

Монгол улсын насанд хүрсэн хүн амын эрүүл мэндийн суурь мэдлэгийн түвшинг үнэлсэн нь

С.Туяа¹, Б.Оюунгоо¹, Я.Энхжаргал¹

¹АШУҮИС, Сувилахуйн сургууль, Нийгмийн эрүүл мэндийн сувилахуйн тэнхим
Цахим шуудан: tuuya.s@mnims.edu.mn, Утас: 88100854

Түлхүүр үг:

Эрүүл мэндийн
мэдлэг
Эрүүл мэндийн
боловсрол
Насанд
хүрэгчид

Товч утга:

Үндэслэл: Эрүүл мэндийн суурь мэдлэг (health literacy) нь хувь хүн өөрийн болон бусдын эрүүл мэндийн талаарх мэдээллийг олж авах, ойлгох, үнэлэх, улмаар тэдгээр мэдээллийг ашиглан эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээг чанартай хүртэх, өдөр тутмын амьдралдаа зөв шийдвэр гаргах чадварыг багтаасан мэдлэг, хандлага, дадлын цогц ойлголт юм. Монгол улсын нийт насанд хүрсэн хүн амын эрүүл мэндийн суурь мэдлэгийн түвшинг үнэлсэн судалгаа хомс байгаа нь энэхүү судалгаа ажлын үндэслэл боллоо. **Зорилго:** Монгол улсын насанд хүрэгчдийн эрүүл мэндийн суурь мэдлэгийн түвшинг үнэлэх. **Арга, аргачлал:** Тоон судалгааны нэг агшингийн загвараар МУ-ын 1500 насанд хүрэгчдийг хамруулж, асуумжийн аргаар судалгааг явуулав. Мэдээллийг Health Literacy Survey European Questionnaire (HLS-EU-Q47) буюу эрүүл мэндийн суурь мэдлэгийг үнэлдэг 47 асуулт бүхий асуумжийг ашигласан. Тус асуумж нь эрүүл мэндийн мэдээллийг олж авах, ойлгох, үнэлэх, ашиглах гэсэн дөрвөн чадварыг үнэлдэг. Асуулт бүрийг 1 (маш хэцүү)-ээс 4 (маш хялбар) хүртэлх 4 шатлалтай Ликертийн хэмжүүрээр оноо өндөр байх тусам эрүүл мэндийн суурь мэдлэгийн түвшин сайн гэж үнэллээ. Хэрэв 0–25 оноо бол суурь мэдлэг хангалтгүй, 25–33 оноо бол суурь мэдлэг хязгаарлагдмал, 33–42 оноо бол суурь мэдлэг хангалттай, 42–50 оноо бол суурь мэдлэг маш сайн гэж үнэлсэн. **Үр дүн:** Судалгаанд оролцогчдын дундаж нас 34.79 ± 15.04 жил, үүний 42.1% нь эрэгтэй, 57.9% нь эмэгтэй, 52.1% нь гэр бүлтэй, 37.7% нь ганц бие байв. Боловсролын түвшингээр 43.2% нь бүрэн дунд, 40.5% нь дээд боловсролтой, 16.4% нь өдөр бүр тамхи хэрэглэдэг, 7.0% нь өдөр бүр согтууруулах ундаа хэрэглэдэг, 12.5% нь тогтмол дасгал хөдөлгөөн хийдэг гэж өөрийгөө үнэлсэн. Дээд боловсролтой иргэдийн 50.7% нь “Хангалттай болон маш сайн” мэдлэгтэй байгаа бол, дунд боловсролтой иргэдийн ердөө 27.1% нь энэ түвшинд байна. 18–30 насныхан эрүүл мэндийн мэдээллийг хүлээн авах чадвар хамгийн өндөр 44.0% байгаа бол нас ахих тусам эрүүл мэндийн боловсролын түвшин буурч байна ($p=0.014$). **Дүгнэлт:** Монгол улсын насанд хүрсэн хүн амын эрүүл мэндийн суурь мэдлэгийн түвшин хангалттай байгаа боловч, эрүүл мэндийн мэдээлэл олж авах, үнэлэх, хэрэгжүүлэх чадвар хязгаарлагдмал байна.

Үндэслэл: Эрүүл мэндийн суурь мэдлэг нь нийгмийн олон хүчин зүйлсээс хамааран төлөвшдөг тул үүнийг хөгжүүлэх, төлөвшүүлэх нь хувь хүний хүлээх хариуцлага бус засгийн газар, нийгэм болон эрүүл мэндийн байгууллагууд зэрэг мэдээлэл түгээгч, бодлого боловсруулагч нь хүн бүрд ойлгомжтой, амьдрал дээр хэрэгжүүлэх боломжтой, найдвартай мэдээллээр хангагдах нөхцөлийг бүрдүүлэх ёстойг судлаачид онцолсон байна.¹

