

Министерство здравоохранения Республики Казахстан
Национальный Центр общественного здравоохранения

Национальный отчет

«Доля граждан Казахстана, ведущих здоровый образ жизни»

(Результаты социологического исследования – 2023 г.)

Астана - Алматы, 2024 г.

СОДЕРЖАНИЕ

1. КРАТКИЙ ОБЗОР. Национальный мониторинг приверженности здоровому образу жизни в системе общественного здравоохранения Казахстана	7
2. МЕТОДОЛОГИЯ И ОРГАНИЗАЦИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ	12
3 СОБСТВЕННЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ	20
3.1 РЕЗУЛЬТАТЫ РАСЧЕТА ИНТЕГРАЛЬНОГО ПОКАЗАТЕЛЯ «ДОЛЯ ГРАЖДАН РК, ВЕДУЩИХ ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ»	20
3.2 ИЗУЧЕНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ОТДЕЛЬНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА	24
3.3 ИЗУЧЕНИЕ РЕГИОНАЛЬНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ В ВОПРОСАХ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА И ОБРАЗА ЖИЗНИ	30
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	46
ПРИЛОЖЕНИЕ	50

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 минут умеренной или 75 минут 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 отчета

Национальный отчет и социологическое исследование выполнены согласно плану реализации Концепции развития здравоохранения Республики Казахстан до 2026 года.

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

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

В основе метода расчета индикатора «Доля граждан, ведущих ЗОЖ среди взрослого населения РК» лежит методика, утвержденная Приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 17 февраля 2022 года № 97 «Об утверждении Методики расчетов показателей результатов национального проекта «Качественное и доступное здравоохранение для каждого гражданина «Здоровая нация». Данный индикатор основан на расчете показателя, разработанного ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр профилактической медицины «Минздрава России», утвержденного приказом Росстата от 29.03.2019 № 181, и базируется на рекомендациях Всемирной организации здравоохранения и Европейского общества по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний в первичном звене здравоохранения.

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.

Социологический опрос выполнен под руководством региональных исполнителей 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:

Есмагамбетова А.С., Назарова С.А., Смагул М.А., Абдрахманова Ш.З., Адаева А.А., Слажнева Т.И., Сулейманова Н.А., Кумаров К.М., Алиева А.К., Акимбаева А.А. НЦОЗ МЗ РК Астана-Алматы, 2024 г.

1. КРАТКИЙ ОБЗОР

Национальный мониторинг приверженности здоровому образу жизни в системе общественного здравоохранения Казахстана

Развитие системы национального мониторинга доли лиц, ведущих здоровый образ жизни, в общественном здравоохранении Казахстана представляет собой ключевой аспект модернизации здравоохранения страны. В условиях повышенного бремени хронических заболеваний, вызванных нездоровыми привычками, мониторинг состояния общественного здоровья становится необходимым инструментом для разработки эффективных профилактических и коррекционных мер.

В Казахстане активно развиваются инициативы в сфере общественного здравоохранения, направленные на охрану и укрепление здоровья населения. Важным этапом этого процесса стало создание службы формирования здорового образа жизни с конца девяностых годов, что положило основу для дальнейшей работы в этой области, улучшению межсекторального взаимодействия, подготовки кадров, совершенствования научно-методического сопровождения процессов профилактики и здорового образа жизни, расширения сотрудничества с международными организациями и внедрению проектов по реализации различных аспектов укрепления здоровья среди всех групп населения. В 2011 году была внедрена Национальная скрининговая программа, ставшая ключевым инструментом для профилактики и раннего выявления ряда социально значимых заболеваний, которая проводится на регулярной основе, в том числе и для оценки основных факторов риска, таких как курение, злоупотребление алкоголем, физическая активность и другие.

В стране проделана значительная работа по внедрению национального мониторинга факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний, что стало основой для анализа проблем в сфере общественного здравоохранения и прогнозирования их динамики. Этот процесс был синхронизирован с международными стандартами, что позволило улучшить подходы к формированию национальных отчетов и созданию систем глобального эпидемиологического мониторинга факторов риска заболеваний.

Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни Министерства здравоохранения Республики Казахстан проводил национальные опросы каждые три года, охватывая порядка 24 000 человек, с целью оценки распространенности поведенческих факторов риска и выявления уровня мотивации населения к здоровому образу жизни. Исследования проводились на всей территории страны и предоставляли репрезентативные данные, детализированные по полу, возрасту, месту жительства, социальным и

экономическим характеристикам. Это позволяло учитывать разнообразие социально-демографических факторов и соответствующим образом адаптировать меры здравоохранения в зависимости от потребностей региона.

