров'я, медико-санітарна грамотність, санітарна грамотність.

2. Встановлено, що на тепер міжнародні експерти відзначають, що санітарна грамотність «передбачає свідомо сформульовані запити для придбання знань, включаючи ту чи іншу форму взаємодії, спрямовану на поліпшення інформованості по питань здоров'я та його охорони, включаючи поліпшення знань і розробку життєвих умінь і навичок, що сприяють забезпеченню здоров'я як окремих людей, так і суспільства в цілому».

3. Деталізовано основні складові самодопомоги (selfcare), яка виступає інтегративною функцією медичної допомоги та складається з наступних доменів: самоконтроль фізичного і психічного стану; фізична активність та здорове харчування; здоровий спосіб життя та гігієна (загальна і особиста); раціональне та відповідальне використання лікарських засобів, яке формує фармацевтичну грамотність як необхідний компонент знань, пов'язаних із застосуванням фармацевтичних товарів (включаючи ЛЗ) і спрямованих на розвиток у індивіда навичок самодопомоги і турботи про власне здоров'я.

4. Деталізовано, що фармацевтична грамотність актуальна не тільки по відношенню до безрецептурних ЛЗ, але і при використанні ЛЗ рецептурного відпуску для попередження фармацевтичних ризиків, включаючи мінімізацію між лікарських взаємодій при одночасному застосуванні ЛЗ і підтримці пацієнтського комплаєнсу в процесі отримання призначеної фармако-терапії.

5. Визначено, що медична грамотність має в основі три рівні, а саме: функціональний, інтерактивний та критичний, і кожен рівень МГ має свої результати для особистості як індивідуальні, так й суспільно – соціальні.

6. Проведено аналіз дефініції поняття терміну «медична грамотність» (Health literacy) за визначеннями таких інститутів як Міністерство охорони здоров'я та соціальних служб США (HHS), ВООЗ, Національних інститутів здоров'я США, медичний інститут США, Національна рада споживачів Великобританії, а також на основі Рішення 9-ої Глобальної конференції з укріплення здоров'я, 21-24. 11. 2016, Шанхай (КНР), тлумачення словника зміцнення здоров'я (Health Promotion Glossary), таких авторів як Ілона Кікбуш та Біргер Серенсен, і, в тому числі Розпорядження КМУ від 30 листопада 2016 р. № 1002-р.

7. Підкреслено, що Україна приєднується до проектів Мережі дій з вимірювання медичної грамотності населення та організацій (M-POHL — project on measuring organisational health literacy), за яким заплановано наступні проекти: вимірювання медичної грамотності населення в межах дослідження Health Literacy Survey (HLS24/25); вимірювання організаційної медичної грамотності (Organizational health literacy — OHL) через дослідження на рівні закладів охорони здоров'я; збір, картування та оцінка доказів щодо ефективних інтервенцій для подолання низького рівня медичної грамотності та підвищення рівня медичної грамотності (EVPOP).

8. Підкреслено, що в економічно розвинених країнах фармацевтів - співробітників аптек вже давно сприймають, у тому числі, як «тренерів здоров'я» для пацієнтів, існують довгострокові університетські програми з проведення додаткових тренінгів з грамотності для фармацевтів - співробітників аптек.

9. Проведено комплексний аналіз поглиблення медичної компетентності населення як умови забезпечення їх готовності до загроз зовнішнього середовища, при цьому встановлено, що на особливу увагу заслуговують питання об'єктивної оцінки стану здоров'я дорослого населення, оскільки збе-

реження трудової потенціалу в умовах воєнного часу є показником економічного розвитку країни, її національної безпеки в цілому.

10. Конкретизовано зв'язок медичної грамотності з досягненням Цілей Сталого Розвитку (ЦСР), такими як: ціль 1- Подолання бідності, ціль 2 - подолання голоду, розвиток здорового сільського господарства; ціль 4 – Якість освіти; ціль 8 – Гідна праця та економічне зростання; ціль 9 - Промисловість, інновації та інфраструктура; ціль 10 – Скорочення нерівності та ціль 16 - Мир, справедливість та сильні інститути.

