

Министерство здравоохранения Республики Казахстан
Национальный Центр общественного здравоохранения

Национальный отчет

«Доля граждан Казахстана, ведущих здоровый образ жизни»

(Результаты социологического исследования – 2021 г.)

Астана -Алматы 2022 г.

СОДЕРЖАНИЕ

1. КРАТКИЙ ОБЗОР. СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ	7
2. МЕТОДОЛОГИЯ И ОРГАНИЗАЦИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ	10
3 СОБСТВЕННЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ	18
3.1 РЕЗУЛЬТАТЫ РАСЧЕТА ИНТЕГРИРОВАННОГО ПОКАЗАТЕЛЯ «ДОЛЯ ГРАЖДАН РК, ВЕДУЩИХ ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ»	18
3.2 ИЗУЧЕНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ОТДЕЛЬНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА	22
3.3 ИЗУЧЕНИЕ РЕГИОНАЛЬНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ В ВОПРОСАХ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА И ОБРАЗА ЖИЗНИ	27
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	39
ЛИТЕРАТУРА	41
ПРИЛОЖЕНИЕ	42

Определения

Фактор риска - аспект личного поведения или образа жизни, воздействие окружающей среды или наследственная особенность, которая связана с увеличением частоты возникновения определенного заболевания, травмы или другого состояния здоровья.

Здоровый образ жизни - образ жизни, снижающий риск серьезного заболевания или преждевременной смерти

Распространенность – доля лиц с тем или иным состоянием, признаком (в данном случае – фактором риска) в определенный момент времени. Распространенность, рассчитанная по данным, которые были получены в исследованиях высокого методологического качества, позволяет определить вероятность наличия изучаемого состояния (здесь – фактора).

Мониторинг (от латинского слова «monitor» – предостерегающий) – систематический сбор и обработка информации, которая может и должна быть использована для принятия решений в отношении мер по улучшению здоровья населения.

Приверженность здоровому образу жизни – степень соответствия поведения человека рекомендуемым уровням/нормам условных компонентов здорового образа жизни.

Высокая приверженность здоровому образу жизни - отсутствие курения, при наличии остальных четырех компонентов здорового образа жизни (отсутствие злоупотребления алкоголем, ежедневное потребление фруктов и овощей не менее 400 грамм, нормальное, не более 5 грамм потребление соли в сутки, физическая активность не менее 150 мин умеренной интенсивной физической нагрузки в неделю).

Удовлетворительная приверженность здоровому образу жизни - отсутствие курения, при этом может отсутствовать один любой другой компонент здорового образа жизни.

Употребление алкоголя в опасных дозах – употребление алкоголя более 168 г чистого этанола в неделю для мужчин и более 84 г - для женщин.

Сокращения

МЗ РК	Министерство здравоохранения Республики Казахстан
НЦОЗ	Национальный Центр общественного здравоохранения
ФГБУ	Федеральное Государственное Бюджетное Учреждение
ФР	Фактор риска
ХНИЗ	Хронические неинфекционные заболевания
ФЗОЖ	Формирование здорового образа жизни
НФА	Недостаточная/низкая физическая активность
ВОЗ	Всемирная Организация Здравоохранения

Ключевые слова

Здоровый образ жизни

Приверженность

Доля лиц, ведущих ЗОЖ

Курение

Потребление овощей и фруктов

Употребление алкоголя

Потребление соли

Физическая активность

Поведенческие факторы риска

Состав участников процесса подготовки аналитического исследования

Национальный отчет и социологическое исследование выполнены согласно плана реализации Национального проекта «Качественное и доступное здравоохранение для каждого гражданина «Здоровая нация» Министерства здравоохранения Республики Казахстан на 2021-2025 годы, Направление 4. «Увеличение доли населения, ведущих здоровый образ жизни и развитие массового спорта».

Ответственный исполнитель Национальный Центр общественного здравоохранения МЗ РК, при содействии Министерства здравоохранения РК.

В основе национального отчета лежат материалы социологического опроса взрослого населения Казахстана, выполненные под руководством руководителей областных и городских (республиканского значения) управлений здравоохранения.

Разработку методики осуществил ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр профилактической медицины «Минздрава России».

Методика расчета показателей «Доля граждан, ведущих здоровый образ жизни (процент)» утверждена Федеральной службой государственной статистики (Росстат).

Национальным Центром общественного здравоохранения для опроса населения была разработана адаптированная к условиям Казахстана анкета (на государственном и русском языках), включающая основные индикаторы здорового образа жизни, включенные в оценку, проведен обучающий семинар с представителями управлений здравоохранения и исполнителями на местах с подробным описанием методики проведения социологического опроса и вводом данных в специальную форму с бумажных носителей по каждому региону.

Социологический опрос и ввод данных опроса выполнены региональными исполнителями областей и городов республиканского значения.

Формирование базы данных, статистическая обработка, расчет интегрированных показателей, ранжирование регионов и подготовка Национального отчета осуществлены Национальным Центром общественного здравоохранения РК.

Авторы:

Калмакова Ж.А., Адаева А.А., Абдрахманова Ш.З., Слажнева Т.И., Назарова С.А., Сулейманова Н.А. НЦОЗ МЗ РК Астана-Алматы, 2022 г.

1. КРАТКИЙ ОБЗОР СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ

Регулярное изучение поведенческих и связанных с ними факторов риска (ФР) и разработка системы поведенческих ФР неинфекционных заболеваний (НИЗ) для регулярной оценки их распространенности динамики среди населения страны является источником получения надежной информации для научно-обоснованных решений в области политики укрепления здоровья и профилактики заболеваний.

Осуществление мероприятий, направленных на изменение образа жизни и поддержание на высоком уровне ведущих характеристик ЗОЖ, способствует повышению мотивации населения к ведению ЗОЖ и улучшению показателей здоровья населения. Систематический анализ и изучение особенностей состояния здоровья в динамике, выявление ведущих факторов и условий, оказывающих самое непосредственное воздействие на здоровье, важнейшим моментом в разработке мероприятий, направленных на совершенствование профилактической помощи населению.

Долгосрочной стратегией развития государства «Стратегия «Казахстан-2050» определено: «Здоровье нации – основа нашего успешного будущего. Здоровый образ жизни является ключом к здоровью нации». Формирование здорового образа жизни (ФЗОЖ) в этом контексте является одной из важнейших задач современной социальной политики Казахстана [1].

В Казахстане формированию здорового образа жизни населения и мониторингу данного процесса придается большое значение. С момента организации Национального Центра проблем формирования здорового образа жизни МЗРК проведено шесть национальных исследований в 1998, 2001, 2004, 2007, 2012 и 2015 годах с ежегодным охватом населения более 24000 тысяч во всех регионах РК. Полученные данные позволили отслеживать динамику распространенности поведенческих факторов риска, а также республиканские и региональные данные позволили правительству и местным органам здравоохранения скорректировать планы профилактической деятельности и информационной пропаганды. Объектом исследования явилось население республики с 11 лет и старше, в качестве предметов исследования были определены показатели образа и условий жизни, а также состояния здоровья населения РК [2].

В 2021 году в Республике принимается к исполнению Национальный проект «Качественное и доступное здравоохранение для каждого гражданина «Здоровая нация», в котором ставится вопрос о внедрении нового интегрированного показателя «Увеличение доли граждан Казахстана, ведущих здоровый образ жизни» [3].

Разработку и внедрение данного показателя осуществили специалисты ФГБУ «Национального медицинского исследовательского центра профилактической медицины «Минздрава России» и Федеральной службы государственной статистики (Росстат). В России в 2017 году утвержден приоритетный проект «Формирование здорового образа жизни», в рамках которого запланирован комплекс мер законодательного и информационно-коммуникационного характера, целью воздействия их являются основные поведенческие ФР. Одной из задач данного приоритетного проекта является разработка мониторинга приверженности ЗОЖ у населения РФ на популяционном уровне как оценка эффективности профилактических мер [4-5].

Здоровый образ жизни (ЗОЖ), согласно определению ВОЗ, образ жизни, снижающий риск серьезного заболевания или преждевременной смерти. Среди компонентов, составляющих основу ЗОЖ, ВОЗ выделяет отсутствие таких поведенческих ФР, как курение, недостаточная физическая активность (НФА) и нездоровый рацион питания, а также потребление алкоголя в избыточных количествах. Тесно связаны с этими факторы риска (ФР) и отчасти являются их последствиями ожирение и артериальная гипертензия (АГ).

Доказано, что достоверно оценить распространенность факторов риска, на базе которых затем рассчитывают приверженность ЗОЖ, можно только в эпидемиологических исследованиях, которые весьма трудоемки в организационном плане с учетом масштабов страны. На основе двух крупных многоцентровых исследований «Эпидемиология сердечно-сосудистых заболеваний в регионах Российской Федерации» (ЭССЕ-РФ-1-2) была разработана методика расчета числа лиц ведущих здоровый образ жизни [6].

В качестве компонентов ЗОЖ рассматривали отсутствие курения, достаточное потребление овощей и фруктов, потребление соли, достаточную физическую активность, невысокий уровень потребления алкоголя. По совокупности компонентов выделяли «высокую», «удовлетворительную» и «низкую» приверженность к ЗОЖ. Из социально-демографических характеристик рассматривали пол, возраст, регион проведения исследования, место проживания (город/село), семейное положение, уровень образования, доход.

С целью сравнительного анализа с результатами других исследований проводили стандартизацию исходных частот категорий приверженности к ЗОЖ по Европейскому возрастному стандарту 1976 г [7].

Исходные показатели приверженности к ЗОЖ в РФ составили: высокая приверженность — 21,9%, удовлетворительная — 34,5%, низкая — 43,6%. Распространенность компонентов низкой приверженности в порядке убывания:

избыточное потребление соли (50,5%), недостаточное потребление овощей и фруктов (37,5%), курение (22,7%), недостаточная физическая активность (19,6%), чрезмерное употребление алкоголя (4,9%). Высокая приверженность к ЗОЖ ассоциируется с женским полом, более старшим возрастом, проживанием в городе, высоким образовательным статусом, отсутствием семьи. Кроме того, выявлены эффекты сочетанного влияния социально-демографических характеристик на приверженность к ЗОЖ, в частности, высокий образовательный статус в зависимости от других характеристик (пол, возраст, проживание в городе/селе) ведет себя и как протективный, и как негативный фактор. Высокая приверженность к ЗОЖ выявляется лишь у каждого пятого из взрослого населения обследованных регионов [8-10].

В России ежегодно Госстатом в рамках программы «Демография» проводится социологический опрос по оценке числа лиц ведущих здоровый образ жизни с анализом текущей распространенности ведущих факторов риска развития заболеваний, значимости предпринимаемых мер по привитию навыков здорового образа жизни и эффективности государственных программ (выявлена ожидаемая негативная динамика этого показателя на фоне, обусловленных пандемией в ряде регионов, расчетом экономического ущерба и экономического эффекта, при прогнозировании риска и оценки вклада факторов риска в заболеваемость и смертность населения).

В Казахстане впервые по данной методике осуществлено национальное эпидемиологическое исследование, которое на основании анализа комбинации поведенческих ФР ХНИЗ (курение, злоупотребление алкоголем, недостаточная физическая активность, недостаточное потребление фруктов и овощей, избыточное потребление соли) продемонстрировало распространенность ведения здорового образа жизни в казахстанской популяции и выявило ассоциации приверженности к ЗОЖ. Актуальность данной работы для общественного здравоохранения в настоящее время и на перспективу имеет большое значение.

2. МЕТОДОЛОГИЯ И ОРГАНИЗАЦИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ

Цель исследования

Расчет комплексного показателя «Доля граждан Казахстана, ведущих здоровый образ жизни»

Задачи исследования

- Провести социологическое исследование среди граждан Казахстана путем анкетирования случайной выборочной совокупности лиц 18 лет и старше во всех регионах РК
- Рассчитать показатели образа жизни и поведенческих факторов риска с определением комплексного индикатора «Доля граждан Казахстана, ведущих здоровый образ жизни»
- Провести сравнительный анализ показателей в разрезе регионов и в динамике
- Проводить ежегодный мониторинг влияния предпринимаемых мер по увеличению доли граждан Казахстана, ведущих здоровый образ жизни, на динамику показателей.

Дизайн исследования

Дизайн - кроссекционное исследование.

Генеральная совокупность: население Казахстана в возрасте 18 лет и старше.

Объем выборочной совокупности: рассчитывается по формуле расчета объема выборки.

Тип выборки: многоступенчатая рандомизированная, стратифицированная на этапе отбора точек опроса, интервальная маршрутная на этапе отбора домохозяйств, простая случайная на этапе отбора респондента в домохозяйстве.

Процедура стратификации предусматривает пропорциональное распределение в выборочной совокупности по территориальным, гендерным, возрастным признакам населения.

Ареал исследования - 14 областей РК:

1. Акмолинская область
2. Актюбинская область
3. Алматинская область
4. Атырауская область
5. Восточно-Казахстанская область
6. Жамбылская область
7. Западно-Казахстанская область

8. Карагандинская область
9. Костанайская область
10. Кызылординская область
11. Мангыстауская область
12. Павлодарская область
13. Северо-Казахстанская область
14. Туркестанская область

3 города республиканского значения:

1. Астана
2. Алматы
3. Шымкент

Проведена многоступенчатая комбинированная выборка, стратифицированная по областям/ городам республиканского значения и типу населенных пунктов (город/село).

На первом этапе определялись доли регионов в выборочной совокупности и процентное распределение между городом и селом. На первом этапе генеральная совокупность стратифицирована по признаку территории, в том числе с учетом распределения на городскую и сельскую местности.

Вся территория Казахстана разделена на 17 административных единиц – 14 областей и 3 города республиканского значения, в областях есть городские и сельские поселения. Таким образом, формируется 31 страта ($14 \cdot 2 + 3 = 31$). Доля каждой из них в выборке соответствует доле в генеральной совокупности. Объем генеральной совокупности РК представлен в таблице 1.