На протяжении последних десятилетий было проведено шесть крупных социологических исследований, охватывающих как детей (11-17 лет), так и взрослое население в 14 областях и крупных городах страны. Исследования проводились в 1998, 2002, 2004, 2007, 2012 и 2015 годах, и каждая волна внесла свой вклад в улучшение понимания факторов риска, формирования здорового образа жизни и выработку рекомендаций для наращивания усилий в области профилактики заболеваний.

Полученные данные продемонстрировали положительную динамику в показателях здорового образа жизни среди населения за прошедшие годы. Особенно это было заметно среди детей, где отмечался рост доли тех, кто занимался активными видами физической нагрузки. Также наблюдалось снижение потребления табачных изделий, алкогольных напитков и пищи быстрого приготовления среди детей. Эти изменения подтвердили эффективность реализуемой стратегии по формированию здорового образа жизни в прошлые годы.

Эпидемиологические исследования играют ключевую роль в укреплении общественного здоровья, обеспечивая необходимую информацию о распространенности заболеваний и факторов риска. Эти данные являются основой для принятия обоснованных решений в области здравоохранения и помогают эффективно планировать и корректировать программы профилактики. Оценка факторов риска позволяет количественно определить размер проблемы, прогнозировать заболеваемость и смертность, а также на основе этих данных выделять приоритетные направления работы. Важно, что эпидемиологические данные не только служат исходной точкой для разработки планов действий, но и позволяют отслеживать их эффективность в динамике, определяя успех предпринятых шагов, таких как снижение курения или стимулирование здорового питания.

После выявления текущей распространенности факторов риска формулируются цели и задачи для улучшения состояния здоровья. Оценка вклада этих факторов в заболеваемость и смертность помогает точнее планировать ресурсы, направленные на решение самых острых проблем. Также эти данные позволяют оценить экономический ущерб от факторов риска и, исходя из этого, выделить наиболее приоритетные меры для снижения их воздействия. Эпидемиологический мониторинг дает возможность не только скорректировать текущие программы, но и отслеживать долгосрочные эффекты, оценивать изменения в поведении и выявлять, насколько успешны

профилактические мероприятия. Постоянное обновление данных позволяет своевременно модифицировать программы и стимулировать изменения в поведении населения, что в свою очередь улучшает общее состояние здоровья и помогает реализовывать стратегии в области общественного здравоохранения.

Интеграция эпидемиологических исследований в процесс планирования и реализации программ укрепления здоровья обеспечивает более точное прогнозирование, улучшает методологию оценки эффективности мероприятий и способствует долгосрочному улучшению здоровья населения.

Для успешной реализации программ мониторинга важно создать центральную платформу, объединяющую данные, чтобы на уровне всей страны можно было отслеживать динамику и выявлять проблемные регионы, где требования к здоровому образу жизни требуют приоритетного внимания. Кроме того, необходимо внедрить механизмы регулярной оценки успехов национальных программ, ориентированных на изменение поведения населения.

С 2022 года в Казахстане ежегодно проводится Национальное эпидемиологическое исследование, целью которого является анализ основных поведенческих факторов риска хронических неинфекционных заболеваний. Эти факторы включают курение, злоупотребление алкоголем, недостаточную физическую активность, неадекватное потребление фруктов и овощей, а также избыточное потребление соли. Результаты исследования показали распространенность здорового образа жизни среди казахстанского населения и выявили ассоциации приверженности к ЗОЖ на основе этих факторов в динамике за трехлетний период. Исследование стало важным шагом в мониторинге здоровья населения, предоставляя ключевые данные для более глубокого понимания влияния этих факторов на общую картину здоровья граждан.

Примером для Казахстана послужил опыт Российской Федерации, где также был внедрен аналогичный мониторинг. В 2017 году Россия начала реализацию приоритетного проекта «Формирование здорового образа жизни». Одной из задач проекта стало создание системы мониторинга приверженности ЗОЖ на популяционном уровне, что дало возможность проанализировать взаимосвязь между смертностью и поведением населения. Результаты показали, что у людей, придерживающихся здорового образа жизни, смертность была значительно ниже, что подтвердило важность использования индикаторов для прогнозирования здоровья населения. Несмотря на это, в последние годы процент приверженных ЗОЖ в России несколько снизился, что также подчеркивает важность постоянного мониторинга и оценки эффективности текущих мер.

Для Казахстана систематический сбор данных и эпидемиологические исследования играют ключевую роль в оценке и планировании программ по укреплению здоровья. Это позволяет не только оценить текущую ситуацию, но и разработать стратегии, направленные на снижение факторов риска и увеличение доли населения, ведущего здоровый образ жизни. Казахстан активно реализует международно признанные стандарты в области исследований и мониторинга, проводя различные опросы, такие как Глобальный опрос по потреблению табака среди взрослого населения (GATS), Глобальный опрос по табаку среди молодежи (GYTS), эпидемиологический надзор за детским ожирением (COSI) и поведение школьников в отношении здоровья (HBSC). Эти исследования дают полную картину образа жизни и поведения населения, позволяя правильно настроить меры профилактики на всех уровнях здравоохранения.