11. Розроблена схема градації суб'єктивного сприйняття населенням труднощів у вирішенні проблем, пов'язаних зі здоров'ям, визначено рівень кожного параметру градації як то - «легко / не завжди легко (група питань щодо можливості пошуку і отримання інформації); важко / досить важко». не завжди легко (спроможність зрозуміти отриману інформацію); важко (здатність індивідууму до узагальнення і аналізу отриманої інформації, оцінки її достовірності, здатності скласти власну думку); досить важко (набуття грамотності з питань здоров'я (МГ) — можливості застосування власних знань і використання навичок для практичних дій).

12. Деталізовано як змінилися / не змінилися «нездорові та здорові» звичка, при цьому встановлено, що у позиції тютюнопаління (73%), а у позиції вживання алкоголю (68%) респонденти відмітили незмінність, 23% вказали, що стали менше вживати алкоголю, а 21% - стали менше палити.

13. Встановлено, що навіть ті люди, хто знаходиться у відносній безпеці, страждають від розладів тривожного спектру та депресивних станів. Це призводить до того, що багато психологічних проблем соматизуються – люди починають більше хворіти, загострюються їхні хронічні захворювання, зростає навіть травматизація – більшає проблем опорно-рухового апарату. Лікарі вважають, що найбільший внесок у загальну захворюваність населення належить саме ментальним проблемам.

14. Досліджено, що сьогодні ставлення до самолікування серед наших громадян набуло рис «вимушеної необхідності»: нічого не змінили –

53%, самолікування стали частіше застосовувати – 34%, стали частіше звертатися до лікаря – 14%. Однак поведінка пацієнтів до і під час воєнного стану саме за параметром «звернення до фармацевта» збільшилася на 6%.

15. Встановлено, що спосіб життя є однією з основних детермінант здоров'я, ступінь впливу якої значно перевищує дію багатьох інших чинників і складність вивчення даної проблеми полягає в тому, що питання можливості (неможливості) дотримуватись ЗСЖ суб'єктивне, тому що воно насамперед детерміновано ступенем усвідомлення людиною важливості дій у цьому напрямку особливо сьогодні під час воєнного стану.

16. Проведено опитування респондентів за тестом «Новітній життєво важливий показник» (New Vital Sign, NVS), який є інструментом для перевірки фактичної грамотності з питань здоров'я, при цьому встановлено, що за всіма твердженнями тесту New Vital Sign «Я можу» респондентів не співпадає зі стандартом шестикутника тесту, що в цілому ставить під сумнів вищезначений (80%) показник думок респондентів щодо їх медичної (санітарної) грамотності. Особливо ці розбіжності стосуються таких тверджень як: «Я можу знайти ту інформацію, яка мені необхідна» - 3, 6 балів; «Я можу співвідносити отриману інформацію зі своїм станом і проблемами зі здоров'ям» - 2,7 балів; «Я можу приймати рішення щодо свого здоров'я на основі інформації» - 2,5 балів.

17. Проведено опитування відвідувачів аптечних закладів (загальна чисельність респондентів становила 120 осіб з паритетним розподілом на споживачів ЛЗ не пенсійного віку та пенсіонерів).

18. Встановлено, що 80% респондентів до пенсійного віку свій фізичний стан здоров'я оцінюють як «добре», що перевищує оцінку пенсіонерів – респондентів за цією категорією вдвічі (40%). Визвало певне непорозуміння відношення респондентів не пенсійного віку дотримання здорового способу життя, а саме тільки 30% вказали що «добре», в той час як 60% респондентів пенсійного віку оцінюють цю категорію як «добре». Однак маємо підкресли-

ти, що свій емоційний стан практично всі респонденти оцінюють як «поганий»: до пенсійного віку – 65%, пенсіонери – 70%.