Таблица 1: Численность населения (18 лет и старше) РК в разрезе по регионам и типу местности (Статистический сборник «Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2020 году»)

	Всего	Город	Село
РК	12 552 948.0	7 572 182.5	4 980 765.5
Акмолинская область	530 000.5	249 049.0	280 951.5
Актюбинская область	593 559.5	424 308.5	169 251.0
Алматинская область	1 324 011.0	288 210.5	1 035 800.5
Атырауская область	402 170.5	217 645.0	184 525.5
Западно-Казахстанская область	457 906.5	239 941.0	217 965.5
Жамбылская область	696 981.0	279 394.0	417 587.0
Карагандинская область	993 695.0	798 765.0	194 930.0
Костанайская область	659 809.5	384 841.0	274 968.5
Кызылординская область	498 453.5	220 277.0	278 176.5
Мангыстауская область	424 444.5	175 837.5	248 607.0
Павлодарская область	551 193.0	395 068.0	156 125.0

Северно-Казахстанская область	411 541.0	194 271.0	217 270.0
Туркестанская область	1 150 769.0	215 259.5	935 509.5
Восточно-Казахстанская область	1 000 050.5	630 952.5	369 098.0
г. Астана	773 967.5	773 967.5	
г. Алматы	1 433 444.0	1 433 444.0	
г. Шымкент	650 951.5	650 951.5	

Далее каждая территориальная страта (город и село) разделена по гендерному признаку, чтобы представленность мужчин и женщин отражала пропорции в генеральной совокупности. Здесь учитывается общее для страны соотношение мужчин и женщин 18 лет и старше: мужчины составляют 47% населения, женщины – 53% (таблица 2). Будет соблюдена и представленность разных возрастных групп.

Объем выборки рассчитывался по формуле расчета объема выборки:

$$Z^2 \frac{P(1-P)}{e^2}$$

где, Z = мера доверительного уровня

e = предел погрешности

P = Базовый уровень индикатора Доверительный уровень/интервал для перекрестного исследования составляет 95%.

После первичных подсчетов, размер выборки был подкорректирован для:

- дизайн-эффекта (Дефф)
- количества в зависимости от ожидаемых подсчетов по возрасту/полу
- предвиденных потерь (отсутствий ответов): уровень полученных ответов в среднем составляет 85%

Таким образом, итоговый объем выборки по республике Казахстан составил 11520 респондентов.

Таблица 2: Запланированный объем выборочной совокупности в разрезе по регионам и типу местности

	Всего	Мужчины	Женщины	Город			Село		
				Всего	Мужчины	Женщины	Всего	Мужчины	Женщины
РК	11520	5414	6106	6795	3061	3734	4725	2353	2372
Акмолинская область	500	237	263	236	106	130	264	131	133
Актюбинская область	547	257	290	350	159	191	197	98	99
Алматинская область	1232	597	635	283	128	155	949	469	480
Атырауская область	365	175	190	174	80	94	191	95	96
Западно-Казахстанская область	427	201	226	222	98	124	205	103	102
Жамбылская область	650	311	339	262	118	144	388	193	195
Карагандинская область	940	432	508	753	337	416	187	95	92

Костанайская область	623	288	335	339	149	190	284	139	145
Кызылординская область	456	225	231	200	95	105	256	130	126
Мангистауская область	376	183	193	158	77	81	218	106	112
Павлодарская область	522	239	283	373	165	208	149	74	75
Северо-Казахстанская область	393	183	210	181	78	103	212	105	107
Туркестанская область	1058	529	529	195	94	101	863	435	428
Восточно-Казахстанская область	955	443	512	593	263	330	362	180	182
г. Астана	659	307	352	659	307	352	-	-	-
г. Алматы	1262	551	711	1262	551	711	-	-	-
г. Шымкент	555	256	299	555	256	299	-	-	-

Отбор населенных пунктов

Первичными единицами выборки (ПЕВ) выступают населенные пункты (городские и сельские), отобранные из государственного Классификатора административно-территориальных объектов (КАТО). Первичные выборочные единицы отбираются в каждой стране в количестве 3 - 5 единиц – областной центр и села, как близлежащие, так и удаленные от областного центра на расстоянии не менее 100-200 км.

Таблица 3: Отбор страт для социологического опроса «Доля граждан Казахстана, ведущих здоровый образ жизни»

Области /города РК	Страты				
Акмолинская	г. Кокшетау	с.Зеренда	с.Макинка		
Актюбинская	г. Актобе	с. Курайли	с. Кобда		
Алматинская	г. Талдыкорган	с. Карабулак	п. Отенай	с. Кендала	с. Сарыозек
Атырауская	г. Атырау	с. Алмалы	п. Доссор		
Западно-Казахстанская	г. Уральск	с. Крутлоозерное	с. Жымпиты		
Жамбылская	г.Тараз	с. Сары-Кемер	с. Кулан		
Карагандинская	г.Караганда	с. Дубовка	с. Аксу-Аюлы		
Костанайская	г.Костанай	с. Юбилейное	с. Пешковка		
Кызылординская	г.Кызылорда	с. Шаган	с. Шиели		
Мангистауская	г. Актау	с. Баянды	с. Шетпе		
Павлодарская	г. Павлодар	с. Ленинский	п.Теренколь		
Северо-Казахстанская	г. Петропавловск	с. Бишкуль	п. Келлеровка		
Туркестанская	г. Туркестан	с. Темирлановка	с. Староикан	с. Тортколь	
Восточно-Казахстанская	г.Усть-Каменогорск	с.Прапорщиково	с. Калбатау		
г. Астана					
г. Алматы					
г. Шымкент					

Отбор точек опроса

Вторичные единицы выборки (ВЕВ) представят организации сети ПМСП государственной формы собственности (городские поликлиники; районные/сельские поликлиники; врачебные амбулатории; фельдшерско-акушерские пункты), которые отбираются случайным образом. В городах республиканского значения и областных центрах городские поликлиники должны отбираться из разных районов города.

Третичной единицей выборки (ТЕВ) является домохозяйство. В городах отбор ТЕВ производится со случайно отобранного жилого дома из списка прикрепленного к организации ПМСП населения.

В случае, если первым случайно отобран многоквартирный жилой дом, то опрос в этом доме начинается с последнего подъезда, верхнего этажа, квартиры с наибольшим номером. Следующей отбирается квартира с наибольшим номером, пропуская один этаж. В малоэтажных домах - отбирается каждое пятое домохозяйство. Затем пропускается два жилых дома по данной улице (или соседние) и опрос переходит к четвертому дому и так далее, пока не будет набрано необходимое количество респондентов.

В селах (или в частном секторе города) отбор также начинается со случайно отобранного домохозяйства из списка прикрепленного населения, в последующем после проведения опроса в первом домохозяйстве, отбирается каждое третье домохозяйство вдоль улицы. Таким образом, набирается необходимое количество респондентов, согласно приложенной выборке.

Если на момент посещения в доме отсутствуют взрослые члены семьи, интервьюеры посещают следующий дом.

Отбор респондента

Отбор конечных единиц выборки - респондентов, проводится следующим путем: опрашивается только один член домохозяйства (среди присутствующих). Если на момент опроса по квоте подходит несколько членов семьи, то отбирается тот, чей прошедший день рождения ближе к дате визита. Если на момент опроса нет подходящего по квоте члена семьи – опрос переходит в следующее домохозяйство.

Организация полевых работ

Проведен общий инструктаж ответственных за анкетирование лиц с каждого региона. В качестве метода сбора информации определен опрос в технике стандартизированного интервью face-to-face при помощи бумажной анкеты (РАPI).

Инструментарий

Опрос проводится по анкете (Приложение 1). Основные блоки анкеты: определение социального статуса респондента, привычки питания, наличие поведенческих факторов риска, физическая активность, рост, вес респондента. Анкета заполняется интервьюером со слов респондента. Продолжительность анкетирования 5-7 минут.

Ввод, обработка и анализ данных

Ввод данных осуществлялся в программе MS Excel, статистическая обработка – в программе SPSS версии 23.0. Перед вводом данных все анкеты были проверены и пронумерованы сквозной нумерацией.

Осуществлен выборочный контроль введенных в файл Excel анкет на соответствие исходных данных.

В основе метода расчета показателя «Доля граждан, ведущих ЗОЖ среди взрослого населения РК» лежит методика, утвержденная приказом Росстата от 29.03.2019 N 181, которая базируется на рекомендациях Всемирной организации здравоохранения и Европейского общества по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний в первичном звене здравоохранения.

Показатель «Доля граждан Казахстана, ведущих здоровый образ жизни (процент)» - интегральный показатель приверженности населения здоровому образу жизни, представляющий собой сочетание поведенческих факторов риска, является условной характеристикой здорового образа жизни и включает в себя следующие индикаторы/компоненты:

- отсутствие курения;
- потребление овощей и фруктов ежедневно не менее 400 г;
- адекватная физическая активность (не менее 150 мин умеренной или 75 мин интенсивной физической нагрузки в неделю);
- нормальное (не выше 5,0 г NaCl в сутки) потребление соли;
- употребление алкоголя не более 168 г чистого этанола в неделю для мужчин и не более 84 г - для женщин.

Методика расчета интегрированного показателя:

Доля граждан 18 лет и старше, ведущих здоровый образ жизни = общее число респондентов с высокой и удовлетворительной степенью приверженности здоровому образу жизни * 100 / общее число респондентов.

Степени приверженности здоровому образу жизни:

- ***удовлетворительная*** - отсутствие курения, при этом может отсутствовать один любой другой компонент здорового образа жизни;

- **высокая** - отсутствие курения, при наличии всех остальных компонентов здорового образа жизни.

В ходе проведения социологического исследования всего по РК было опрошено 11563 человека с плановым пропорциональным распределением в выборочной совокупности по территориальным, гендерным, возрастным признакам населения, которое, однако, было соблюдено не во всех регионах. Для создания полной репрезентативности и корректного представления данных было произведено взвешивание выборки по весовым коэффициентам.

Таблица 4: Количество собранных анкет в ходе исследования

	Регион	Количество анкет
1	Акмолинская область	502
2	Актюбинская область	547
3	Алматинская область	1232
4	Атырауская область	365
5	Восточно-Казахстанская область	955
6	Жамбылская область	650
7	Западно-Казахстанская область	427
8	Карагандинская область	940
9	Костанайская область	623
10	Кызылординская область	474
11	Мангистауская область	376
12	Павлодарская область	522
13	Северо-Казахстанская область	397
14	Туркестанская область	1058
15	г. Алматы	1261
16	г. Астана	659
17	г. Шымкент	575
	Всего	11563

Таблица 5 Социально-демографические характеристики участников социологического опроса

Группы респондентов	Абс.	%
<i>Тип населенного пункта</i>		
Город	6811	58,9
Село	4752	41,1
<i>Возрастная группа</i>		
18-29 лет	3355	29,0
30-44 года	3739	32,3
45-59 лет	2761	23,9
60 лет и старше	1708	14,8
<i>Пол</i>		
Мужской	5225	45,2
Женский	6338	54,8
<i>Социальный статус</i>		
Служащий	2682	23,2
Рабочий	4263	36,9
Фермер	197	1,7
Лицо, занятое индивидуальной трудовой деятельностью	897	7,8
Пенсионер	1203	10,4
Студент	543	4,7
Домохозяйка	847	7,3
Безработный	670	5,8
Другое	261	2,3
<i>Семейное положение</i>		
Женат/замужем	7540	65,2
В гражданском браке	887	7,7
Не женат/не замужем	1835	15,9
Разведен/разведена	741	6,4
Вдовец/вдова	560	4,8
<i>Образование</i>		
Неполное среднее	657	5,7
Общее среднее	2019	17,5
Среднее специальное/профессиональное	4784	41,4
Высшее	4103	35,5

3. СОБСТВЕННЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

3.1 РЕЗУЛЬТАТЫ РАСЧЕТА ИНТЕГРИРОВАННОГО ПОКАЗАТЕЛЯ «ДОЛЯ ГРАЖДАН РК, ВЕДУЩИХ ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ»

В целом по Казахстану, интегрированный показатель «Доля граждан, ведущих здоровый образ жизни» составила 23,2%. По данным предыдущих национальных исследований (2015 г.) данный показатель не превышал 19%, что говорит о заметном росте за последние годы доли лиц, ведущих здоровый образ жизни.

Интегрированный показатель включает в себя два уровня приверженности здоровому образу жизни: удовлетворительный и высокий (подробно описаны в разделе методологии). Высокий уровень приверженности ЗОЖ составил 3,5%, удовлетворительный уровень - 19,7%.

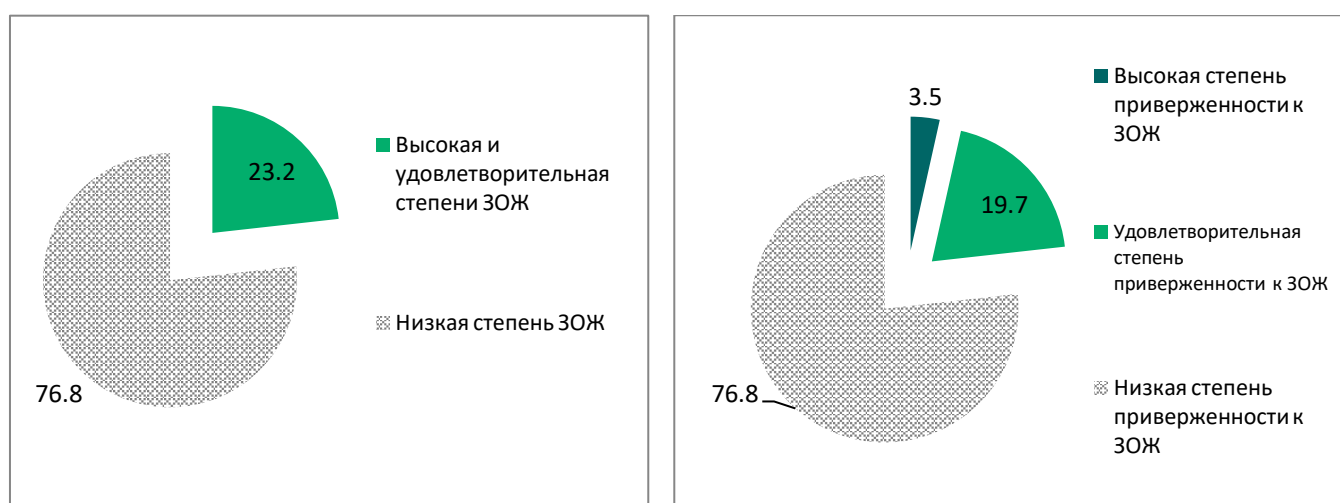


Рисунок 1. Удельный вес граждан РК с высокой, удовлетворительной и низкой приверженностью здоровому образу жизни

В разрезе по полу данный показатель статистически значимо выше среди женщин – 29%, тогда как среди мужчин – 16,8% ($\chi^2 = 236,3$, $p < 0,0001$). В срезе по месту проживания – значимо больше граждан, ведущих здоровый образ жизни среди сельчан – 25,4%, нежели среди городских жителей - 21,3% ($\chi^2 = 25,6$, $p < 0,0001$) (Рисунок 2).