Таким образом, данные этих исследований оказывают значительное влияние на формирование политики в области общественного здоровья, позволяя корректировать стратегические направления и вовремя внедрять необходимые меры. Закономерно, что исследования требуют значительных усилий и ресурсов, особенно на национальном уровне, но в то же время они являются важной основой для проведения научных анализов и принятия обоснованных решений на уровне государственной политики. Через эти исследования можно точно оценить масштабы проблемы и отследить их динамику в будущем, а также выявить слабые места в продвижении ЗОЖ и разработке профилактических мер.

В числе компонентов, составляющих здоровый образ жизни, можно выделить отсутствие курения, потребление достаточного количества овощей и фруктов, умеренное потребление соли, регулярную физическую активность и сдержанность в потреблении алкоголя. На основе этих критериев можно классифицировать приверженность ЗОЖ как высокую, удовлетворительную или низкую. Такие классификации помогают точнее подходить к разработке программ и мер, направленных на улучшение здоровья населения, путем упорядочивания групп с разным уровнем приверженности здоровому образу жизни.

Социально-демографические характеристики, такие как пол, возраст, уровень образования, регион проживания и доходы, имеют значительное влияние на приверженность ЗОЖ. Для многих социальных групп они могут быть как протективными, так и негативными факторами, способствующими более высокому или низкому уровню здорового образа жизни. Например, уровень образования и более высокие доходы часто ассоциируются с лучшими

результатами в сфере здоровья и большим интересом к здоровому питанию и регулярным физическим нагрузкам.

Влияние сочетания этих факторов также оказывает влияние на поведение в отношении здоровья. Например, в городах может быть больше возможностей для ведения активного образа жизни, но при этом условия жизни могут способствовать вредным привычкам, таким как потребление фастфуда или высокий уровень стресса. В сельской местности наоборот, доступность полезных продуктов и возможность регулярных физических нагрузок могут быть выше, но существует и риск возникновения определенных негативных практик из-за ограниченных ресурсов и меньшего внимания к профилактике заболеваний.

Регулярный мониторинг факторов риска с учетом этих социально-демографических характеристик является необходимым для формирования надежной и нацеленной политики укрепления общественного здоровья. Систематическое изучение данных позволяет правительству принимать научно обоснованные решения относительно того, какие программы и меры стоит внедрять, чтобы улучшить состояние здоровья нации и эффективно бороться с хроническими заболеваниями, предсказуемыми рисками и большими экономическими затратами на лечение заболеваний.

Таким образом, эпидемиологические исследования играют центральную роль в поддержании и улучшении общественного здоровья. Постоянное обновление данных, систематический сбор информации и анализ факторов риска дают возможность Казахстану более эффективно решать задачи в сфере здравоохранения и, в целом, укреплять здоровье нации.

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

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: стратифицированная, многоступенчатая, рандомизированная.

Процедура стратификации предполагает пропорциональное распределение выборочной совокупности на основе территориальных, гендерных и возрастных характеристик населения.

Ареал исследования - 17 областей РК:

1. Область Абай
2. Акмолинская область
3. Актюбинская область
4. Алматинская область
5. Атырауская область
6. Жамбылская область
7. Область Жетысу
8. Западно-Казахстанская область
9. Карагандинская область
10. Костанайская область
11. Кызылординская область

12. Мангыстауская область
13. Павлодарская область
14. Северо-Казахстанская область
15. Туркестанская область
16. Область Улытау
17. Восточно-Казахстанская область

3 города республиканского значения:

1. Астана
2. Алматы
3. Шымкент

Проведена многоступенчатая комбинированная выборка с использованием стратификации по регионам, типам населенных пунктов (город/село).

На первом этапе рассчитывались доли регионов и соотношение городской и сельской местностей в выборочной совокупности. Территория Казахстана разделена на 20 административных единиц: 17 областей и 3 города республиканского значения. Внутри областей выделены городские и сельские поселения, что позволило сформировать 37 страт ($17 \times 2 + 3 = 37$)

Каждая страта представлена в выборке пропорционально своей доле в общей совокупности. Размер генеральной совокупности по регионам отражен в таблице 1.