19. Встановлено, що за позиціями «ознайомлення з вкладишем до ЛЗ» перед його застосуванням та «розуміння інструкції для застосування» лідирують респонденти не пенсійного віку: 90% - 80% проти 40% - 25%, а розуміння значущості частоти, термінів прийому та сприйняття рекомендації щодо побічної дії ЛЗ більш активно використовують люди пенсійного віку 90% - 85% проти 75%.

20. Визначено, що власний емоційний стан респонденти до пенсійного віку та пенсіонери оцінили як «поганий»: 80% та 87% відповідно як наслідок того, що 63% (50 + 13) респондентів не пенсійного віку та 90% пенсіонерів відчувають вплив постійної стресової ситуації на погіршення свого здоров'я; 35% (20 + 15) респондентів 30 – 60 та 40% (15 + 25) пенсійного віку не звертаються до фахівців, бо вважають «що впораються самостійно», вважають, що зараз «не на часі», 15% та 33% відповідно сподіваються на поради фармацевтичного працівника; 60% (40 + 20) респондентів мають деклараційну проблему з сімейним лікарем, оскільки лікарі, з яким була декларація виїхали за кордон або у небезпечні регіони; ознак при цьому майже 100% (98%) респондентів (в поясненні) відмітили, що не тільки не планують, а навіть не мають думки щодо звернення до психолога.

21. Розроблено рекомендаційну схему до окремих видів діяльності провізорів (фармацевтів) у «тренерів здоров'я» з підвищення МГ споживачів фармацевтичної продукції. Деталізовано, що практична реалізація запропонованих стандартів дозволить визначити, які групи населення потребують найбільшої інформаційної підтримки, і посилює заходи щодо підвищення їхнього рівня медичної (санітарної) грамотності, а також дасть змогу розробити та вибрати заходи, що дозволяють знизити бар'єри між фармацевтом та споживачем і надавати їм реальну підтримку у покращенні доступу, розуміння, оцінки та застосування інформації щодо власного здоров'я. Формування системи мотивації громадян до здорового способу життя безпосе-

редньо в аптечному закладі, який вони (споживачі) вважають «своєю аптекою» дозволить фармацевтичним працівникам у перспективі зайняти активну позицію в реалізації Концепції громадського здоров'я населення України.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Волкова А. В., Ковтун Є. Ю. Дослідження поняття «медична грамотність» та підходів до її оцінки. *Соціальна фармація в охороні здоров'я*. 2021. Т. 7, № 1. С. 3–11. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/sphhc_2021_7_1_3 (дата звернення: 30.04.2024).
2. Гала Л. О. Аналіз ефективності виконання аптекою основних функцій за умов упровадження Належної аптечної практики в Україні. *Соціальна фармація в охороні здоров'я*. 2019. Т. 5, № 3. С. 48–56.
3. Гала Л. О. Методологія розробки комплексу стандартних операційних процедур в умовах упровадження Належної аптечної практики. *Фармацевтичний часопис*. 2019. № 3 (51). С. 60–66.
4. Городецька І. Я., Чухрай І. Л. Стан організації відпуску ліків з аптеки: погляд фармацевтичних працівників. *Фармацевтичний часопис*. 2021. № 3. С. 50–56. DOI: [//doi.org/10.11603/2312-0967.2021.3.12433](https://doi.org/10.11603/2312-0967.2021.3.12433) (дата звернення: 30.04.2024).
5. Грамотність у питаннях здоров'я: поняття класифікація, методи оцінки. DOI: <https://doi.org/10.29296/25877305-2018-06-19> (дата звернення: 30.04.2024).
6. [Гудзенко О. П., Барнатович С. В. Експертна оцінка стану рецептурного відпуску лікарських засобів на регіональному фармацевтичному ринку та напрями його удосконалення. *Фармацевтичний журнал*. 2016. № 3–4. С. 5–11.](#)
7. Директива Європейського Парламенту та Ради ЄС 2001/83/ЄС від 6.11.2001 р. про Кодекс Співтовариства щодо лікарських засобів призначених для застосування людиною. URL: [http://https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/984_013-01](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/984_013-01) (дата звернення: 30.04.2024).

8. Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон України від 19 листоп. 1992 р. № 2801–XII (зі змінами та доповненнями). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12> (дата звернення: 30.04.2024).
9. Про систему громадського здоров'я : Закон України від 06.09.22 р. № 2573–IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2573-20> (дата звернення: 30.04.2024).
10. Заремба Н. І., Зіменковський А. Б. Ставлення до процесу самолікування здобувачів вищої медичної освіти на до– та післядипломному етапі (згідно з результатами соціологічного дослідження). *Фармацевтичний часопис*. 2018. № 3. С. 94–99. DOI: <https://doi.org/10.11603/2312-0967.2018.3.9323> (дата звернення: 30.04.2024).
11. Муляр Г. Зарубіжний досвід функціонування системи охорони здоров'я в контексті забезпечення реалізації права на охорону здоров'я. *Вісник АПСВТ*. 2020. № 1–2. С. 43–52.
12. Здоров'я – цінність, яку варто боронити під час війни. URL: <https://thepharma.media/uk/marketing/30702-zdorovya-cinnist-yakuvarto-boroniti-pid-cas-viini-01112022> (дата звернення: 30.04.2024).
13. Коваленко Н. М., Корнацький В. М. Стан здоров'я народу України в умовах війни. Київ, 2022. 220 с.
14. Міжнародний досвід становлення та розвитку соціальної фармації / А. А. Котвіцька та ін. *Соціальна фармація в Україні: стан, проблеми та перспективи* : матеріали Всеукр наук.–практ. інтернет–конф. за участю міжнар. спеціалістів. Харків : НФаУ, 2013. С. 29–38.
15. Ментальне здоров'я: психосоціальні послуги стають ближче до людей. URL: <https://koda.gov.ua/mentalne-zdorovya-psyhosocialni-poslugy-stayut-blyzhche-do-lyudej/> (дата звернення: 30.04.2024).
16. Про деякі питання здійснення електронної роздрібною торгівлі лікарськими засобами : Наказ МОЗ України від 13.12.2021 р. № 2776.

URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0075-22> (дата звернення: 30.04.2024).

17. Основи законодавства України про охорону здоров'я : Наказ МОЗ України від 19 листоп. 1992 р. № 2801–ХІІ. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12> (дата звернення: 30.04.2024).

18. Про затвердження протоколів фармацевта : Наказ МОЗ України від 05.01.2022 р. № 7. URL: <https://ipksf.nuph.edu.ua/nakaz-moz-ukraini-vid-05-01-2022-7-pro-zatverdzhennja-protokoliv-farmacevta/> (дата звернення: 30.04.2024).

19. Про затвердження Переліку лікарських засобів, дозволених до застосування в Україні, які відпускаються без рецептів з аптек та їх структурних підрозділів : Наказ МОЗ України від 18. 04. 2019 р. № 876. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0509-19> (дата звернення: 30.04.2024).

20. Належна аптечна практика: Стандарти якості аптечних послуг (Спільна настанова МФФ/ВООЗ з НАП). URL: http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/897_009 (дата звернення: 30.04.2024).

21. На проекти за програмою EU4Health Україна отримає понад 4,6 млн. євро. URL: <https://thepharma.media/uk/news/32622-na-proekti-za-programoyu-eu4health-ukrayina-otrimaje-ponad-46-mln-jevro-14072023> (дата звернення: 30.04.2024).

22. Немченко А. С., Царьова К. О., Падецька Л. В. Дослідження сучасних проблем рецептурного відпуску лікарських засобів в Україні. *Формування національної лікарської політики за умов впровадження медичного страхування: питання освіти, теорії та практики* : матеріали V Всеукр. наук.–освітньої internet–конф., м. Харків, 12–13 берез. 2019 р. Харків, 2019. С. 60–70.