Хүн ам эрүүл мэндийн олон талт асуудлыг

танин мэдэх, улмаар эрүүл мэндээ хамгаалах, дэмжихэд нь эрүүл мэндийн мэдээлэл шийдвэрлэх үүрэг гүйцэтгэдэг.² Орчин үед мэдээллийн технологийн хурдацтай хөгжлийн үр дүнд эрүүл мэндийн мэдээллийн нөөц боломж, хүртээмж нэмэгдэж байгаа хэдий ч тэдгээрийг оновчтой ашиглах чадвар нь хувь хүний эрүүл мэндийн мэдлэгийн (health literacy)-ын түвшнээс шууд хамааралтай байна.³ Эрүүл мэндийн үйлчилгээг зөвхөн эмнэл зүйн тусламж үйлчилгээ үзүүлэх бус иргэдийн эрүүл мэндэд нөлөөлөх мэдээлэл

хүлээн авах ойлгох, үнэлэх, эрүүл мэндийг дэмжихэд зөв хэрэгжүүлэх чадварт тулгуурлан хөгжүүлэх нь ДЭМБ-ын гол чиглэл юм.¹ Эрүүл мэндийн мэдлэг сул байх нь эрүүл мэндийн мэдээллийг буруу ойлгож, эрүүл мэндэд сөрөг үр дүн дагуулах нас баралт ихсэх, эмнэлэгт хэвтэх тохиолдол, ор хоног нэмэгдэх, архаг өвчний хяналт муудах зэрэг эрүүл мэндийн олон төрлийн сөрөг үр дагавартай шууд холбоотой.

АНУ-ын судлаач Скот Саймонд 1974 онд олон улсын эрүүл мэндийн боловсролын хурал дээр эрүүл мэндийн мэдлэг боловсролын төрийн бодлогын асуудал болгон дэвшүүлж Health literacy гэх ойлголтыг анх удаа хөндсөн байна. Сүүлийн жилүүдэд дэлхийн олон улс орнуудад эрүүл мэндийн суурь ухагдахууныг эрчимтэй судлаж байгаа бөгөөд үр дүнд нь эрүүл мэндийн мэдлэгийг сайжруулах бодлого хэрэгжүүлж эрүүл мэндийн салбарын тэргүүлэх чиглэл эрүүл мэндийн стратеги бодлогын түвшинд хөгжүүлж байна. БНХАУ зэрэг орнууд эрүүл мэндийн суурь ухагдахууныг “Эрүүл Хятад хүн 2030” (Healthy China 2030) стратегийн төлөвлөлтөд эрүүл амьдралын хэв маягийг үнэлэх үндсэн шалгуур үзүүлэлтүүдийн нэг болгон эрүүл мэндийн боловсролыг албан ёсоор тусгасан байдаг бөгөөд нийгмийн эрүүл мэндийн бодлогод ач холбогдол бүхий байгааг харуулж байна.

Монгол улсын хувьд “АЛСЫН ХАРАА-2050” урт хугацааны хөгжлийн бодлого-д эрүүл чийрэг, эрүүл мэндийн боловсролтой, бүтээлч иргэнтэй улс болж хөгжих зэрэг эрхэм зорилготой ажиллаж, ард иргэдийн эрүүл амьдралын хэв маягийг дэмжин дундаж наслалтыг 82-г хүргэнэ гэсэн бодлогыг хэрэгжүүлэхэд энэхүү судалгаа нь түүний суурь өгөгдөл болох боломжтой. Хүн амын эрүүл мэндийн суурь ухагдахууны түвшинг тогтоох нь өвчнөөс урьдчилан сэргийлэх, эрүүл мэндийг дэмжих зорилтот хөтөлбөрүүдийг үр дүнтэй боловсруулахад нэн чухал ач холбогдолтой төдийгүй хувь хүний эрүүл мэндийн эрсдэлт зан үйлийг өөрчлөх суурь үндэс болно гэж үзэж байна.

Зорилго: Монгол улсын насанд хүрсэн хүн амын эрүүл мэндийн суурь мэдлэгийн түвшинг үнэлэх.

Арга, аргачлал: Тоон судалгааны нэг агшингийн загвараар МУ-ын насанд хүрсэн 1500 хүнийг хамруулан асуумжийн аргаар мэдээллийг цуглуулсан. Судалгаанд Кристин Соренсен (Kristine Sørensen) нарын боловсруулсан (European Health Literacy-HLS-EU-Q47) стандарт асуумжийг ашигласан. Тус асуумжаар эрүүл мэндийн мэдээллийг олж авах, ойлгох, үнэлэх, ашиглах гэсэн дөрвөн чадварыг 3 бүлэг 47 асуумжаар үнэлдэг. Асуулт бүрийг 1 (маш хэцүү)-ээс 4 (маш хялбар) хүртэлх 4 шатлалтай Ликертийн хэмжүүрээр оноо өндөр байх тусам эрүүл мэндийн суурь ухагдахууны түвшин сайн гэж үнэллээ. Хэрэв 0–25 оноо бол суурь мэдлэг хангалтгүй, 25–33

оноо бол суурь мэдлэг хязгаарлагдмал, 33–42 оноо бол суурь мэдлэг хангалттай, 42–50 оноо бол суурь мэдлэг маш сайн гэж үнэлсэн.