Таблица 1: Среднегодовая 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 2023 году»)

	Всего	Город	Село
РК	13110553	8291939	4818614
Область Абай	420 434	257 406	163 028
Акмолинская область	564 273	317 973	246 300
Актюбинская область	605 607	454 340	151 267
Алматинская область	968 222	156 181	812 041
Атырауская область	426 437	235 970	190 467
Западно-Казахстанская область	474 416	268 684	205 733
Жамбылская область	755 821	334 249	421 572
Область Жетысу	453 495	201 519	251 976
Карагандинская область	817 712	670 967	146 745
Костанайская область	623 666	389 581	234 085
Кызылординская область	504 739	236 473	268 266
Мангыстауская область	451 696	210 344	241 352
Павлодарская область	549 051	395 315	153 736
Северно-Казахстанская область	404 702	199 073	205 629
Туркестанская область	1 208 390	292 238	916 153

Область Улытау	146 374	116 492	29 883
Восточно-Казахстанская область	545 451	365 067	180 385
г.Астана	934 051	934 051	-
г. Алматы	1 538 944	1 538 944	-
г. Шымкент	717 076	717 076	-

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 48,8% населения, женщины – 51,2% (таблица 2). 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 плановый объем выборки по республике Казахстан составляет 13555 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	13555	6386	7169	7997	3607	4390	5558	2779	2779
Абайская область	466	222	244	280	128	152	186	94	92
Акмолинская область	590	279	311	275	124	151	315	155	160
Актюбинская область	645	301	344	410	185	225	235	116	119
Алматинская область	1040	513	527	168	78	90	872	435	437
Атырауская область	430	206	224	202	93	109	228	113	115
Восточно-Казахстанская область	602	279	323	398	178	220	204	101	103
Западно-Казахстанская область	504	236	268	260	114	146	244	122	122
Жамбылская область	764	366	398	308	138	170	456	228	228

Жетысуйская область	501	243	258	220	100	120	281	143	138
Карагандинская область	900	413	487	730	328	402	170	85	85
Костанайская область	733	339	394	397	175	222	336	164	172
Кызылординская область	536	266	270	236	111	125	300	155	145
Мангистауская область	443	215	228	186	89	97	257	126	131
Павлодарская область	615	280	335	441	194	247	174	86	88
Северо-Казахстанская область	463	215	248	212	91	121	251	124	127
Туркестанская область	1245	626	619	230	111	119	1015	515	500
Улытауская область	162	76	86	128	59	69	34	17	17
г. Астана	776	362	414	776	362	414	-	-	-
г. Алматы	1485	648	837	1485	648	837	-	-	-
г. Шымкент	655	301	354	655	301	354	-	-	-

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.

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

Области /города РК	Страты				
Абайская	г. Семей	с. Бородулиха	с. Караауыл		
Акмолнинская	г. Кокшетау	с. Красный Яр	с.Державинск		
Актюбинская	г. Актобе	с. Мартук	п. Темирбека Жургенова (Комсомольское)		
Алматинская	г. Конаев	с. Байсерке	с. Кеген	с. Каргалы	с. Баканас
Атырауская	г. Атырау	с. Махамбет	с. Индербор		
Восточно-Казахстанская	г.Усть-Каменогорск	п. Белоусовка	с. Курчум		
Западно-Казахстанская	г. Уральск	с. Федоровка	с. Таскала		
Жамбылская	г.Тараз	с. Бауыржан Момышулы	с. Кордай	с. Мерке	
Жетысуйская	г. Талдыкорган	с. Карабулак	с. Бесколь		
Карагандинская	г.Караганда	г. Приозерск	с. Нура		
Костанайская	г.Костанай	с.Боровской	с. Амангельды		
Кызылординская	г.Кызылорда	с. Жалагаш	с. Айтеке би		
Мангистауская	г. Актау	с. Мангыстау	с. Бейнеу		
Павлодарская	г. Павлодар	г. Экибастуз	с. Баянаул		
Северо-Казахстанская	г. Петропавловск	с. Явленка	с. Саумалколь		
Туркестанская	г. Туркестан	с. Казыгурт	с. Абай	с. Шаян	с. Аксукект
Улытауская	г. Жезказган	с. Жайрем			
г. Астана	г. Астана				
г. Алматы	г. Алматы				
г. Шымкент	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 онлайн опросника (CAPI).

Инструментарий

Опрос проводился по онлайн опроснику (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.

Статистическая обработка и анализ данных

Статистическая обработка данных проведена в программе IBM SPSS Statistics версия 23.0.

Показатель «Доля граждан Казахстана, ведущих здоровый образ жизни (процент)» - интегральный показатель приверженности населения здоровому образу 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 интегрального 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:

- ***высокая*** – соблюдение всех пяти компонентов здорового образа жизни;
- ***удовлетворительная*** – соблюдение четырех компонентов здорового образа жизни, где одним из них обязательно является отсутствие курения.