23. Основи європейської політики на підтримку дій усієї держави та суспільства на користь здоров'я та благополуччя. Копенгаген : ВО-ОЗ, 2013. 28 с.
24. Основи права та законодавства у фармації : підруч. для студентів вищ. навч. закл. / А. А. Котвіцька та ін. Харків : Золоті сторінки, 2016. 528 с.
25. Про затвердження Національного плану заходів щодо неінфекційних захворювань для досягнення глобальних цілей сталого розвитку : Розпорядження Кабінету Міністрів України від 26.07.2018 р. № 530. *Урядовий кур'єр*. 2018. № 144. С. 1.
26. Про затвердження Державної стратегії реалізації державної політики забезпечення населення лікарськими засобами на період до 2025 року : Постанова Кабінету Міністрів України від 05.12.2018 р. № 1022. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1022-2018-%D0%BF?find=1&text=%D0%B5%D0%BB%D0%B5%D0%BA%D1%82%D1%80%D0%BE%D0%BD#w1_1 (дата звернення: 30.04.2024).
27. Прискорення імплементації актів права ЄС та посилення міжнародної співпраці – пріоритет МОЗ. URL: <https://www.kmu.gov.ua/news/pryskorennia-implementatsii-aktiv-prava-ies-ta-posylennia-mizhnarodnoi-spivpratsi-priorytet-moz/> (дата звернення: 30.04.2024).
28. Про затвердження Положення про Національний перелік основних лікарських засобів та Положення про експертний комітет з відбору та використання основних лікарських засобів : наказ МОЗ України від 11.02.2016 р. № 84. URL: <http://www.apteka.ua/article/362317> (дата звернення: 30.04.2024).
29. Про лікарські засоби : Закон України від 28.07.2022 р. № 2469–ІХ. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2469-20> (дата звернення: 30.04.2024).

30. Рингач Н. О. Обізнаність населення щодо факторів ризику як аспект санітарної грамотності в Україні. *Демографія та соціальна економіка*. 2019. № 1 (35). С. 41–52. DOI: <https://doi.org/10.15407/dse2019.01.041> (дата звернення: 30.04.2024).
31. Рингач Н. О. Грамотність з питань здоров'я і досягнення цілей сталого розвитку в Україні. *Демографія та соціальна економіка*. 2020. № 2(40). С. 71–88.
32. Санітарна грамотність. Переконливі факти. URL: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/327082/php-5-2-3-123-329-eng-rus.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (дата звернення: 30.04.2024).
33. Соренсен К. Грамотність щодо здоров'я – це наріжний камінь майбутнього здоров'я. *Зелена книга Національного плану дій з безпеки пацієнтів та матеріали Першого національного конгресу з безпеки пацієнтів*. Київ, 2012. С. 169–179.
34. Сотникова Л. В. Світовий досвід формування та реалізації державної політики щодо забезпечення національних інтересів у сфері обігу лікарських засобів. *Публічне управління і адміністрування в Україні*. 2022. Вип. 28. С. 109–118.
35. Соціальна фармація : навч.–метод. посіб. до практич. занять для студентів 5 курсу 1–го фармацевт. ф–ту спец. «Фармація, промислова фармація» / авт.–уклад.: О. В. Литвиненко та ін. Запоріжжя : ЗДМУ, 2021. 108 с.
36. Про цілі сталого розвитку України на період до 2030 року : Указ Президента України від 30 верес. 2019 р. № 722/2019. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/722/2019> (дата звернення: 30.04.2024).
37. Функціональна грамотність – запорука успіху сучасної людини. URL: <https://zap.dcz.gov.ua/publikaciya/funkcionalna-gramotnist-zaporuka-uspihu-suchasnoyi-lyudyny> (дата звернення: 30.04.2024).