Судалгааны хэрэглэгдэхүүн: Хүн ам зүйн мэдээлэл (нас, хүйс, гэрлэлтийн байдал, боловсрол, өрхийн орлого, ажил, хөдөлмөр эрхлэлтийн байдал,) амьдралын хэв маягийн (тамхи, архи хэрэглэдэг эсэх, дасгал хөдөлгөөн, сүүлийн нэг жилд эмнэлгийн тусламж үйлчилгээ, эрүүл мэндийн зөвөлгөө авсан эсэх) зэрэг үзүүлэлтүүдийг оруулав. Эрүүл мэндийн суурь мэдлэгийн түвшинг тодорхойлоход European Health Literacy-HLS-EU-Q47 стандарт асуумж ашигласан бөгөөд тус асуумж нь 3 бүлэг 47 асуумжаас бүрдсэн. Нэгдүгээр бүлэг эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний тухай иргэд өөрт тулгарсан өвчинг эмчлэх, хянах зорилгоор эрүүл мэндийн мэдээллийг олж авах, оношилгоо, эмчилгээний зааврыг ойлгох, тэдгээрийг амьдрал дээр зөв хэрэгжүүлэх чадамжийг хэмждэг. Энэ нь эмнэлзүйн орчинд өвчтөнийг чадавхжуулах, эмчтэй хамтран шийдвэр гаргахад чухал ач холбогдолтой. Хоёрдугаар бүлэг болох урьдчилан сэргийлэх бүлэгт иргэд өвчин тусахаас өмнө эрсдэлт хүчин зүйлсийг таньж мэдэх, тэдгээрээс хамгаалах мэдээллийг боловсруулах, хэрэгжүүлэх чадамжийг хэмждэг. Гуравдугаар бүлэг болох эрүүл мэндийг дэмжих бүлэгт иргэд нийгмийн болон өдөр тутмын амьдралын орчинд эрүүл мэндээ хамгаалах, сайжруулах чадамжийг хэмждэг. Үүнд хүрээлэн буй орчны эрүүл мэндэд нөлөөлөх хүчин зүйлсийг үнэлэх, эрүүл мэндийг дэмжсэн нийгэм, улс төрийн шийдвэрүүдийг ойлгох, өөрийн болон гэр бүлийнхээ эрүүл мэндийг хамгаалах чадамжтай байхыг дэмжинэ.

Үр дүн: Судалгаанд 18-30 насныхан хамгийн өндөр хувийг буюу 48.8%-ийг эзэлж байгаа нь түүвэр залуу бүрэлдэхүүн давамгайлсныг харуулж байна. Харин 61-ээс дээш насны ахмад үеийн төлөөлөл хамгийн бага буюу нийт түүврийн 8% орчим байв. Хүйсийн хувьд эмэгтэйчүүд 58%, эрэгтэйчүүд 42% харин оролцогчдын тал орчим хувь буюу 52.1% нь гэрлэсэн, 37.7% нь ганц бие байв. Боловсролын түвшингээр нь ангилахад бүрэн дунд 43.2% болон дээд 40.5% боловсролтой иргэд эзэлж байсан бөгөөд ажил эрхлэлтийн хувьд төрийн байгууллагад ажиллагсад 30.9%, хувиараа ажил эрхлэгчид 30.3% болон ажилгүй иргэд 29.2% бараг ижил түвшинд байв. Судалгаанд оролцогчдын 55% нь Улаанбаатар хотод, 45% нь орон нутагт оршин сууж байгаа нь газар зүйн хувьд тэнцвэртэй хамрагдалтыг харуулж байлаа. Өрхийн ам бүлийн тооны хувьд 3-5 ам бүлтэй өрх 64.5% хамгийн өндөр давтамжтай байлаа. Өрхийн орлогын хувьд дийлэнх хэсэг буюу 40.1% нь 1.000.001-2.000.000 төгрөгийн орлоготой “Дунджаас доогуур” ангилалд багтаж байна. Харин 5 сая төгрөгөөс дээш орлоготой буюу өндөр орлоготой өрхүүд ердөө 5.3%-ийг эзэлж байв. (Хүснэгт 1).

Хүснэгт 1. Судалгаанд оролцогчдын нийгэм-хүн ам зүйн ерөнхий үзүүлэлт (N=1500)