В ходе проведения социологического исследования всего по РК было опрошено 13439 человек с плановым пропорциональным распределением в выборочной совокупности по территориальным, гендерным, возрастным признакам населения. В связи с тем, что плановая квотная выборка несколько отличалась от фактической, для обеспечения репрезентативности и корректного представления данных было произведено взвешивание выборки по весовым коэффициентам согласно пропорциональному распределению.

Таблица 4: Количество собранных анкет в ходе исследования

	Регион	Количество анкет
1	Область Абай	474
2	Акмолинская область	549
3	Актюбинская область	648
4	Алматинская область	1009
5	Атырауская область	442
6	Жамбылская область	805
7	Область Жетысу	502
8	Западно-Казахстанская область	523
9	Карагандинская область	932
10	Костанайская область	719
11	Кызылординская область	543
12	Мангистауская область	439
13	Павлодарская область	589
14	Северо-Казахстанская область	462
15	Туркестанская область	1220
16	Область Улытау	162
17	Восточно-Казахстанская область	659
18	г. Алматы	1477
19	г. Астана	764
20	г. Шымкент	524
	Всего	13439

Таблица 5 Социально-демографические характеристики участников социологического опроса

Группы респондентов	Абс.	%
<i>Тип населенного пункта</i>		
Город	7968	59,3
Село	5471	40,7
<i>Возрастная группа</i>		
18-29 лет	3578	26,6
30-44 года	4345	32,3
45-59 лет	3338	24,8
60 лет и старше	2178	16,2
<i>Пол</i>		
Мужской	6251	46,5
Женский	7188	53,5

<i>Социальный статус</i>		
Служащий	3747	27,9
Рабочий	4405	32,8
Фермер	117	0,9
Лицо, занятое индивидуальной трудовой деятельностью	756	5,6
Пенсионер	1658	12,3
Студент	548	4,1
Домохозяйка	932	6,9
Безработный	514	3,8
Другое	762	5,7
<i>Семейное положение</i>		
Женат/замужем	9483	70,6
В гражданском браке	360	2,7
Не женат/не замужем	2196	16,3
Разведен/разведена	710	5,3
Вдовец/вдова	690	5,1
<i>Образование</i>		
Неполное среднее	372	2,8
Общее среднее	1784	13,3
Среднее специальное/профессиональное	6097	45,4
Высшее	5186	38,6

3. СОБСТВЕННЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

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

В целом по Казахстану, интегральный показатель «Доля граждан, ведущих здоровый образ жизни» составила 34,2%, (из них высокий уровень приверженности ЗОЖ составил 7,2%, удовлетворительный уровень – 27,0%). Это свидетельствует о значительном росте приверженности населения к здоровому образу жизни по сравнению с предыдущими годами, который в 2022 году составлял 31,4% (из них высокий уровень приверженности ЗОЖ - 6,8%, удовлетворительный уровень – 24,6%), в 2021 году - 23,2% (высокий уровень приверженности ЗОЖ - 3,5%, удовлетворительный уровень - 19,7%).



Рисунок 1. Удельный вес граждан РК с высокой, удовлетворительной и низкой приверженностью здоровому образу жизни (2021-2023 гг.)

Интегральный показатель приверженности ЗОЖ в 2023 году статистически значимо выше у женщин - 39,5%, чем у мужчин – 28,7% ($\chi^2 = 172,2$, $p < 0,001$), однако показатели между городскими (34,4%) и сельскими жителями (33,9%) значимо не различались ($\chi^2 = 0,28$, $p = 0,597$). (Рисунок 2).