- 38.ЦГЗ вимірюватиме медичну грамотність українців. URL: <https://thepharma.media/uk/news/33482-cgz-vimirit-medicnu-gramotnist-ukrayinciv-08112023> (дата звернення: 30.04.2024).
- 39.Baur C., Brach C. Pharmacy research on health lit-eracy can contribute to national goals and health care system improvements. *Research in Social and Administrative Pharmacy*. DOI: <https://doi.org/10.1016> (Date of access: 30.04.2024).
- 40.Exploring patient expectations for pharmacist–provided literacy–sensitive communication / J. L Collum et al. *Soc. Adm. Pharm.* 2013. Vol. 9. P. 626–632.
- 41.Devraj R., Wallace L. S. Application of the content expert process to develop a clinically useful low–literacy Chronic Kidney Disease Self–Management Knowledge Tool (CKD-SMKT). *Soc. Adm. Pharm.* 2012. Vol. 9. P. 633–639.
- 42.Dodson S., Good S., Osborne R. Health literacy toolkit for low–and middle-income countries: A series of information sheets to empower communities and strengthen health systems. New Dehli : World Health Organization, 2015. 146 с.
- 43.Optimal health literacy measurement for the clinical setting: a systematic review / P. Duell et al. *Patient Educ Counsel.* 2015. Vol. 98(11). P. 1295–1307.
- 44.Gregório J., Cavaco A. M., Lapão L. V. How to best manage time interaction with patients? Commu-nity pharmacist workload and service provision analysis. *Research in Social and Administrative Pharmacy*. 2016. Vol. 56. P. 124–137. DOI: [https://doi.org/ 10.1016/](https://doi.org/10.1016/) (Date of access: 30.04.2024).
- 45.Health in SDGs. Policy brief 4: Health literacy. *9th Global Conference on Health Promotion*. Shanghai, 2016. P. 9. URL: [https://www.who.int/healthpromotion/ conferences/9gchp/policy-brief4-health-literacy.pdf?ua=1](https://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/policy-brief4-health-literacy.pdf?ua=1) (Date of access: 30.04.2024).

46. Functional, interactive and critical health literacy: varying relationships with control over care and number of GP visits / I. Heide et al. *Patient Educ Counsel*. 2015. Vol. 98(8). P. 998–1004. URL: <https://www.nih.gov/insitutes-nih/nih-office-director/office-communications-public-liaison/clear-communications> (Date of access: 30.04.2024).
47. Recognizing pharmaceutical illiteracy in community pharmacy: Agreement between a practice-based interview guide and questionnaire based assessment / S. E. Koster et al. *Research in Social and Administrative Pharmacy*. 2018. Vol. 57. P. 234–267. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.sa-pharm.2018.01.009> (Date of access: 30.04.2024).
48. Koster E. S., Philbert D., Bouvy M. L. Health literacy among pharmacy visitors in The Netherlands. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. 2015. Vol. 24(7). P. 716–721. DOI: <https://dx.doi.org/10.1002/pds.3803> (Date of access: 30.04.2024).
49. Optimising Health Literacy and Access (OPHE-LIA) of service provision to community dwelling older people with diabetes receiving home nursing support. *Journal of Diabetes Research*. 2016. Vol. 79. P. 409–432. DOI: 10.1155/2016/2483263 (Date of access: 30.04.2024).
50. Considerations for a new definition of health literacy / A. Pleasant et al. *Discussion Paper. National Academy of Medicine*. Washington, 2016. 345 p. URL: <https://nam.edu/wp-content/uploads/2016/04/Considerations-for-a-New-Definition-of-Health-Literacy> (Date of access: 30.04.2024).
51. Defining and identifying concepts of medication literacy: An international Perspective / Annie Pouliot et al. *Research in Social and Administrative Pharmacy*. 2017. Vol. 67. P. 302–324. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.sa-pharm.2017.11.005> (Date of access: 30.04.2024).