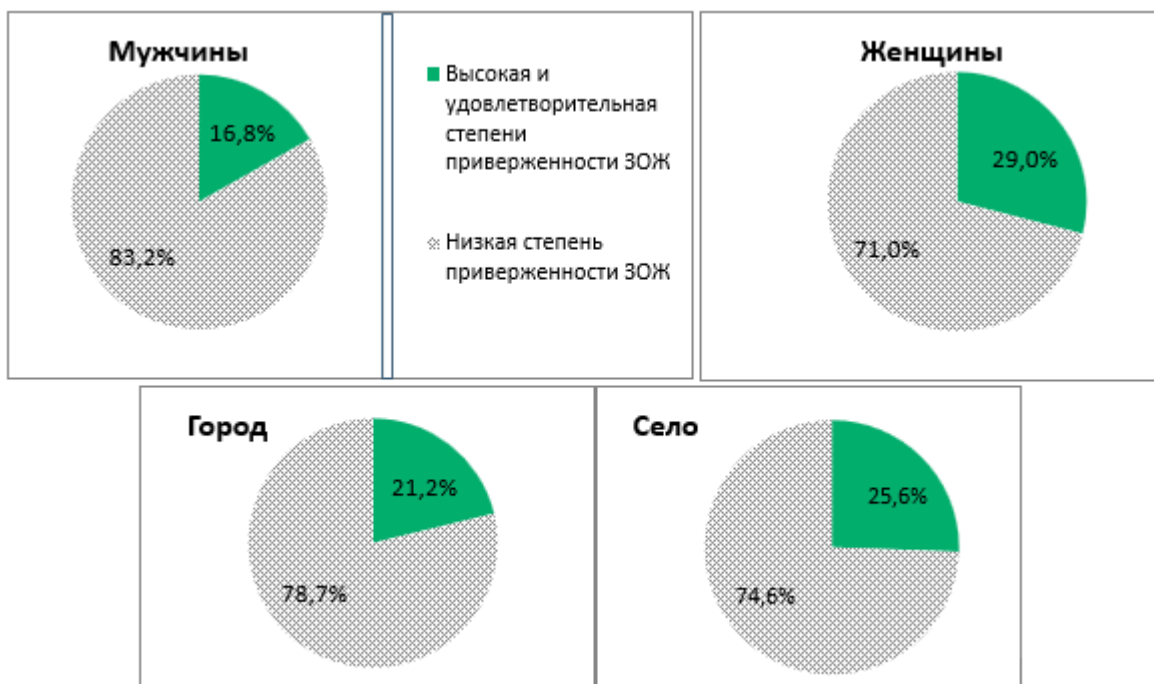


Рисунок 2. Доля граждан, ведущих здоровый образ жизни в разрезе по полу и месту проживания

Сравнение показателей среди различных возрастных групп не дало статистически значимых различий. Результаты представлены в таблице 6.

Таблица 6: Доля граждан, ведущих здоровый образ жизни в разрезе по возрастным группам

	Возрастные группы			
	18-29 лет	30-44 года	45-59 лет	60 лет и старше
Высокая и удовлетворительная степени приверженности ЗОЖ	23,4%	24,1%	21,9%	23,5%
Низкая степень ЗОЖ	76,6%	75,9%	78,1%	76,5%

Следует отметить, что уровень образования выражено коррелирует со степенью приверженности ЗОЖ. Было выявлено, что чем выше образование, тем выше степень приверженности ЗОЖ. Среди респондентов, имеющих неполное среднее образование (8-9 классов) – доля ведущих ЗОЖ составила 12,3%, среди лиц, имеющих общее среднее образование – 20,6%, те, кто имел средне-специальное образование – вели здоровый образ жизни в 23% случаев, у респондентов с высшим образованием – данный показатель составил 27%

(Рисунок 3). Отдельные степени приверженности ЗОЖ в разрезе по уровню образования представлены на рисунке 4.

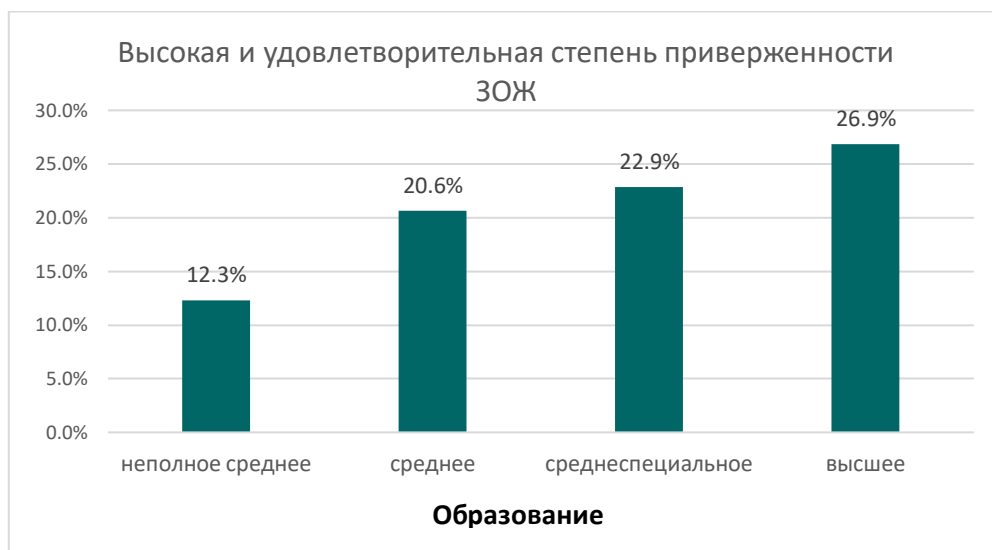


Рисунок 3. Доля граждан, ведущих здоровый образ жизни с различными уровнями образования

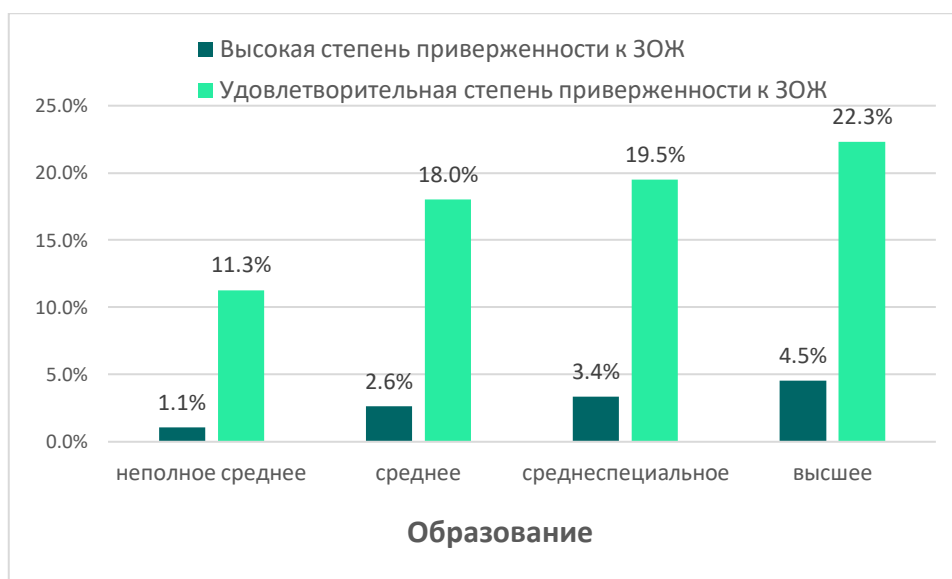


Рисунок 4. Удельный вес граждан, имеющих высокую и удовлетворительную степень приверженности ЗОЖ в разрезе уровней образования

Изучая «Долю граждан РК, ведущих здоровый образ жизни» в разрезе регионов, была выявлена неоднородность показателей ($\chi^2 = 81,8$, $p < 0,0001$). Так наиболее высокие показатели зафиксированы в Атырауской, Павлодарской, Алматинской, Жамбылской, Западно-Казахстанской областях. Минимальный - отмечен в г. Астана (9,7%). Предельно низкий показатель наблюдается также и в Мангистауской области (12,6%) (Рисунок 5).

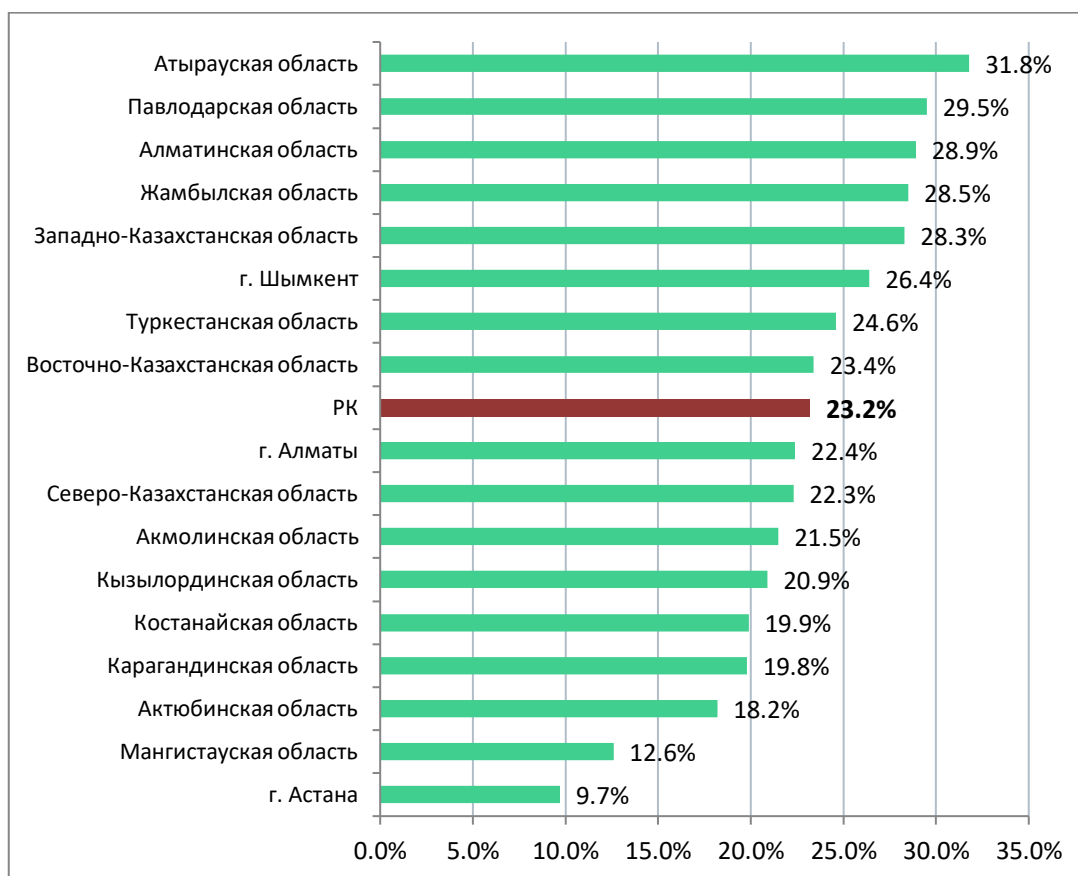


Рисунок 5. Доля граждан, ведущих здоровый образ жизни в разрезе регионов

Изучая вопрос в контексте составляющих изучаемой доли, то стоит отметить, что наибольший удельный вес высокой степени приверженности ЗОЖ наблюдается в Алматинской и Павлодарской областях (9,1% и 5,5% соответственно). Самый низкий – в г. Астана (0,9%) и Кызылординской области (1,1%). Лиц, у которых удовлетворительная степень приверженности ЗОЖ, больше всего в Атырауской (28%), Жамбылской (25%) областях и г. Шымкент (25,2%); наименьший показатель наблюдается в г. Астана и Мангистауской области ($\chi^2 = 88,3$, $p < 0,0001$) (Рисунок 6).