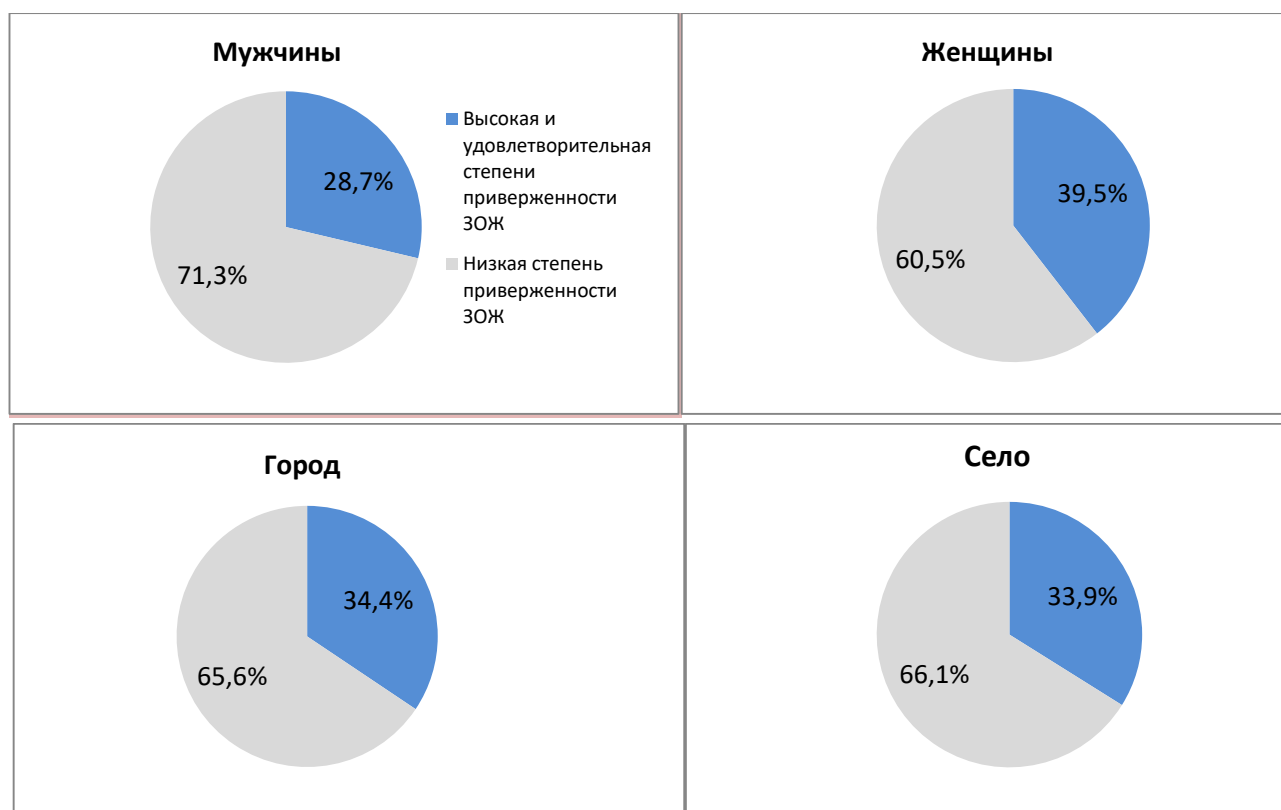


Рисунок 2. Доля граждан, ведущих здоровый образ жизни в разрезе по полу и месту проживания (2023 г.)

Сравнение показателей в возрастном разрезе демонстрирует, что лиц, ведущих ЗОЖ, значительно меньше в возрастной категории 30-44 лет ($\chi^2 = 21,9$, $p < 0,001$). 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	35,5%	31,5%	35,6%	35,5%
Низкая степень ЗОЖ	64,5%	68,5%	64,4%	64,5%

На рисунке 3 представлен удельный вес респондентов, ведущих ЗОЖ в зависимости от уровня образования. Респонденты с высшим образованием чаще придерживаются здорового образа жизни (37,3%, $\chi^2 = 37,2$, $p < 0,001$).

Отдельные степени приверженности ЗОЖ в разрезе по уровню образования представлены на рисунке 4. Из рисунка видно, что высокая степень приверженности ЗОЖ значительно чаще распространена среди лиц с высшим образованием.