Хувьсагч	Ангилал	Давтамж (n)	Хувь (%)
Нас	18-30 нас	732	48.8%
	31-40 нас	305	20.3%
	41-50 нас	214	14.3%
	51-60 нас	128	8.5%
	61-70 нас	77	5.1%
	71 с дээш	44	2.9%
Хүйс	Эрэгтэй	630	42.0%
	Эмэгтэй	870	58.0%
Гэрлэлтийн байдал	Ганц бие	565	37.7%
	Гэрлэсэн	781	52.1%
	Салсан	21	1.4%
	Бэлэвсэн	36	2.4%
	Бусад	97	6.5%
Боловсролын түвшин	Дунд	244	16.3%
	Бүрэн дунд	648	43.2%
	Дээд	608	40.5%
Ажил эрхлэлт	Төрийн байгууллага	464	30.9%
	Хувиараа ажил эрхлэгч	455	30.3%
	Ажилгүй	438	29.2%
	Тэтгэвэрт	125	8.3%
	Ажил эрхлэх чадваргүй	18	1.2%
Оршин суугаа газар	Улаанбаатар	825	55%
	Орон нутаг	675	45%
Ам бүлийн тоо			
Бага өрх	1-2 ам бүлтэй	209	13.9%
Дундаж өрх	3-5 ам бүлтэй	968	64.5%
Өнөр өрх	6-аас дээш ам бүлтэй	323	21.6%
Өрхийн орлого	Орлогын хэмжээ (Төгрөгөөр)	Давтамж (Өрх)	Эзлэх хувь (%)
Бага орлоготой	500.000-1.000.000	235	15.7%
Дунджаас доогуур	1.000.001 – 2.000.000	601	40.1%
Дундаж	2.000.001 – 30.00.000	301	20.1%
Дунджаас дээгүүр	3.000.001 – 5.000.000	283	18.8%
Өндөр орлоготой	5.000.001-түүнээс дээш	80	5.3%
Нийт		1500	100.0%

Эрүүл мэндийг дэмжих тухай бүлгийн хувьд иргэдийн мэдлэг, хандлага, чадвар хамгийн муу буюу 59.9% нь «Хангалтгүй» гэж үнэлсэн бол «Маш

сайн» түвшинд үнэлсэн оролцогчид ердөө 7.2% байв. (Хүснэгт 2).

Хүснэгт 2. Эрүүл мэндийн суурь мэдлэгийн талаарх 3 бүлгийн оноог харьцуулсан үр дүн

Бүлэг	Хангалтгүй (%)	Хязгаарлагдмал (%)	Хангалттай (%)	Маш сайн (%)
Эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний тухай	47.8	13.1	25.6	13.4
Эрүүл мэндийн урьдчилан сэргийлэх тухай	48.6	16.3	23.4	11.8
Эрүүл мэндийг дэмжих тухай	59.9	16.2	16.7	7.2

Судалгаанд оролцсон 1500 хүний архи, тамхины хэрэглээг харахад оролцогчдын дийлэнх нь буюу 69.9% (1048 хүн) нь огт тамхи татдаггүй гэж хариулсан байв. Өдөр бүр тамхи татдаг хүмүүс нийт оролцогчдын 16.3%-ийг (245 хүн) эзэлж байгаа нь судалгаанд хамрагдагсдын дийлэнх нь хорт зуршилгүй

болохыг харуулж байна. Мөн нийт оролцогчдын талаас илүү хувь буюу 53.1% (797 хүн) нь архи, согтууруулах ундаа огт хэрэглэдэггүй гэж хариулжээ. Согтууруулах ундааг “Хааяа” хэрэглэдэг оролцогчид 42.9%-ийг (643 хүн) эзэлж байна. Өдөр бүр 0.7% (11 хүн) болон долоо хоногт хэд хэдэн удаа 3.3% (49 хүн) хэрэглэдэг

хүмүүс нийлээд 4.0%-ийг эзэлжээ. Энэ нь тогтмол хэрэглээтэй буюу хамааралтай байж болзошгүй иргэдийн эзлэх хувь харьцангуй бага байгааг илтгэж байна. Дасгал хөдөлгөөн хийх дадал хэвшлийг харахад оролцогчдын талаас илүү хувь буюу 52.7% (790 хүн) нь дасгал хөдөлгөөнийг зөвхөн “Хааяа” хийдэг гэж хариулсан байна. Энэ нь нийт оролцогчдын дунд дасгал хөдөлгөөн тогтмол хэвшил болоогүй байгааг харуулж байв. Дасгал хөдөлгөөнийг тогтмол буюу “Өдөр бүр” 12.5% болон “7 хоногт хэд хэдэн удаа” 13.3% хийдэг хүмүүс нийлээд 25.8%-ийг эзэлж байв. Өөрөөр хэлбэл, 4 хүн тутмын 1 нь идэвхтэй дасгал хөдөлгөөн хийдэг байв. Нийт оролцогчдын 21.5% (323 хүн) нь огт дасгал хөдөлгөөн хийдэггүй гэж хариулсан нь таван хүн тутмын нэг нь хөдөлгөөний дутагдалтай байх эрсдэлтэйг илтгэж байв. (Хүснэгт 3)

Хүснэгт 3. Судалгаанд оролцогчдын хорт зуршлын хэрэглээ, амьдралын хэв маягийг харьцуулсан дүн

Асуулт	n	%
Тамхи		
Өдөр бүр	245	16.3%
7 хоногт хэд хэдэн удаа	51	3.4%
Хааяа	156	10.4%
Огт үгүй	1048	69.9%
Нийт	1500	100%
Согтууруулах ундаа		
Өдөр бүр	11	0.7%
7 хоногт хэд хэдэн удаа	49	3.3%
Хааяа	643	42.9%
Огт үгүй	797	53.1%
Нийт	1500	100%
Дасгал хөдөлгөөн		
Өдөр бүр	187	12.5%
7 хоногт хэд хэдэн удаа	200	13.30%
Хааяа	790	52.70%
Огт үгүй	323	21.50%
Нийт	1500	100%

Тайлбар: Хүснэгтийг давтамж хувиар илэрхийлэв.