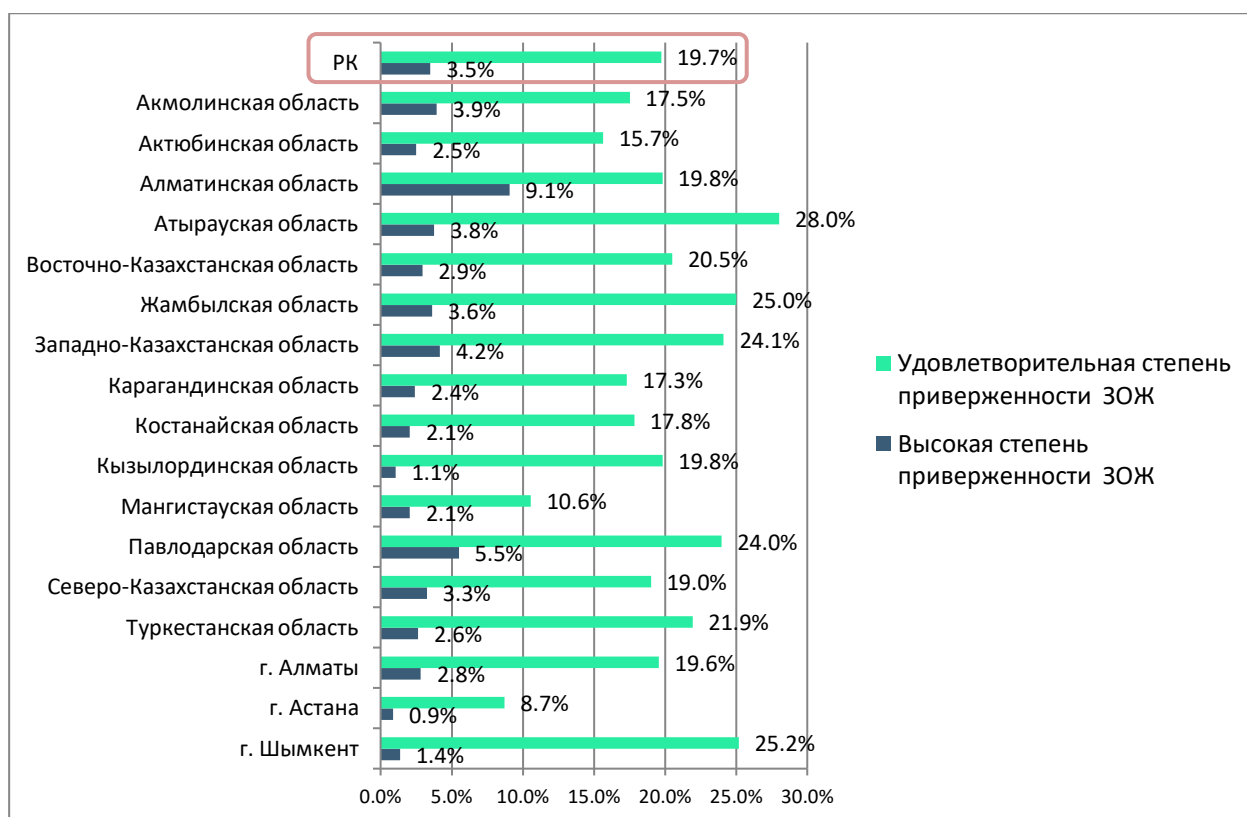


Рисунок 6. Удельный вес граждан, имеющих высокую и удовлетворительную степень приверженности ЗОЖ в разрезе регионов

3.2 ИЗУЧЕНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ОТДЕЛЬНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА

В данной главе представлены итоги социологического исследования распространенности поведенческих факторов риска, как компонентов приверженности к здоровому образу жизни населения Республики Казахстан.

Распространенность курения и потребления электронных сигарет среди населения 18 лет и старше

Распространенность курения сигарет (ежедневного и не ежедневного) среди населения составила 32,5%, традиционно выше среди мужчин 52,4%, чем среди женщин 14,7% ($p < 0,001$) (Рисунки 7 и 8).

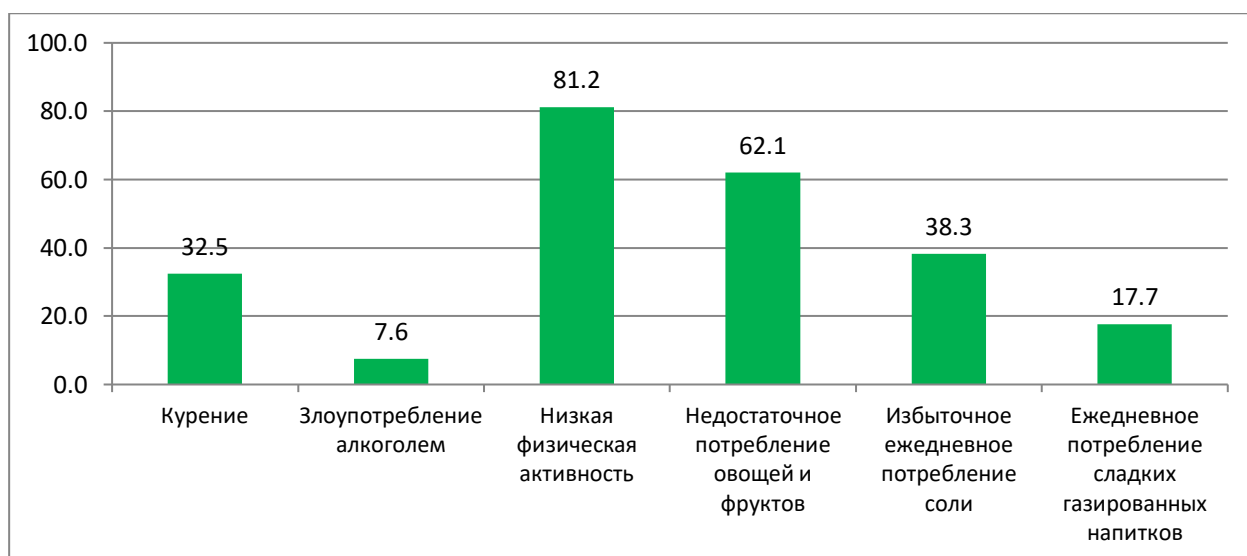


Рисунок 7. Распространенность поведенческих факторов риска неинфекционных заболеваний среди взрослого населения Республики Казахстан

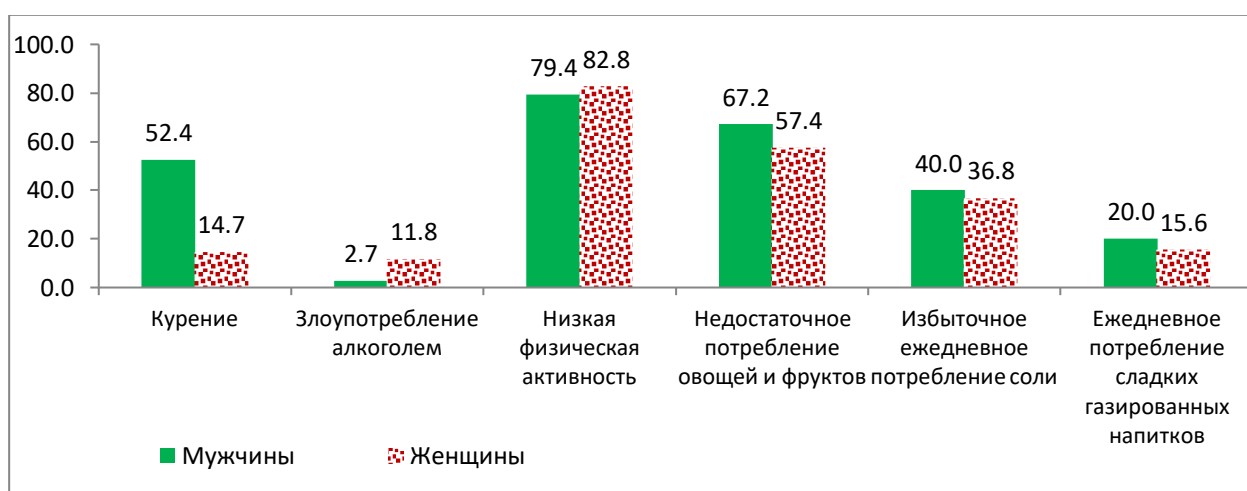


Рисунок 8. Распространенность поведенческих факторов риска неинфекционных заболеваний среди мужчин и женщин Республики Казахстан

Среди жителей города доля курящих - 33,2%, а среди жителей сельской местности - 31,7% (Рисунок 9).

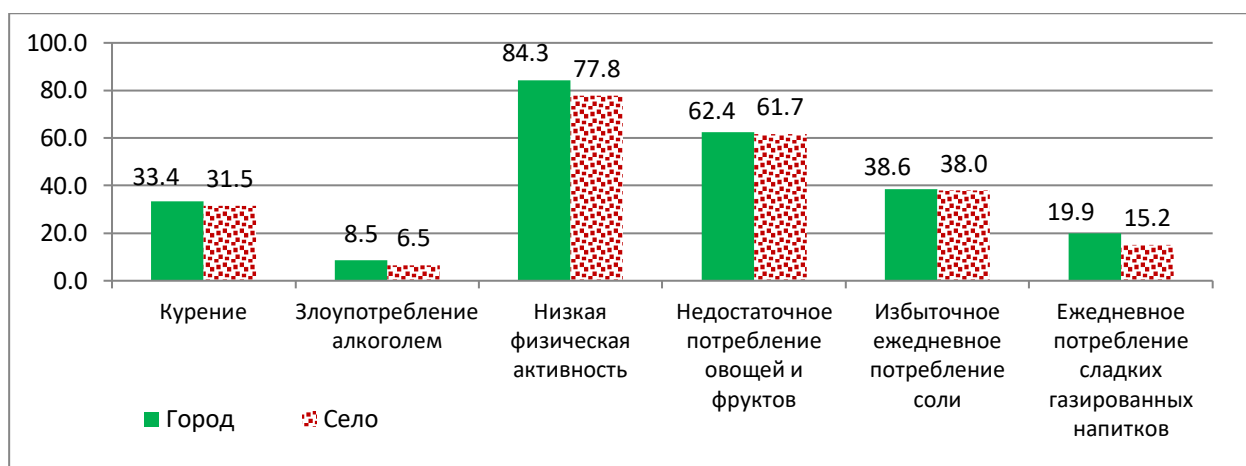


Рисунок 9. Распространенность поведенческих факторов риска неинфекционных заболеваний среди городского и сельского населения Республики Казахстан

Наибольшая частота курильщиков в возрастном диапазоне 45-59 лет – 36,9%, немногим меньше распространенность курения среди населения 30-44 лет- 34,9% ($p < 0,001$). Среди молодежи 18-29 лет выявлено 27,4% курящих сигареты. Несколько больше доля курильщиков в возрастной группе 60 лет и старше 29,6% ($p < 0,001$).

Интенсивность курения сигарет анализировалась по количеству выкуриваемых сигарет в день. Четверть курильщиков (25,5%) выкуривает от 5 до 20 сигарет, то есть до одной пачки в день, а 7,5% выкуривают более 20 сигарет в день, то есть имеют высокую зависимость от табака. При этом интенсивность курения сигарет у мужчин несколько выше по сравнению с женщинами (Рисунок 10) ($p < 0,001$).

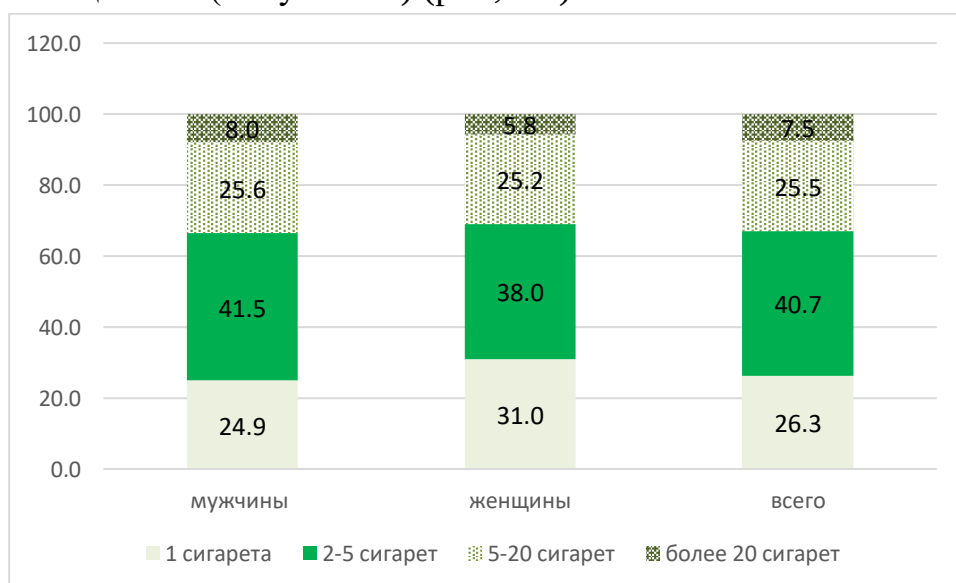


Рисунок 10. Распространенность поведенческих факторов риска неинфекционных заболеваний среди городского и сельского населения Республики Казахстан

Согласно полученным данным, электронные сигареты (вейпы) употребляют 11,6% взрослых в стране, более, чем в два раза больше мужчин (17,1%), чем женщин (6,7%) ($p < 0,001$). При этом ежедневно употребляют электронные сигареты 4,1% населения (6,1% мужчин и 2,2% женщин).

Изучение данного показателя в зависимости от места проживания показало, что жители городской местности чаще употребляют электронные сигареты - 14,3%, чем жители села - 8,6% ($p < 0,001$).

Возрастная динамика свидетельствует о популярности употребления данных табачных изделий среди молодежи и снижения частоты употребления электронных сигарет от младшего к старшему возрасту: с 15,8% у молодежи 18-29 лет, 12,9% у лиц 30-44 года, к 9,6% у лиц 45-59 лет и 5,1% у лиц 60 лет и старше ($p < 0,001$).

При этом доля ежедневных потребителей электронных сигарет также снижается с возрастом с 4,9% в 18-29 лет, 4,4% в 30-44 года, до 4,0% в 45-59 лет и 2,0% в 60 лет и старше.

Распространенность употребления некурительных табачных изделий, таких как насвай, жевательный, нюхательный табак, в целом по стране составило 9,7%, среди мужчин значительно больше – 12,3%, чем среди женщин – 7,4%. При этом на ежедневной основе употребляет некурительный табак 2,7% населения. Употребление данных табачных изделий у городского населения (9,0%) встречается реже, чем у сельского (10,5%) населения ($p < 0,05$).

Доля лиц, употребляющих некурительные табачные изделия уменьшается к 60 лет и старше, составляя 10,1% у населения 18-29 лет, 10,7% в 30-44 года, 9,4% в 45-59 лет и 7,4% в 60 лет и старше ($p < 0,01$).