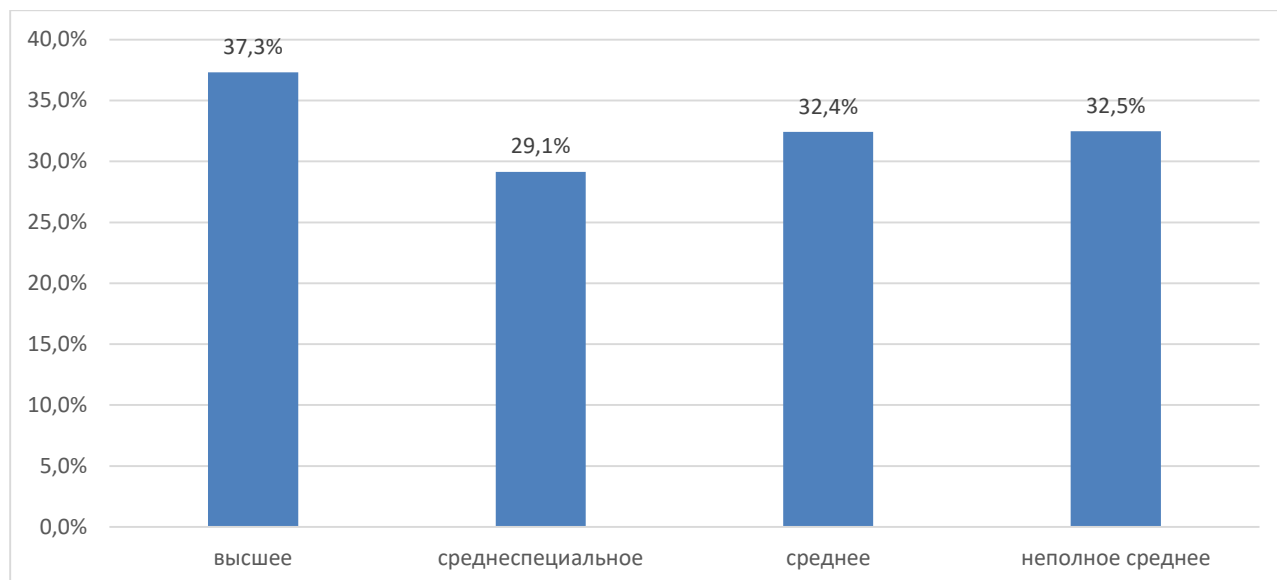


Рисунок 3. Доля граждан, ведущих здоровый образ жизни с различными уровнями образования

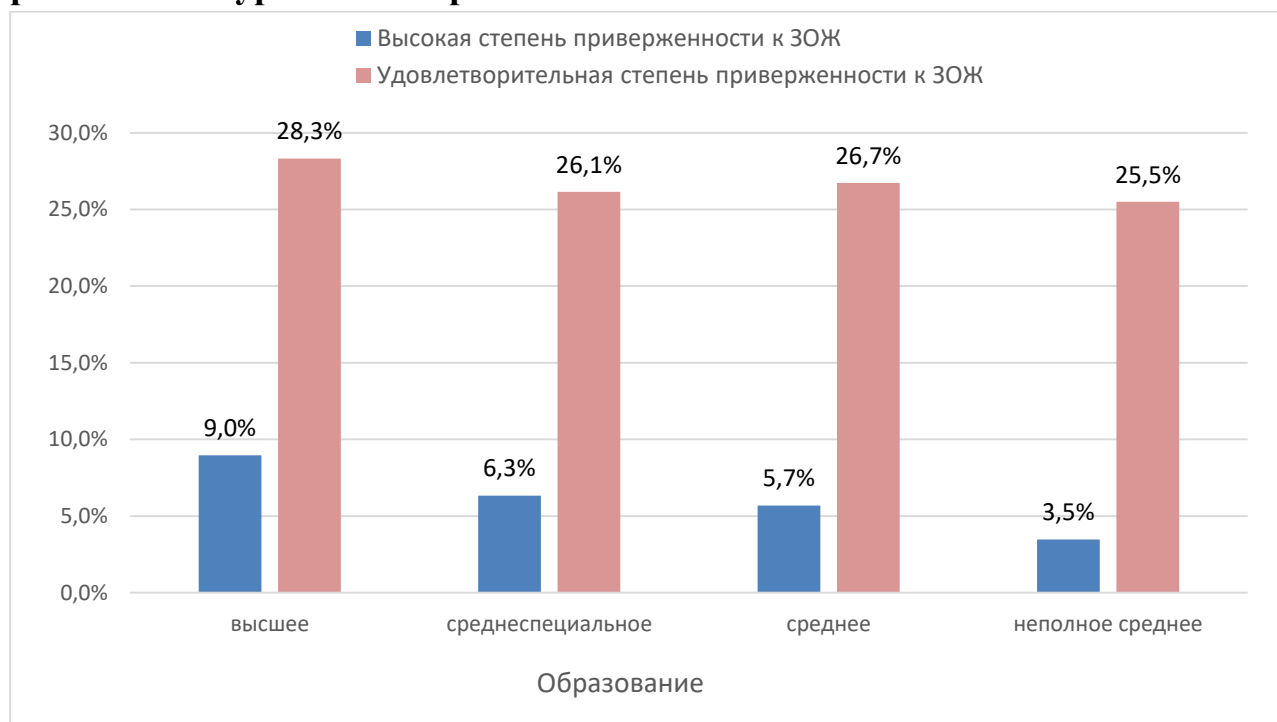


Рисунок 4. Удельный вес граждан, имеющих высокую и удовлетворительную степени приверженности ЗОЖ в разрезе уровней образования

При изучении «Доли граждан РК, ведущих здоровый образ жизни» в разрезе регионов, были выявлены следующие результаты. Так наиболее высокие показатели зафиксированы в Туркестанской, Жамбылской, Костанайской и Карагандинской областях. Минимальные – в области Абай и Восточно-Казахстанской области. (Рисунок 5). Все кроме двух областей (Абай (26,8%) и Восточно-Казахстанская (28,2%)) превысили планируемый среднереспубликанский показатель приверженности ЗОЖ 2023 года в 30%. (Рисунок 5).

В исследовании прошлого года высокие показатели были в Актюбинской, Жамбылской, Туркестанской областях и области Улытау.