52. Usefulness of drug information leaflets with pictures to improve understanding by elderly patients of their medicine / T. Sata et al. *J. Appl. Ther.* 2016. Vol. 98. P. 167–176.
53. Shanghai Declaration on promoting health in the 2030 Agenda for Sustainable Development. URL: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/shanghai-declaration/en/> (Date of access: 30.04.2024).
54. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models / K. Sørensen et al. *BMC Public Health.* 2012. № 12. P. 80. DOI: 10.1186/1471-2458-12-80. (Date of access: 30.04.2024).
55. Recognizing and Addressing Limited Pharmaceutical literacy: development of the RALPH interview guide / M. Vervloet et al. *Research in Social and Administrative Pharmacy.* 2014. Vol. 9(5). P. 34567. DOI: <https://doi.org/10.1016/> (Date of access: 30.04.2024).
56. Wali H., Grindrod K. Don't assume the patient understands: qualitative analysis of the challenges low health literate patients face in the pharmacy. *Res Soc. Adm. Pharm.* 2016. Vol. 12(6). P. 885–892. DOI: 10.1016/j.sapharm.2015.12.003 (Date of access: 30.04.2024).
57. To err is human: patient misinterpretations of prescription drug label instructions / M. Wolf et al. *Patient Educ Counsel.* 2007. Vol. 67(3). P. 293–300. DOI: 10.1016/j (Date of access: 30.04.2024).
58. World Health Organization, Programme TUND. Policy brief 4: health literacy. *The 9th global conference on health promotion.* Shanghai, 2017. P. 2–3.

ДОДАТКИ

Шановний респондент!

В рамках кваліфікаційна робота на тему: «Дослідження сучасних підходів до підвищення медичної грамотності споживачів фармацевтичної продукції» просимо прийняти участь у анонімному тестуванні щодо визначення Вашої позиції до тверджень наведених у таблиці 1. Даний тест «Новітній життєво важливий показник» (New Vital Sign, NVS) є інструментом для перевірки фактичної грамотності з питань здоров'я, тому просимо висловити свою думку неупереджено, обґрунтовано (перш за все = для самого себе) та щиро.

Діапазон оцінок від 1 до 5, де 1 – мінімальне значення оцінки Ваших можливостей (дробові значення допускаються).

Таблиця 1

Твердження	Оцінка
Я можу збирати інформацію про здоров'я з різних джерел	
Я можу знайти ту інформацію, яка мені необхідна	
Я можу розуміти й передавати іншим отриману інформацію	
Я можу інтерпретувати і оцінювати достовірність інформації	
Я можу співвідносити отриману інформацію зі своїм станом і проблемами зі здоров'ям	
Я можу приймати рішення щодо свого здоров'я на основі інформації	

ДЯКУЄМО ЗА СПІВПРАЦЮ !

Питання для опитування респондентів:

- 1. Як Ви оцінюєте свій фізичний стан ?:**
«добре»
«посереднє»
«погане»
- 2. Як Ви оцінюєте свій емоційний стан ?:**
«добре»
«посереднє»
«погане»
- 3. Чи дотримуєтеся Ви здорового способу життя ?:**
«дотримуюсь»
«частково дотримуюсь»
- 4. Чи активні Ви**
щодо здобуття інформації про власне здоров'я
щодо розуміння медичної інформації
- 5. Чи маєте Ви знання:**
про причини хвороби
про фактори їх виникнення
про методи запобігання
- 6. Чи здатні Ви розрізнити окремі симптоми хвороби ?**
- 7. Чи маєте Ви здатність до свідомого прийняття рішення щодо власного здоров'я ?**
- 8. Чи читаєте Ви вкладиш (інструкцію) до ЛЗ ?**
- 9. Чи повністю розумієте інструкцію ?**
- 10. Чи дотримуетесь термінів та частоти прийому ЛЗ ?**
- 11. Чи берете до уваги наведені в інструкції побічні дії ЛЗ ?**
- 12. Чи повністю розумієте взаємодію ЛЗ з прийомом інших ЛЗ ?**
- 13. Чи відчуваєте Ви вплив постійної стресової ситуації на погіршення свого здоров'я та загострення хронічних захворювань ?**
- 14. Чи зверталися Ви до психолога або психотерапевта ?**
- 15. Чи звертаєтесь Ви до профільного фахівця у випадку загострення хронічного захворювання?**

ДЯКУЄМО!!!