Употребление алкоголя в опасных дозах (злоупотребление алкоголем)

По данным исследования большинство населения употребляет алкоголь в умеренных количествах или совсем не употребляет - 92,4% (Рисунок 7). В то же время, распространенность употребления алкогольных напитков в опасных дозах среди населения в целом составила 7,6%, среди мужчин 2,7%, и значительно больше среди женщин 11,8% ($p < 0,001$) (Рисунок 8).

Среди городских жителей потребление алкоголя в опасных дозах выше (8,5%), чем среди жителей села (6,4%) ($p < 0,0001$) (Рисунок 9).

Наибольшая частота употребления алкоголя в опасных дозах распространена среди населения 30-59 лет – 8,6%, снижаясь до 5,8% к возрасту 60 лет и старше, а среди молодежи данный показатель составил 6,4% ($p < 0,001$).

Особенности пищевых привычек среди взрослого населения

Распространенность потребления 400 грамм овощей и фруктов в день составила 37,9%, значительно больше у женщин – 42,6%, чем у мужчин 32,8% (Рисунок 7). Соответственно, 62,1% взрослых (67,2% мужчин и 57,4% женщин) недостаточно, то есть не каждый день употребляют овощи и фрукты ($p < 0,001$) (Рисунок 8).

Оценка ежедневного потребления овощей и фруктов по месту проживания показала отсутствие различий между городским (38,4%) и сельским (37,5%) населением (Рисунок 9).

Среди возрастных групп, наибольшая доля лиц, ежедневно потребляющих овощи и фрукты, составила 42,8% среди 30-44 летних взрослых, в то время как среди других возрастных групп распространенность данного показателя находится на одном уровне: 35,9% у 18-29 летних, 36,1% у 45-59 летних и 34,5% у 60 летних и лиц более старшего возраста.

Опросное изучение распространенности избыточного потребления соли выявило, что 38,3% населения потребляет более 5 грамм соли в день (Рисунок 7). Этот показатель больше среди мужчин (40,0%), чем среди женщин (36,8%) ($p < 0,01$) (Рисунок 8). Взрослые, проживающие как в городской местности, так и в сельской местности, с одинаковой частотой употребляют более 5 грамм соли в день 39,2% и 37,4% соответственно (Рисунок 9).

Нормальное, рекомендуемое количество соли менее 5 грамм в сутки потребляют 61,7% взрослых, больше женщин 63,2%, чем мужчин 60,0%.

Самая большая доля взрослых, которые употребляют нормальное количество соли в день, это лица 60 лет и старше – 66,8%, в то время как представители в возрасте от 18 до 59 лет в меньшей степени следуют рекомендуемым нормам по соли: показатели находятся в пределах 59,6%-61,7% ($p < 0,001$).

Каждый день употребляли сладкие газированные напитки 17,7% взрослых (больше мужчин 20,0%, чем женщин 15,6%, а также больше городских жителей - 19,7%, чем сельских - 15,3%) ($p < 0,0001$) (Рисунок 7-9).

Часто, то есть 5-6 раз в неделю или ежедневно, пьют сладкие газированные напитки 27,5% взрослых.

Ежедневное употребление сладких газированных напитков наиболее часто встречается среди молодежи - 20,6%. Этот показатель снижается с возрастом, составляя 17,8% и 17,5% в возрасте 30-44 и 45-59 лет соответственно, достигая 12,7% в возрасте 60 лет и старше ($p < 0,001$).

Физическая активность взрослого населения Республики Казахстан

Согласно данным исследования только 18,8% взрослых занимаются физической активностью умеренной или высокой интенсивности 150 минут в

неделю и более, то есть имеют адекватную, рекомендуемую физическую нагрузку. Этот показатель значимо выше у мужчин – 20,6%, чем у женщин – 17,2%, а также выше среди жителей сельской местности – 22,5% по сравнению с жителями из городской местности – 15,6% ($p < 0,0001$) (Рисунок 7-9).

Соответственно, большинство населения, 81,2%, женщины в большей степени 82,8%, чем мужчины 79,4%, имеют низкую физическую активность.

Наличие хронических заболеваний

На вопрос «Имеете ли Вы хронические заболевания?» ответили положительно 24,2% взрослых, без различий по полу (24,0% мужчин, 24,3% женщин). Доля взрослых, отметивших наличие у них хронических заболеваний в городской местности составила 25,6%, а в сельской местности – 22,5% ($p < 0,0001$).

Закономерно, что старшее поколение чаще сообщает о наличии у них хронических заболеваний 53,3%, а наименьшая доля лиц с хроническими заболеваниями – 10,8% это лица в возрасте 18-29 лет. Взрослые в возрасте 30-44 года – 17,2% отметили наличие хронических заболеваний, данный показатель выше среди лиц 45-59 лет – 28,9% ($p < 0,001$).

Таким образом, представленные в главе данные, включая пять факторов риска, вошедших в оценку доли лиц, ведущих здоровый образ жизни, формируют текущий профиль факторов риска среди взрослого населения. Изучаемые факторы риска важны для формирования национальных и региональных мер по профилактике заболеваний и формированию ЗОЖ, а также отслеживания их динамики для оценки эффективности проводимых программ.

3.3 ИЗУЧЕНИЕ РЕГИОНАЛЬНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ В ВОПРОСАХ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА И ОБРАЗА ЖИЗНИ

Рассмотрим результаты исследования по отдельным пяти компонентам, которые составляют суммарный показатель «Доля граждан, ведущих здоровый образ жизни».

Первый главный компонент, который в обязательном порядке присутствует как и в высокой, так и в удовлетворительной степени приверженности ЗОЖ, это отсутствие курения. Потребление табака — один из ведущих факторов риска, приводящий к развитию тяжелейших заболеваний и обуславливающий значительную часть преждевременной смертности населения. Большим преимуществом отказа от этой пагубной привычки

является то, что сразу же после отказа отмечаются положительные изменения в организме, снижая таким образом риск развития смертельных заболеваний.

Региональный срез результатов опроса показал, что самый высокий удельный вес курящих респондентов отмечен в г. Астана: более половины опрошенных (52,3%) указали, что курят сигареты либо ежедневно либо не каждый день. Также высокие показатели зафиксированы в Мангистауской (43,6%), Костанайской (41,3%), Актыбинской (40,5%), Северо-Казахстанской (39,2%) областях. В число областей с низкой распространенностью курения вошли Западно-Казахстанская и Алматинская области (23,2% и 24,7% соответственно). Среднереспубликанский показатель по курению составил 32,5% (Рисунок 11).

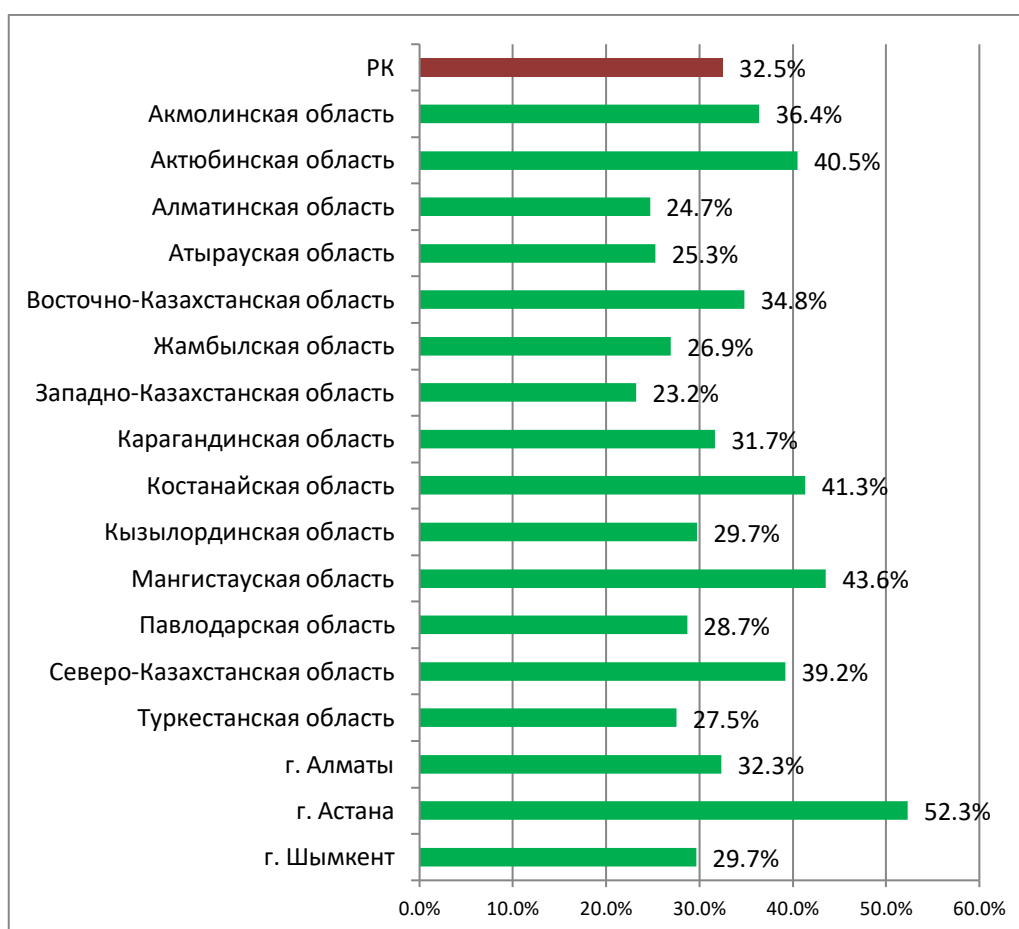


Рисунок 11. Удельный вес респондентов, курящих сигареты, в разрезе регионов

Для наглядности вышеуказанные показатели были сгруппированы в три группы и представлены в виде картограммы: чем темнее цвет региона на карте, тем выше показатель распространенности. Как видно из рисунка 12, курение сигарет чаще распространено в северных, центральных и восточных регионах страны.

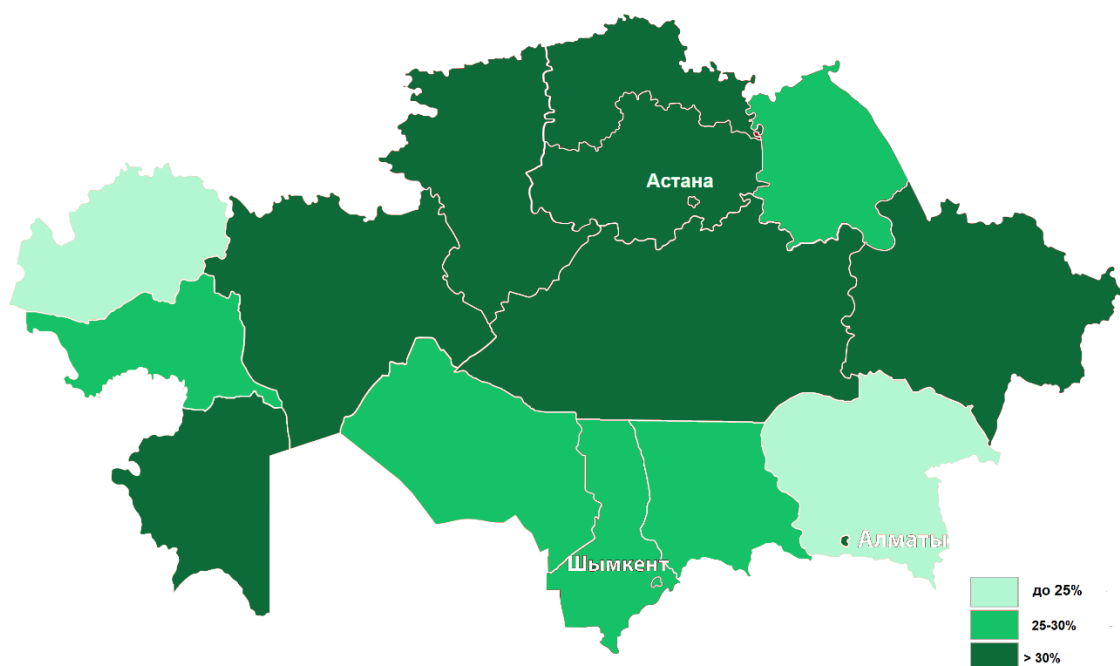


Рисунок 12. Распространенность курения сигарет в регионах Казахстана

Гендерный разрез показал, что среди мужчин значительно больше курящих, чем среди женщин; получена высоко статистически значимая разница ($p < 0,0001$) при сравнительном анализе: курящих мужчин – 52,4%, курящих женщин в 3,5 раза меньше – 14,7%. Однако не выявлено статистически значимой разницы в разрезе по типу населенного пункта по среднереспубликанскому показателю, но в региональном разрезе показательно, что в некоторых областях имеется значительная разница между городом и селом. Показатели в срезе по гендерному признаку и региональным сегментам представлен на рисунке 13.