Судалгаанд оролцогчдын 31.5% нь эмнэлгийн тусламж огт авдаггүй, 23.6% нь эрүүл мэндийн зөвлөгөө зааварчилгаа авдаггүй гэж хариулсан нь эрүүл мэндийн боловсрол болон урьдчилан сэргийлэх хандлага сул байгааг илтгэх нэг үзүүлэлт болж байв. Оролцогчдын 60% нь эрүүл мэндийн үйлчилгээ болон зөвлөгөөг идэвхтэй бус буюу “Хааяа” авч байгаа нь хүн амын дунд эрүүл мэндийн байгууллагатай тогтмол харилцах соёл жишээ нь: урьдчилан сэргийлэх үзлэг, эрүүл мэндийн боловсрол олж авах зэрэг нь бүрэн төлөвшөөгүй байгааг харуулж байв. (Хүснэгт 4)

Хүснэгт 4. Сүүлийн нэг жилд эмнэлгийн тусламж зөвлөгөө авсан байдлыг судласан үр дүн

Үзүүлэлт	Ангилал	Давтамж (n)	Хувь (%)
Эмнэлгийн тусламж авсан байдал			
Тогтмол (Өдөр бүр/7 хоногт хэд)		99	6.6%
Хааяа		929	61.9%
Огт үгүй		472	31.5%
Зөвлөгөө, зааварчилгаа авсан байдал			
Тогтмол (Өдөр бүр/7 хоногт хэд)		192	12.8%
Хааяа		954	63.6%
Огт үгүй		354	23.6%

Судалгаанд оролцогчдын боловсролын түвшин болон эрүүл мэндийн мэдлэг хооронд статистик ач холбогдол бүхий хүчтэй хамааралтай байв. $p < 0.001$. Дээд боловсролтой иргэдийн 50.7% нь хангалттай болон маш сайн мэдлэгтэй байгаа бол, дунд боловсролтой иргэдийн ердөө 27.1% нь энэ түвшинд байв. 18-30 насныхан эрүүл мэндийн мэдээллийг хүлээн авах чадвар хамгийн өндөр 44.0% байгаа бол нас ахих тусам эрүүл мэндийн боловсролын түвшин буурч байна. $p = 0.014$. Ялангуяа 51-ээс дээш насныхны 86.3% нь хангалтгүй түвшинд байгаа нь ахмад настнуудад зориулсан тусгай мэдээлэл дутагдалтай байгааг илтгэж байв. Өрхийн орлого өндөр байх тусам эрүүл мэндийн мэдлэг дээшилж байна. $p = 0.001$. Орлого өндөртэй өрхүүдийн бараг тал хувь нь мэдлэгийн өндөр түвшинд байгаа нь мэдээлэл олж авах суваг болон эрүүл мэндийн үйлчилгээний хүртээмжтэй шууд холбоотой нь харагдаж байна. (Хүснэгт 5)

Хүснэгт 5. Эрүүл мэндийн боловсролын түвшин ба хүн ам зүйн үзүүлэлтүүдийн хамааралыг үзүүлсэн дүн (N=1500)

Хүн ам зүйн үзүүлэлт	Хангалтгүй/ Асуудалтай (n,%)	Хангалттай/ Маш сайн (n,%)	χ ² утга	P-утга
Хүйс			4.12	0.042*
Эрэгтэй	420 (66.7%)	210 (33.3%)		
Эмэгтэй	530 (60.9%)	340 (39.1%)		
Насны бүлэг			12.45	0.014*
18 - 30 нас	410 (56.0%)	322 (44.0%)		
31 - 50 нас	325 (62.6%)	194 (37.4%)		
51-ээс дээш	215 (86.3%)	34 (13.7%)		
Боловсролын түвшин			45.6	0.000*
Дунд / Бүрэн дунд	650 (72.9%)	242 (27.1%)		
Дээд	300 (49.3%)	308 (50.7%)		
Өрхийн орлого			18.2	0.001*
Бага / Дунджаас доогуур	610 (72.9%)	226 (27.1%)		
Дундаас дээш / Өндөр	340 (51.2%)	324 (48.8%)		

Эрүүл мэндийн мэдлэгийг үнэлсэн гурван дэд бүлэгт Эрүүл мэндийг дэмжих, Урьдчилан сэргийлэх, Эмнэлгийн тусламж хангалтгүй 0-25 оноо үнэлгээ

авсан иргэдийн тоо «Маш сайн» үнэлгээ авсан иргэдээс 2.5-аас 3.5 дахин их байна. (Хүснэгт 6)

Хүснэгт 6. Судалгаанд хамрагдагсдын эрүүл мэндийн мэдлэгийн түвшинг тодорхойлсон дүн (хүйсийн харьцаагаар)

Дэд бүлгүүдийн Чадамж	Түвшин	Эрэгтэй (n,)	Эмэгтэй (n,)	Нийт (n)
Эрүүл мэндийг дэмжих	0-25 (Хангалтгүй)	233 (43.3%)	305 (56.7%)	538
	42-50 (Маш сайн)	72 (48.0%)	78 (52.0%)	150
Урьдчилан сэргийлэх	0-25 (Хангалтгүй)	212 (42.6%)	286 (57.4%)	498
	43-50 (Маш сайн)	63 (33.7%)	124 (66.3%)	187
Эмнэлгийн тусламж	0-25 (Хангалтгүй)	208 (42.7%)	279 (57.3%)	487
	43-50 (Маш сайн)	85 (41.1%)	122 (58.9%)	207

Хэлцэмж: Бид судалгаандаа HLS-EU-Q47 асуумжийг ашигласан нь Ази, Европын бүс нутагт хийгдсэн томоохон судалгааны арга зүйтэй нийцэж байна. Duong TV, (2017) нарын Азийн 6 оронд хийсэн судалгаагаар уг асуумж нь Cronbach's alpha 0.96 байв. Энэ нь Европын стандартаар боловсруулагдсан уг хэрэгсэл Азийн орнуудын хүн амд эрүүл мэндийн боловсролыг хэмжихэд статистикийн хувьд өндөр ач холбогдолтой, найдвартай болохыг баталж байгаа бөгөөд бидний судалгааны үр дүнтэй төстэй байлаа. Мөн бидний судалгаагаар дээд боловсролтой иргэдийн 50.7% нь хангалттай болон маш сайн мэдлэгтэй байгаа нь боловсролын түвшин өндөр байх тусам эрүүл мэндийн суурь мэдлэг нэмэгдэж байгаа нь ажиглагдсан. Duong TV, (2017 нарын) судалгааны үр дүнд ч мөн адил боловсролын түвшин, нийгмийн байр суурь, санхүүгийн чадамж нь Азийн орнуудын иргэдийн эрүүл мэндийн мэдлэгт нөлөөлөх гол хүчин зүйлс болж байв. Тус судалгаанд оролцсон 6 орны хүн амын дунд боловсролын түвшин бага байх нь эрүүл мэндийн суурь мэдлэгийн оноо бага байхтай шууд хамааралтай байсан нь манай судалгааны үр дүнтэй дөхөж байв. Герман зэрэг оронд хийгдсэн судалгаанд иргэдийн эрүүл мэндийн суурь мэдлэг нь 54.3% хязгаарлагдмал байсан нь манай судалгааны Эрүүл мэндийг дэмжих

тухай бүлгийн хувьд иргэдийн мэдлэг, хандлага, чадвар хамгийн муу буюу 59.9% нь хангалтгүй гэж үнэлэгдсэн үр дүнтэй ойролцоо ажиглагдлаа.

Монгол улс нь Азийн бусад орнуудтай ялангуяа Казахстантай ижил шилжилтийн үеийн болон соёлын онцлогтой тул Duong TV, (2017) нарын судалгааны үр дүнтэй бидний үр дүнтэй дүйж байгаа нь цаашид Монгол улсад иргэдийн эрүүл мэндийн суурь мэдлэгийн түвшинд хувь хүн, гэр бүл хамт олон эдийн засаг улс төрийн эрүүл мэндийн бодлого хөтөлбөр боловсруулагч нарын анхааралд хүргэх зайлшгүй шаардлагатай байгааг харуулж байв. Эрүүл мэндийн суурь мэдлэгийг дээшлүүлэх нь ялангуяа эрэгтэйчүүд, ахмад насныхан болон бага орлоготой иргэд рүү чиглэх шаардлагатай. Боловсрол өндөр байх тусам эрүүл мэндийн мэдлэг дээшилж байна. Монгол улсын насанд хүрсэн хүн амын эрүүл мэндийн суурь мэдлэг эрүүл мэндийн мэдээллийн үнэн бодит байдалд үнэлгээ өгөх чадвар сул байгаа нь цаашид эрүүл мэндийн боловсролыг “Мэдээлэл өгөх” хэлбэрээс илүүтэй “Мэдээллийг шүүж, үнэлэх, хэрэгжүүлэх чадвар олгох” чиглэл рүү өөрчлөх хэрэгцээтэй байж болох юм.