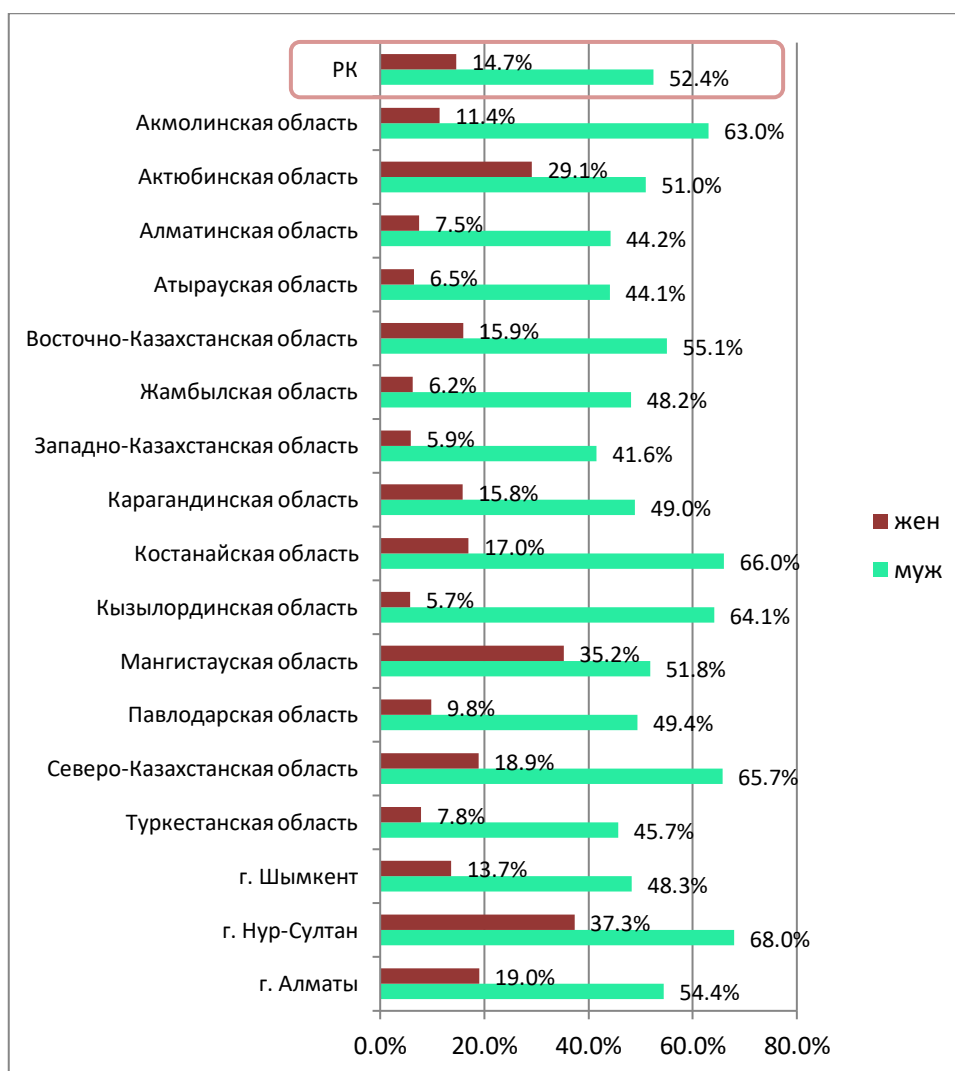


Рисунок 13. Удельный вес респондентов, курящих сигареты, в разрезе регионов и пола

Потребление алкогольных напитков в опасных дозах выявлено у 7,6% казахстанцев в целом. Региональные различия ярко прослеживаются в следующих областях: в Актюбинской (20,9%) и Костанайской (19,6%) областях самые высокие показатели потребления алкоголя в опасных дозах, также значительно превышает среднереспубликанский показатель и г. Алматы (15,5%). Тогда как в Мангистауской области и г. Шымкент отмечены самые низкие показатели - 0,8% и 1,0%. Несмотря на то, что Мангистауская область отличается минимальным процентом злоупотребляющих алкоголем, эта область находится в числе областей с низкой приверженностью ЗОЖ по причине высокой распространенности курения среди их жителей. Сравнительно низкая распространенность потребления алкоголя в опасных дозах зафиксирована в Западно-Казахстанской (2,3%), Кызылординской (2,9%) и Восточно-Казахстанской (3,0%) областях (Рисунок 14).

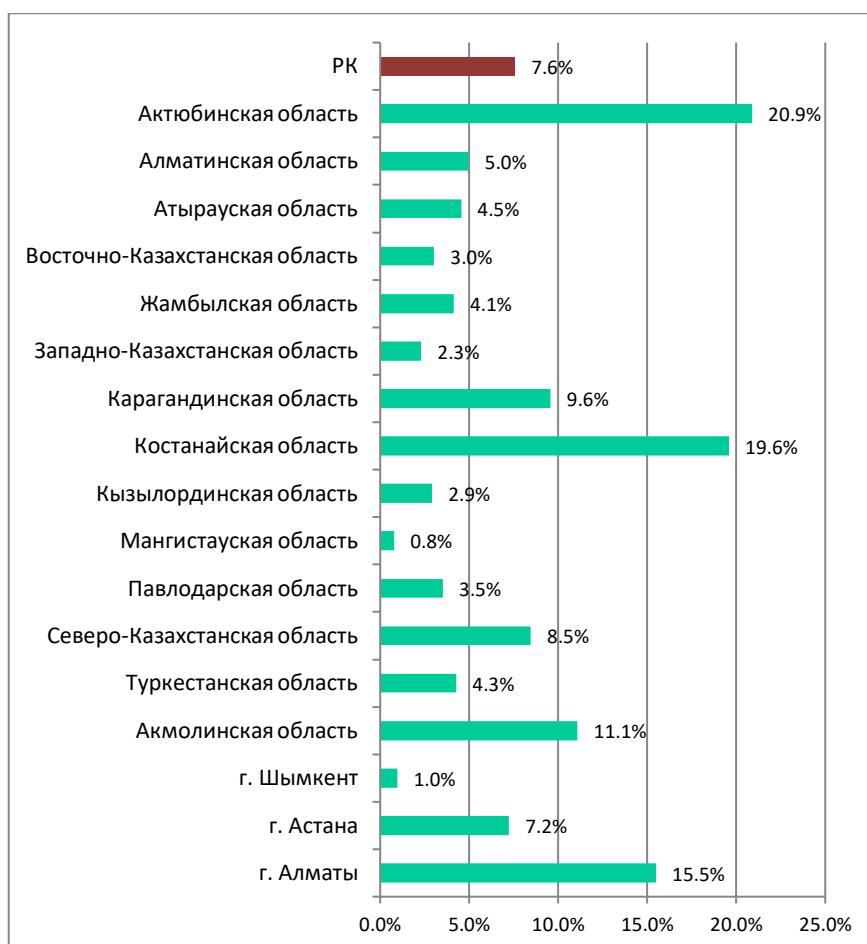


Рисунок 14. Распространенность потребления алкогольных напитков в опасных дозах в разрезе регионов

Анализ вопроса потребления овощей и фруктов в региональном разрезе показал, что лидерами по потреблению рекомендованного ежедневного объема овощей и фруктов стали г. Алматы – две трети (67,3%) населения придерживаются этих норм, Кызылординская область – более половины респондентов (53,6%), также Атырауская область - почти половина опрошенных (48,4%). Среднереспубликанский показатель составил – 37,9%. Меньше всех респондентов, которые употребляют достаточное количество овощей и фруктов, отмечено в Мангистауской (14,4%), Костанайской (20,9%) областях, г. Астана (21,8%) и в Акмолинской (22%) области. Как видно из картограммы чаще достаточное количество овощей и фруктов потребляют в южных регионах страны (Рисунок 15, 16).

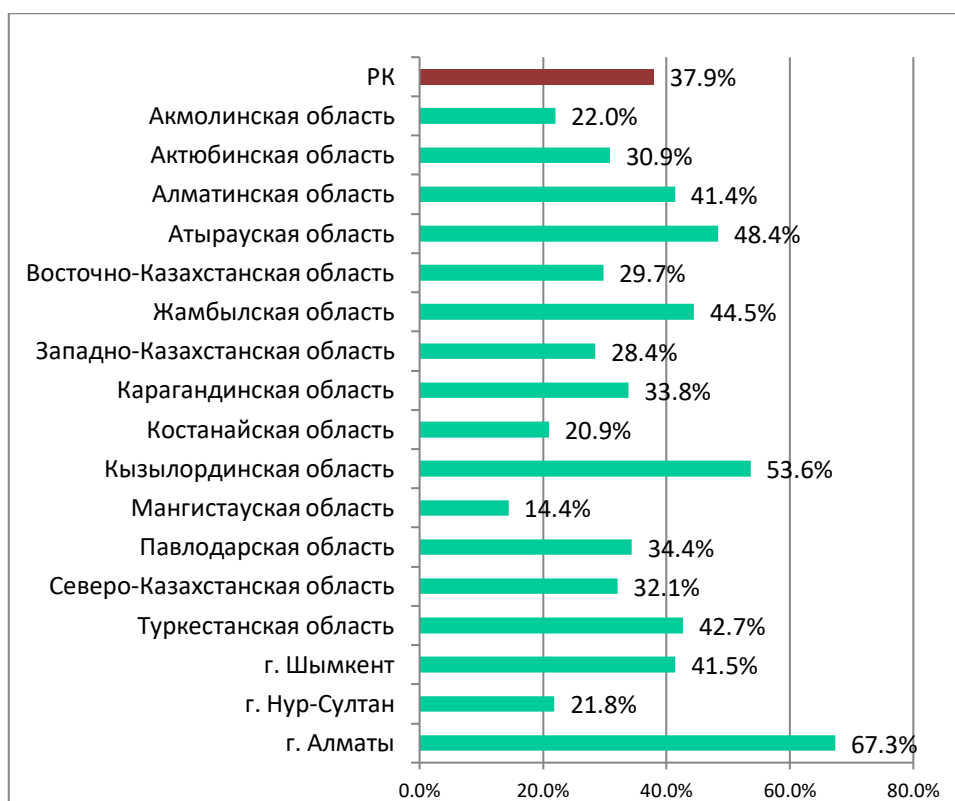


Рисунок 15. Удельный вес респондентов, потребляющих овощи и фрукты в достаточном объеме (не меньше 400 грамм в день ежедневно) в разрезе регионов

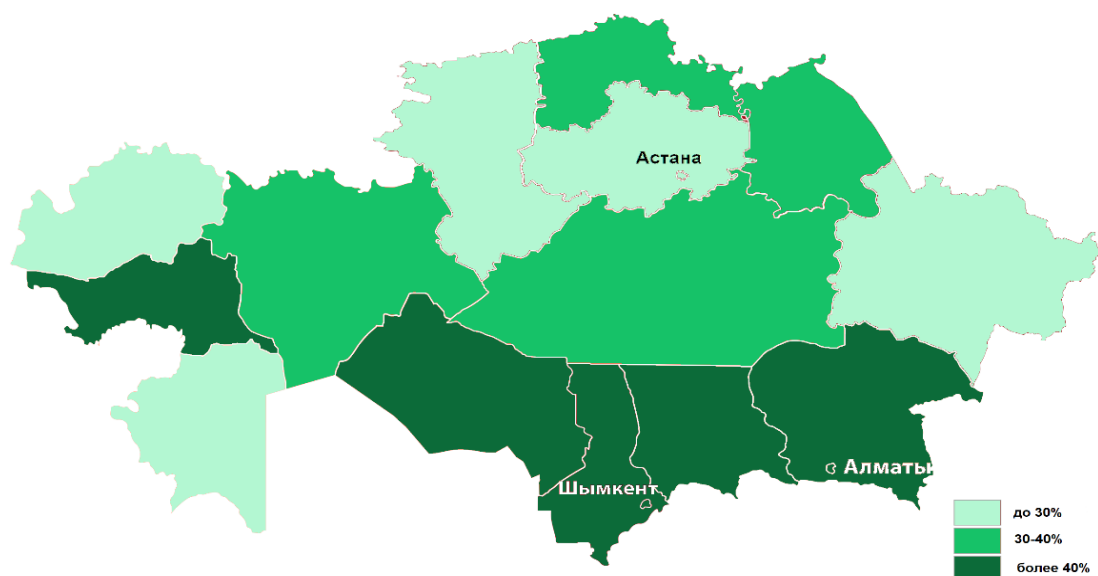


Рисунок 16. Распространенность потребления овощей и фруктов в достаточном объеме (не меньше 400 грамм в день ежедневно) в регионах Казахстана

Высокая распространенность чрезмерного потребления соли выявлена в следующих областях, в которых почти половина респондентов, указали, что объем потребляемой ими соли в сутки превышает 5 грамм: Кызылординская

Region	Percentage
PK	38.3%
Акмолинская область	23.0%
Актюбинская область	39.7%
Алматинская область	28.1%
Атырауская область	36.4%
Восточно-Казахстанская область	31.5%
Жамбылская область	31.6%
Западно-Казахстанская область	33.8%
Карагандинская область	35.1%
Костанайская область	41.6%
Кызылординская область	49.9%
Мангистауская область	43.2%
Павлодарская область	30.2%
Северо-Казахстанская область	35.1%
Туркестанская область	49.0%
г. Шымкент	45.6%
г. Астана	45.8%
г. Алматы	49.6%

Астана

Алматы

Шымкент

до 30%

30-40%

> 40%

Пятым компонентом интегрированного показателя «Доля граждан, ведущих здоровый образ жизни» являются занятия умеренной физической активностью не менее 150 минут в неделю. Придерживаются этих рекомендаций в целом 18,8% респондентов по республике. Больше всего таковых в Западно-Казахстанской (30,1%) и Мангистауской (28,3%) областях. Примерно четверть респондентов имеют достаточную физическую нагрузку в Актыбинской, Северо-Казахстанской, Алматинской областях. Напротив, минимальное количество физически активных лиц в Кызылординской области (3,9%). Низкая приверженность к физической культуре и спорту отмечается и в городах Алматы, Шымкент, Жамбылской и Карагандинской областях (Рисунок 19, 20).