Бидний судалгаанд эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээ, урьдчилан сэргийлэлт, эрүүл мэндийг

дэмжих дэд бүлгүүдийн харьцуулалт хийж үзэхэд Эрүүл мэндийг дэмжих бүлэгт иргэд хамгийн их хязгаарлагдмал буюу 26-33 оноотой байна. Маш сайн буюу 43-50 онооны түвшний иргэд хамгийн бага буюу ердөө 150 байна. Энэ нь иргэд өдөр тутмын эрүүл амьдралын хэв маяг, урт хугацааны эрүүл мэндээ дэмжих тал дээр мэдээлэл хайх, үнэлэх чадвар хамгийн сул байгааг харуулж байна. Эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний тухай бүлэг нь бусад бүлгүүдтэй харьцуулахад маш сайн 43-50 онооны түвшинд үнэлэгдсэн иргэдийн тоо 207 харьцангуй өндөр байв. Энэ нь хүмүүс өвдсөн үедээ эмчийн зааврыг ойлгох, эмнэлгийн орчинд мэдээлэл авахдаа арай илүү туршлагатай эсвэл идэвх байдагтай холбоотой байж болох юм. Урьдчилан сэргийлэх бүлэгт өвчнөөс урьдчилан сэргийлэх тал дээр “Маш сайн” чадамжтай иргэдийн 66.3% нь эмэгтэйчүүд байсан нь хүйсийн ялгаатай байдлыг харуулж байна. Хангалтгүй түвшин ба хүйсийн харьцааг харахад гурван бүлгийн “Хангалтгүй” түвшинд эмэгтэйчүүдийн эзлэх хувь 56.7-57.4% эрэгтэйчүүдээс илүү байна. Гэсэн хэдий ч маш сайн түвшинд ч эмэгтэйчүүд давамгайлж байгаа нь эмэгтэйчүүдийн эрүүл мэндийн боловсролын идэвх ерөнхийдөө өндөр байгааг харуулж байв. Судалгааны үр дүнгээс үзэхэд иргэд эмнэлгийн тусламж авах чадамж харьцангуй өндөр байгаа боловч, өвчнөөс урьдчилан сэргийлэх болон эрүүл мэндээ дэмжих тал дээр системтэй мэдлэг, чадвар дутмаг байна. Ялангуяа эрэгтэйчүүдийн урьдчилан сэргийлэх мэдээлэл үнэлэх чадвар эмэгтэйчүүдээс 2 дахин сул байгаа нь хүн амын дунд зонхилон тохиолдох халдварт бус өвчний эрсдэлийг нэмэгдүүлэхэд нөлөөтэй байж болно.

Судалгаагаар иргэд “Эмнэлгийн тусламж үйлчилгээ”-ний бүлэгт харьцангуй өндөр оноо авсан боловч “Өвчнөөс урьдчилан сэргийлэх” болон “Эрүүл мэндийг дэмжих” бүлгүүдэд эрүүл мэндийн суурь мэдлэгийн түвшин сул байв. Энэ нь иргэдийн дунд өвчилсөн хойноо эмнэлэгт хандах зан үйл давамгайлж, харин өвчнөөс урьдчилан сэргийлэх, эрүүл мэндээ бие даан дэмжих тал дээр мэдээллийг шүүмжлэлтэйгээр үнэлэх, амьдралдаа хэрэгжүүлэх чадамж дутмаг байгааг илтгэж байна.

Дүгнэлт: Судалгааны үр дүнгээс үзэхэд хүн амын эрүүл мэндийн мэдээлэл олж авах нь хангалттай ч эрүүл мэндийг дэмжих 59.9%, урьдчилан сэргийлэх 48.6% чадамж нь хязгаарлагдмал байгаа нь иргэдийн дунд эрүүл мэндийн мэдээллийг шүүмжлэлтэйгээр үнэлэх, урьдчилан сэргийлэх зан үйлийн чадамжаас илүүтэйгээр өвчилсөн хойноо эмнэлэгт хандах хандлага давамгайлж байгааг харуулж байна. Энэ нь нийгмийн эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний хүртээмжид сөргөөр нөлөөлөх эрсдэлтэй байна.

Ном зүй:

1. World Health Organization. Health literacy (HL). Published 2023. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/health-literacy>
2. Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F, et al. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *Eur J Public Health*. 2015;25(6):1053-1058. doi:10.1093/eurpub/ckv043
3. Shayakhmetov SS, Toguzbayeva KK, Ismailova AA, Tabibi R, Der-