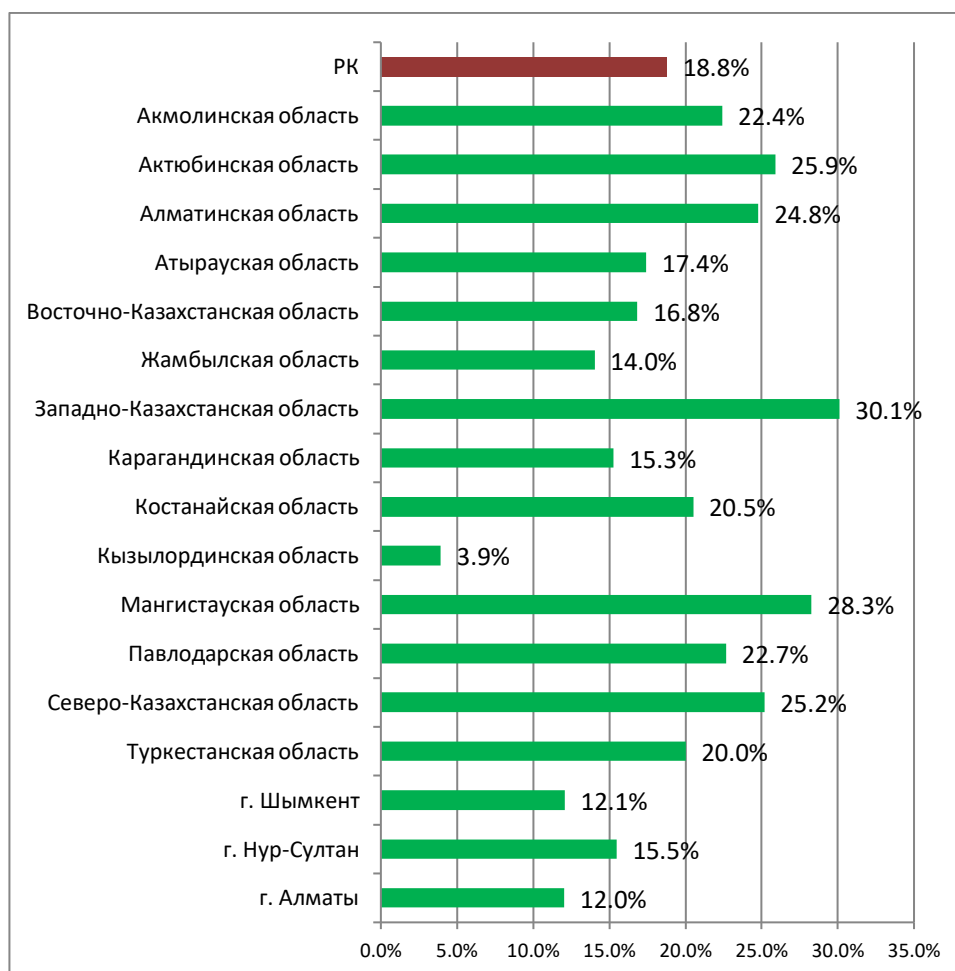


Рисунок 19. Удельный вес физически активного населения (с умеренной нагрузкой не менее 150 минут в неделю) в разрезе по регионам

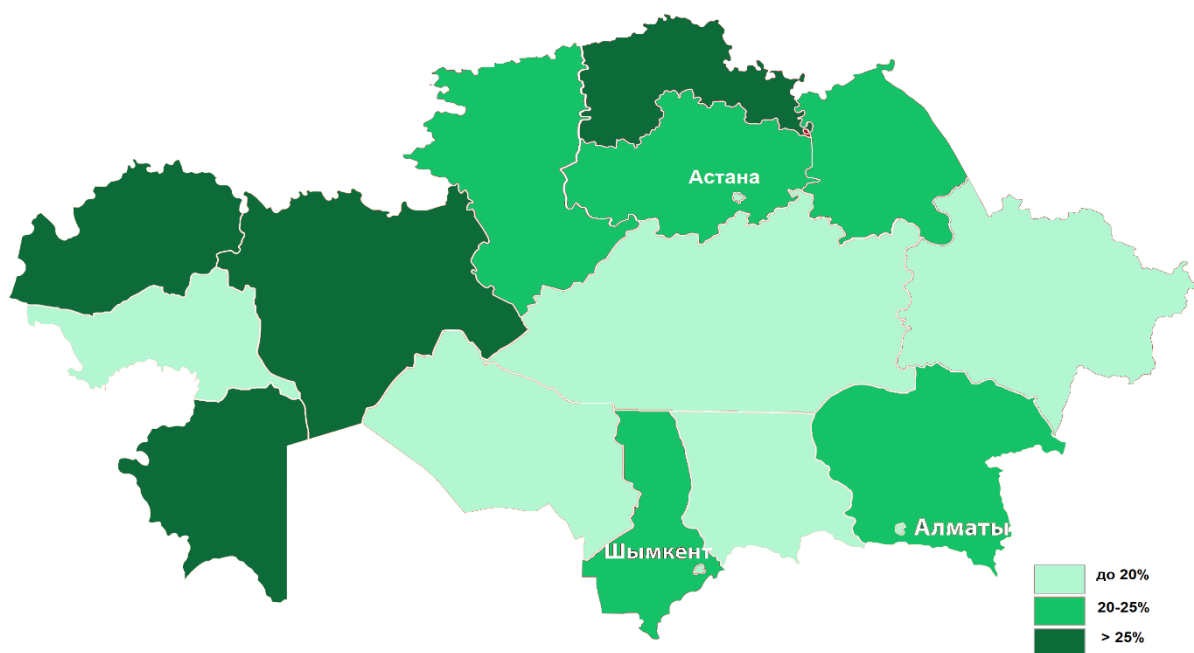


Рисунок 20. Распространенность физической активности среди населения Казахстана (умеренная нагрузка не менее 150 минут в неделю)

Помимо пяти индикаторов интегративного показателя «Доля граждан, ведущих здоровый образ жизни» в ходе исследования были изучены и другие факторы риска развития НИЗ. В числе их – курение электронных сигарет, потребление некурительного табака, потребление сладких газированных напитков.

Согласно опросу каждый девятый респондент (11,6%) курит электронные сигареты (вейпы). Выявление региональных особенностей показало, что чаще всего курильщики вейпов встречаются в г. Астана - это треть опрошенных – 33,5%. Высока доля и в Мангыстауской области – четверть населения курят вейпы – 25,2%, и каждый пятый в Северо-Казахстанской области (21,4%). Самый низкий процент вейперов в Костанайской области (3,6%), как указывалось выше, в виду большого числа курильщиков сигарет в данной области – очевидно, что электронные сигареты не пользуются большим спросом среди населения. Значительно ниже среднереспубликанского по распространенности вейпинга показатели в Павлодарской, Восточно-Казахстанской, Западно-Казахстанской и Туркестанской областях (Рисунок 21).

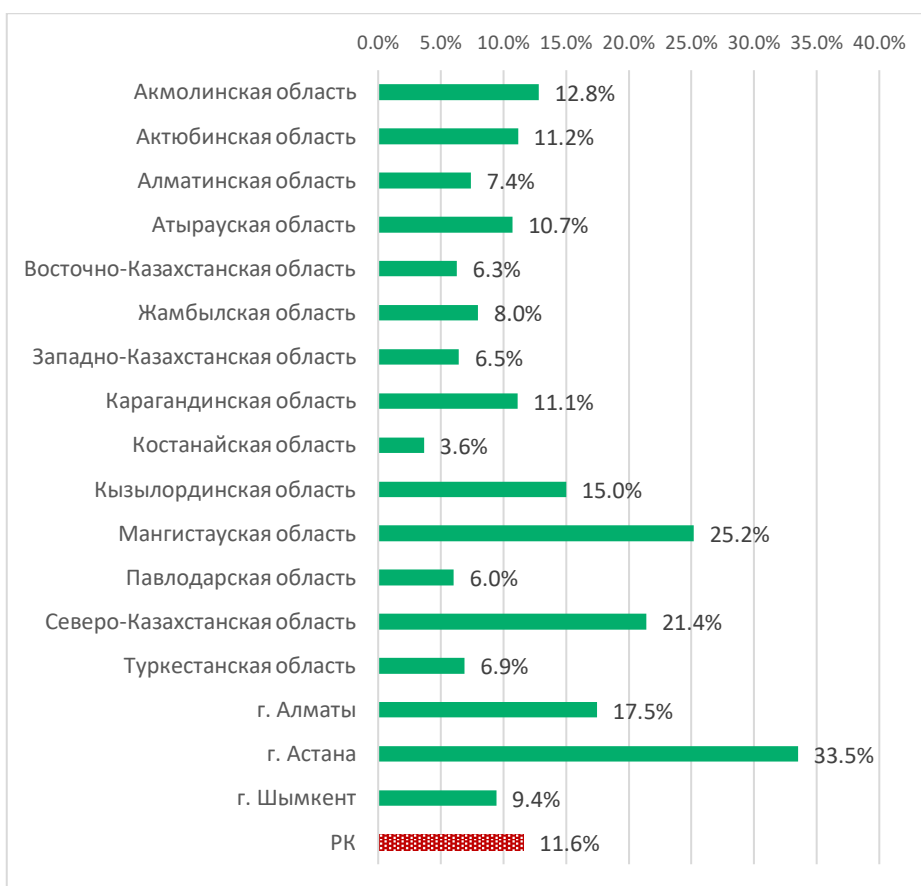


Рисунок 21. Удельный вес потребителей электронных сигарет в разрезе регионов

В вопросе потребления некурительных табачных изделий (насвай, жевательный, нюхательный табак) также наблюдается выраженная дифференциация по регионам. Так, высока частота потребления некурительного табака в Актюбинской области – почти каждый четвертый (24,1%) ответил положительно, в г. Астана – потребляет их каждый пятый (20,8%) респондент, в Кызылординской области и г. Шымкент данный показатель составил чуть выше 17%. Минимальный показатель опять же зафиксирован в Костанайской области – всего 0,8%, намного ниже среднереспубликанского показателя в Восточно-Казахстанской, Западно-Казахстанской и Павлодарской областях.

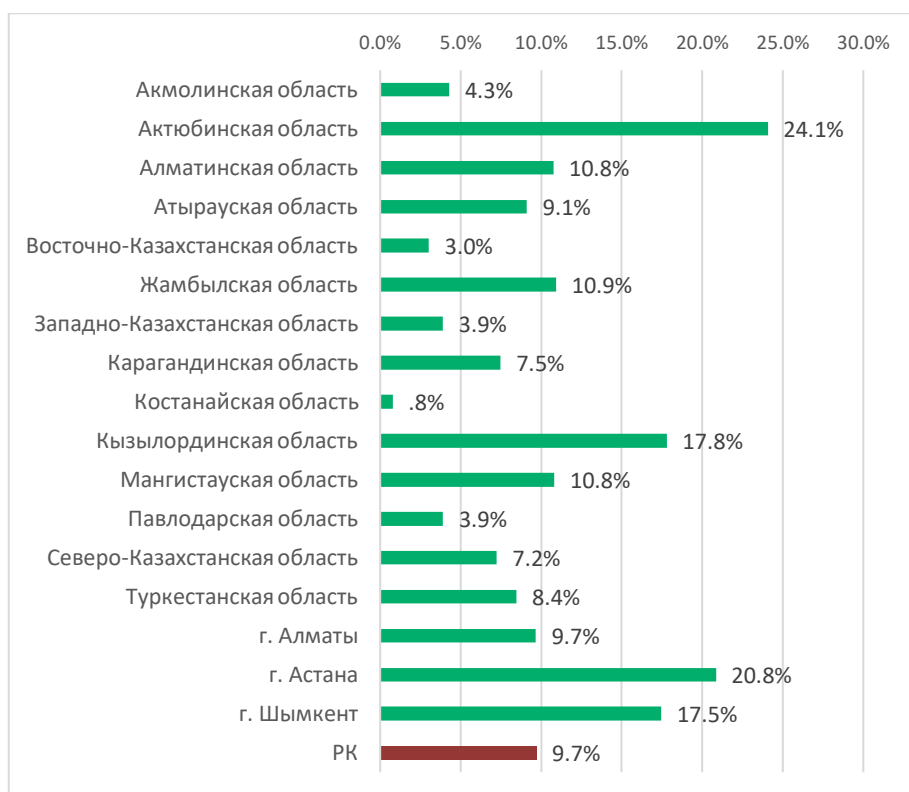


Рисунок 22. Удельный вес респондентов, потребляющих некурительные табачные изделия (насвай, жевательный, нюхательный табак) в разрезе регионов

Немаловажной проблемой остается частое потребление сладких газированных напитков. Сахаросодержащие напитки представляют собой серьезную проблему для здоровья, повышают риск развития сахарного диабета, ожирения, заболеваний опорно-двигательного аппарата и других.

В срезе обследованных территориальных сегментов заметно, что большая часть областей демонстрирует высокие показатели. Ежедневно или 5-6 раз в неделю потребляют данные напитки чаще всего в Актюбинской (36,3%), Костанайской (34,3%), Туркестанской (33,4%), Кызылординской областях (30,5%). Меньше всех таких респондентов встречается в Западно-Казахстанской (15,8%) и Павлодарской (16,6%) областях.