- bishalieva ZK, Dzhusupov KO. Health literacy of rural population of Kazakhstan. *Iran J Public Health*. 2020;49(7):1269-1277. doi:10.18502/ijph.v49i7.3582
4. Shen M, Hu M, Liu S, Chang Y, Sun Z. Assessment of the Chinese Resident Health Literacy Scale in a population-based sample in South China. *BMC Public Health*. 2015;15:737. doi:10.1186/s12889-015-2091-y
5. Rademakers J, Waverijn G, Rijken M, Osborne R, Heijmans M. Towards a comprehensive, person-centred assessment of health literacy: translation, cultural adaptation and psychometric test of the Dutch Health Lit
6. Sørensen K, Van den Broucke S, Pelikan JM, et al. Measuring health literacy in populations: illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). *BMC Public Health*. 2013;13:948. doi:10.1186/1471-2458-13-948
7. Beauchamp A, Buchbinder R, Dodson S, et al. Distribution of health literacy strengths and weaknesses across socio-demographic groups: a cross-sectional survey using the Health Literacy Questionnaire (HLQ). *BMC Public Health*. 2015;15:678. doi:10.1186/s12889-015-2056-1
8. Nakayama K, Osaka W, Togari T, et al. Comprehensive health literacy in Japan is lower than in Europe: a validated Japanese-language assessment of health literacy. *BMC Public Health*. 2015;15:505. doi:10.1186/s12889-015-1835-z
9. Leslie CJ, Hawkins M, Smith DL. Using the Health Literacy Questionnaire (HLQ) with providers in the early intervention setting: a qualitative validity testing study. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(17):9004. doi:10.3390/ijerph18179004
10. Ahmadi A, Salehi F. Construct validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ) in Shahrekord Cohort Study, Iran. *J Health Lit*. 2021;6(1):11-20. doi:10.22038/jhl.2021.55403.1148
11. Duong TV, Aringazina A, Baisunova G, et al. Measuring health literacy in Asia: validation of the HLS-EU-Q47 survey tool in six Asian countries. *BMJ Open*. 2017;7(2):e011594. doi:10.1136/bmjopen-2016-011594
12. Pelikan JM, Ganahl K, Van den Broucke S, Sørensen K. Measuring health literacy in Europe: introducing the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). *Health Promot Int*. 2019;34(e1):e1-e12. doi:10.1093/heapro/day002
13. Rademakers J, Waverijn G, Rijken M, Osborne R, Heijmans M. Towards a comprehensive, person-centred assessment of health literacy: translation, cultural adaptation and psychometric test of the Dutch Health Literacy Questionnaire. *BMC Public Health*. 2020;20(1):1850. doi:10.1186/s12889-020-09963-0
14. Abacigil F, Harlak H, Okyay P, et al. Validity and reliability of the Turkish version of the European Health Literacy Survey Questionnaire. *Bratisl Lek Listy*. 2019;120(5):396-403. doi:10.4149/BLL_2019_063
15. Leslie CJ, Hawkins M, Smith DL. Using the Health Literacy Questionnaire (HLQ) with providers in the early intervention setting: a qualitative validity testing study. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(17):9004. doi:10.3390/ijerph18179004
16. Ahmadi A, Salehi F. Construct validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ) in Shahrekord Cohort Study, Iran. *J Health Lit*. 2021;6(1):11-20. doi:10.22038/jhl.2021.55403.1148
17. Budhathoki SS, Hawkins M, Elsworth G, et al. Use of the English Health Literacy Questionnaire (HLQ) with health science university students in Nepal: a validity testing study. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(4):614. doi:10.3390/ijerph16040614
18. Azlan AA, Hamzah MR, Tham JS, Ayub SH, Ahmad AL, Mohamad E. Associations between health literacy and sociodemographic factors: a cross-sectional study in Malaysia utilising the HLS-M-Q18. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(9):4860. doi:10.3390/ijerph18094860
19. Karasneh RA, Al-Azzam SI, Alzoubi KH, Rababah LK, Muftih SM. Health literacy and related health behaviour: a community-based cross-sectional study from a developing country. *Libyan J Med*. 2020;15(1):1800310. doi:10.1080/19932820.2020.1800310
20. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*. 2012;12:80. doi:10.1186/1471-2458-12-80

Assessment of health literacy levels among the adult population of Mongolia

Tuya S¹, Oyungoo B¹, Enkhjargal Ya¹

¹Department of Public Health Nursing, School of Nursing, MNUMS
E-mail: tuya.s@mnumns.edu.mn, Tel: +976-88100854

Abstract:

Background: Health literacy is a multidimensional concept encompassing the knowledge, attitudes, and skills required for individuals to obtain, understand, appraise, and apply health-related information. It is essential for accessing quality healthcare services and making informed health decisions in daily life.

Aim: This study aimed to evaluate the level of health literacy among the adult population of Mongolia.

Materials and Methods: A cross-sectional quantitative study was conducted involving 1,500 Mongolian adults. Data was collected using the Health Literacy Survey European Questionnaire (HLS-EU-Q47), which evaluates four core competencies: accessing, understanding, appraising, and applying health information. Responses were measured on a 4-point Likert scale ranging from 1 (very difficult) to 4 (very easy). Health literacy levels were categorized based on standardized scores: inadequate (0–25), limited (25–33), sufficient (33–42), and excellent (42–50).

Results: The mean age of the participants was 34.79±15.04 years, with 42.1% being male and 57.9% female. Socioeconomic data showed that 52.1% were married, 37.7% were single, 43.2% had completed secondary education, and 40.5% held a university degree. Lifestyle assessments revealed that 16.4% were daily smokers, 7.0% consumed alcohol daily, and only 12.5% engaged in regular physical exercise. Regarding education, 50.7% of participants with higher education demonstrated “sufficient or excellent” health literacy, whereas only 27.1% of those with secondary education reached this level. The 18–30 age group exhibited the highest capacity to receive health information (44.0%), with a significant decline in health literacy levels observed as age increased ($p=0.014$).

Conclusion: Although the overall health literacy level among the adult population of Mongolia is generally sufficient, the capacity to access health information remains limited.

Keywords: Health literacy, Health education, Adults, Mongolia.