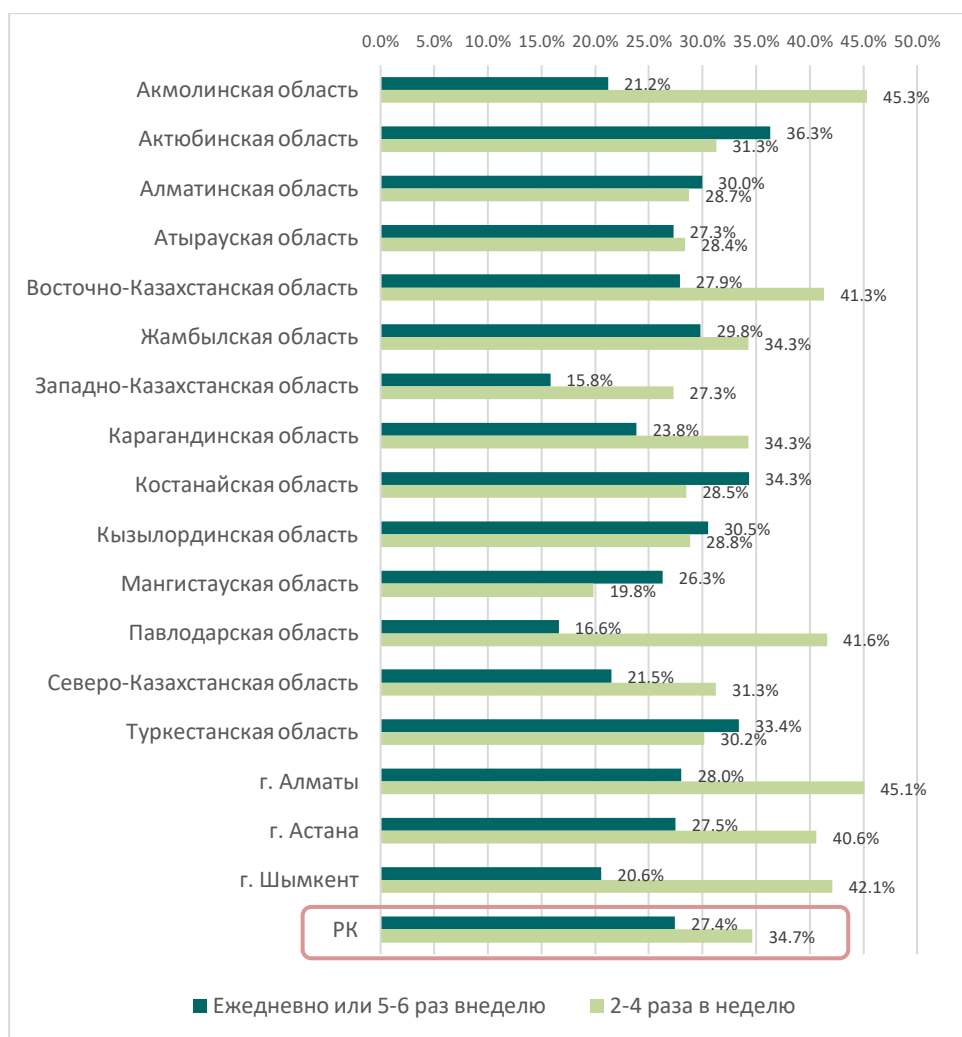


Рисунок 23. Удельный вес респондентов, потребляющих сладкие газированные напитки в разрезе регионов

На рисунке 23 представлен удельный вес респондентов, которые предпочитают употреблять сахаросодержащие напитки ежедневно либо 5-6 раз в неделю и с частотой 2-4 раза в неделю.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Это эпидемиологическое исследование, одно из масштабных в стране за последнее время, на основании анализа комбинации поведенческих ФР ХНИЗ (курение, злоупотребление алкоголем, недостаточная физическая активность, недостаточное потребление фруктов и овощей, избыточное потребление соли) продемонстрировало распространенность ведения здорового образа жизни в казахстанской популяции и выявило ассоциации приверженности к ведению здорового образа жизни.

При этом установлено:

1. Методология исследования позволяет получить комплексный показатель приверженности населения к ведению здорового образа жизни на основе данных критериев и может быть использована для организации постоянно действующего мониторинга для оценки уровня лиц, занимающихся профилактикой. Следует отметить, что развитие системы формирования здорового образа жизни в Республике на протяжении более 25 лет способствовало принятию населением технологии социологического опроса и оценке поведенческих факторов риска развития заболеваний.

2. Результаты исследования свидетельствуют о том, что высокая приверженность к ЗОЖ — интегральный показатель, выявлен лишь у каждого четвертого из взрослого населения обследованных. Низкий уровень приверженности ассоциируется с рядом социально-демографических характеристик населения, и определяется преимущественно высокой частотой «нездорового» питания среди населения и, в меньшей мере, распространенностью недостаточной физической активности и курения. Это характеризует возможные «точки» и группы потенциального профилактического воздействия по увеличению приверженности к ЗОЖ в популяции. Ряд выявленных ассоциаций требует дополнительного анализа.

3. Распространенность доли лиц, ведущих здоровый образ жизни по регионам республики колеблется в интервале от 9,7 до 31,8%, при среднем по республике показателе равным 23,2%. Следует отметить, что ранжирование по величине показателя в региональном аспекте дает картину равномерного роста или убыли показателей между собой за исключением Мангистауской области 12,6% и города Астаны (9,7%) что может быть связано с качеством проведения исследования и указывает на необходимость усиления подготовительной работы.

4. По данным исследования, одна треть (32,5%) взрослого населения Казахстана курят сигареты, более половины мужчин - 52,4% и 14,7% женщин. Вместе с тем, более трети курильщиков приходится на среднюю возрастную

группу трудоспособного населения 30-44 лет- 34,9% и 45-59 лет – 36,9%. Каждый десятый взрослый (11,6%) употребляет электронные сигареты или некурительные табачные изделия (9,7%). Употребление электронных сигарет наиболее распространено среди молодежи- 15,8%.

5. Вызывает тревогу употребление алкоголя в опасных дозах среди женщин (11,8), превышающее по частоте показатель среди мужчин (2,7%) в 4 раза.

6. Пищевые привычки населения определяют характер ежедневного питания и зачастую не соответствуют рекомендуемым нормам в части ежедневного потребления фруктов и овощей, избыточного потребления соли и ежедневного потребления сладких газированных напитков.

7. Согласно данным исследования, только 18,8% взрослых занимаются физической активностью умеренной или высокой интенсивности 150 минут в неделю и более, то есть имеют адекватную, рекомендуемую физическую нагрузку.

8. Таким образом, изученные факторы риска, их распространенность являются основой для научно-обоснованной политике по формированию здорового образа жизни, профилактике заболеваний и оценки эффективности проводимых мероприятий.

9. В сфере мониторинга поведенческих факторов риска развития болезней в Казахстане и регионах достигнут определенный прогресс, однако следует учитывать, что это первое исследование, которое направлено на выявление сочетанных факторов риска и во многом зависит от репрезентативности получаемых данных, что предстоит в дальнейшем развивать. Однако уже сегодня видно, что использование данного индекса позволяет получить популяционную картину приверженности населения к ЗОЖ что обеспечит повышение уровня пропаганды здорового образа жизни. Кроме того, наличие и изменений показателя приверженности ЗОЖ в ответ на профилактическое воздействие важны для оценки эффективности приоритетного проекта «Здоровая нация», а изучение динамики показателей, включая число лиц, ведущих здоровый образ жизни, позволит модифицировать индекс, увеличивая его надежность.

ЛИТЕРАТУРА

- 1.Послание президента республики Казахстан - |Лидера нации Н. А. Назарбаева народу Казахстана стратегия «Казахстан-2050» - новый политический курс состоявшегося государства.
- 2.Национальное исследование образа жизни населения в Республике Казахстан: монография / Ж.Е.Баттакова. - Алматы, 2016. – 349 с.
- 3.Национальный проект «Качественное и доступное здравоохранение для каждого гражданина «Здоровая нация» Постановление Правительства Республики Казахстан от 12 октября 2021 года № 725.
- 4.Зубкова Т. С., Замятина Е. С., Халтурина Д. А. Система индикаторов поведенческих факторов риска России на национальном и региональном уровнях // Общественное здоровье. 2021, 1(4):56–67. DOI: 10.21045/2782-1676-2021-1-4-56-67
- 5.Социально-демографические обследования населения https://rosstat.gov.ru/free_doc/new_site/ZDOR/2019/PublishSite/index.html
- 6.Концевая А.В., Шальнова С.А., Драпкина О.М. Исследование ЭССЕ-РФ: эпидемиология и укрепление общественного здоровья. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2021;20(5):2987. <https://doi.org/10.15829/1728-8800-2021-2987>
7. Шальнова С.А., Баланова Ю.А., Деев А.Д., Концевая А.В.,Имаева А.Э., Капустина А.В., Муромцева Г.А., Евстифеева С.Е.,Драпкина О.М. Интегральная оценка приверженности здоровому образу жизни как способ мониторинга эффективности профилактических мер. Профилактическая медицина, 2018, 4.
- 8.Шальнова С. А., Максимов С. А., Баланова Ю. А.,Евстифеева С. Е., Имаева А. Э., Капустина А. В., Карамнова Н. С.,Муромцева Г. А., Викторова И. А., Прищепа Н. Н., Редько А. Н.,Якушин С. С., Драпкина О. М. Приверженность к здоровому образу жизни в российской популяции в зависимости от социально-демо-графических характеристик населения. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2020;19(2):2452. doi:10.15829/1728-8800-2020-2452
- 9.Китоваа.Л. Сравнительный анализ состояния здоровья населения регионов Уральского федерального округа. Вестник института экономики российской академии наук №2. 2021. с. 166–181.
- 10.Тезисы доклада на заседании секции статистики ЦДУ РАН 19.12.2019 по теме: «Об итогах выборочного наблюдения состояния здоровья населения в 2019 году».

Министерство здравоохранения Республики Казахстан
Национальный Центр общественного здравоохранения

АНКЕТА ДЛЯ НАСЕЛЕНИЯ 18 ЛЕТ И СТАРШЕ

Уважаемые граждане!
Просим Вас принять участие в социологическом опросе.
Ваши ответы помогут разработать практические
рекомендации для укрепления здоровья населения.
Данный опрос проводится анонимно.

1 Ваше место проживания:

Область _____

1 ☐ Проживаю в городе _____
(название)

2 ☐ Проживаю в селе _____
(название)

2 Пол:

1 ☐ мужчина

2 ☐ женщина $\Rightarrow$ Вы беременны? 1 ☐ Да
2 ☐ Нет

3 Возраст:

Сколько Вам полных лет? _____

4 Ваше образование:

1 ☐ неполное среднее (окончил/а 8-9 классов)

2 ☐ среднее (окончил/а 10-11 классов)

3 ☐ среднеспециальное (училище, техникум, колледж)

4 ☐ высшее

5 Социальный статус:

1 ☐ служащий

2 ☐ рабочий

3 ☐ фермер

4 ☐ лицо, занятое индивидуальной трудовой деятельностью или самозанятый

5 ☐ пенсионер

6 ☐ студент

7 ☐ домохозяйка

8 ☐ безработный

9 ☐ другое _____

6 Ваше семейное положение:

1 ☐ женат (замужем)

2 ☐ в гражданском браке

3 ☐ разведен/-а

4 ☐ вдовец (вдова)

5 ☐ холост (не замужем)

7 Как часто Вы потребляете не менее 400 грамм фруктов и овощей (исключая картофель, варенье/джемы)?

- 1 ☐ каждый день
- 2 ☐ 5-6 дней в неделю
- 3 ☐ 3-4 дня в неделю
- 4 ☐ 1-2 дня в неделю
- 5 ☐ реже, чем 1-2 дня в неделю
- 6 ☐ не потребляю

8 Сколько соли обычно содержится в Вашем ежедневном рационе питания?

- 1 ☐ менее 5 грамм в день (менее 1 чайной ложки)
- 2 ☐ более 5 грамм в день (более 1 чайной ложки)

9 Курите ли Вы сигареты в настоящее время?

- 1 ☐ ежедневно
- 2 ☐ не каждый день
- 3 ☐ совсем не курю

10 Сколько сигарет Вы выкуриваете в день?

- 1 ☐ 1 сигарету
- 2 ☐ от 2 до 5 сигарет
- 3 ☐ от 5 до 20 сигарет
- 4 ☐ более 20 сигарет
- 5 ☐ Я не курю

11 Как часто Вы курите электронные сигареты в настоящее время?

- 1 ☐ ежедневно
- 2 ☐ не каждый день
- 3 ☐ вообще не употребляю

12 Как часто Вы употребляете некурительные табачные изделия в настоящее время?
(насвай, жевательный табак, нюхательный табак)

- 1 ☐ ежедневно
- 2 ☐ не каждый день
- 3 ☐ вообще не употребляю

13 Употребляете ли Вы алкогольные напитки в настоящее время?

- 1 ☐ да
- 2 ☐ нет (переходите к вопросу 17)

14 Укажите количество употребляемого пива в НЕДЕЛЮ:

(1 кружка = 500 мл)

ЛЕГКОЕ ПИВО (4,5 градусов)	КРЕПКОЕ ПИВО (8 градусов)
1 ☐ До 2-х кружек	1 ☐ 1 кружка
2 ☐ 3 - 4 кружки	2 ☐ 2 кружки
3 ☐ 5 - 6 кружек	3 ☐ 3 - 4 кружки

4 ☐ 7 - 9 кружек	4 ☐ 5 кружек
5 ☐ 10 кружек и более (5 л и более)	5 ☐ 6 и более кружек (3 л и более)
6 ☐ Не употребляю легкое пиво	6 ☐ Не употребляю крепкое пиво

15 Укажите количество употребляемого вина в НЕДЕЛЮ:

(1 рюмка = 50 мл)

ВИНО 13 градусов	КРЕПЛЕННОЕ ВИНО (18 градусов)
1 ☐ До 2-х рюмок	1 ☐ До 2-х рюмок
2 ☐ 3-5 рюмок	2 ☐ 3-5 рюмок
3 ☐ 6-9 рюмок (до 500 мл)	3 ☐ 300 мл - 500 мл
4 ☐ 500-800 мл	4 ☐ 600 мл - 1100 мл
5 ☐ 850 мл – 1 л	5 ☐ 1,2 л и более
6 ☐ 1 л – 1,6 л	6 ☐ Не употребляю крепленое вино
7 ☐ 1,7 л и более	
8 ☐ Не употребляю вино	

16 Укажите количество употребляемых крепких алкогольных напитков в НЕДЕЛЮ

(водка, коньяк, виски и т.п.) (1 стопка = 25 мл):

- 1 ☐ до 2-х стопок
- 2 ☐ 3-4 стопки
- 3 ☐ 4-8 стопок
- 4 ☐ 9-11 стопок (до 300 мл)
- 5 ☐ 300 мл - 375 мл
- 6 ☐ 400 мл – 550 мл
- 7 ☐ больше, чем 550 мл
- 8 ☐ Не употребляю крепкие спиртные напитки

17 Как часто Вы употребляете сладкие газированные напитки?

- 1 ☐ каждый день
- 2 ☐ 2-4 раза в неделю
- 3 ☐ 5-6 раз в неделю
- 4 ☐ не потребляю

18 Сколько времени в среднем в НЕДЕЛЮ уходит у Вас на все занятия физической культурой и спортом (физическая зарядка, быстрая ходьба, бег, езда на велосипеде, плавание, занятия спортом, фитнесом, йогой)?

- 1 ☐ не занимаюсь физической культурой или спортом
- 2 ☐ менее 150 минут в неделю
- 3 ☐ 150 минут и более в неделю

19 Ваш рост _____ (см)

20 Ваш вес _____ (кг)

21 Имеете ли Вы хронические заболевания?

- 1 ☐ да
- 2 ☐ нет

Спасибо за участие!