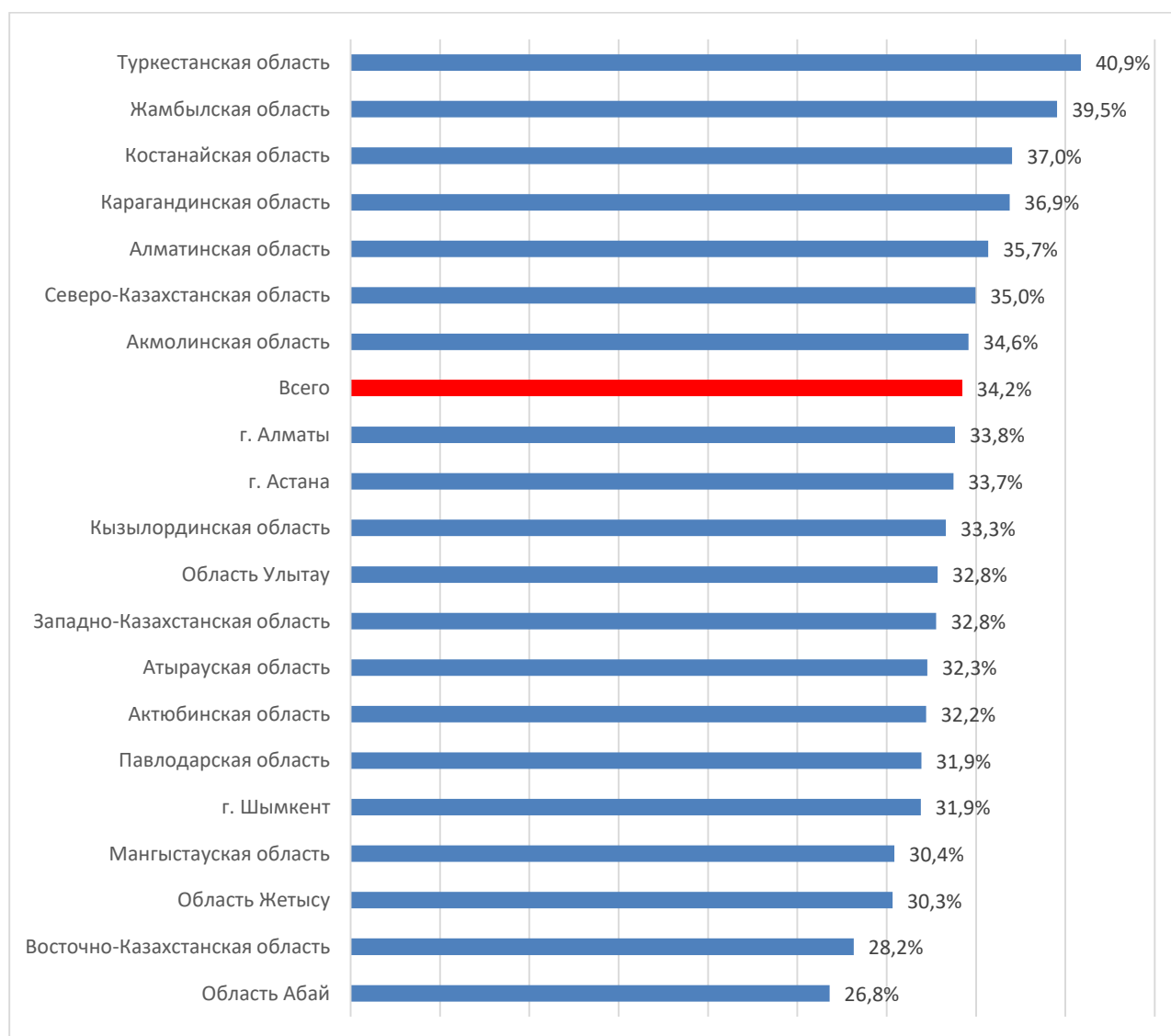


Рисунок 5. Доля граждан, ведущих здоровый образ жизни в разрезе регионов (2023 г.)

Изучая вопрос в контексте составляющих изучаемой доли, то следует отметить, что наибольший удельный вес высокой степени приверженности ЗОЖ наблюдается в Карагандинской, Жамбылской и Туркестанской областях

(10,5%, 9,6% и 9,2% соответственно). Самый низкий – в области Абай, Алматинской и Северо-Казахстанской областях (4,9%). «Удовлетворительная» степень приверженности ЗОЖ лидирует в Туркестанской (31,7%), Алматинской (30,8%) и Северо-Казахстанской (30%) областях; наименьший процент «удовлетворительной» степени приверженности ЗОЖ наблюдается в Восточно-Казахстанской и области Абай (22,6% и 21,9% соответственно) (Рисунок 6).

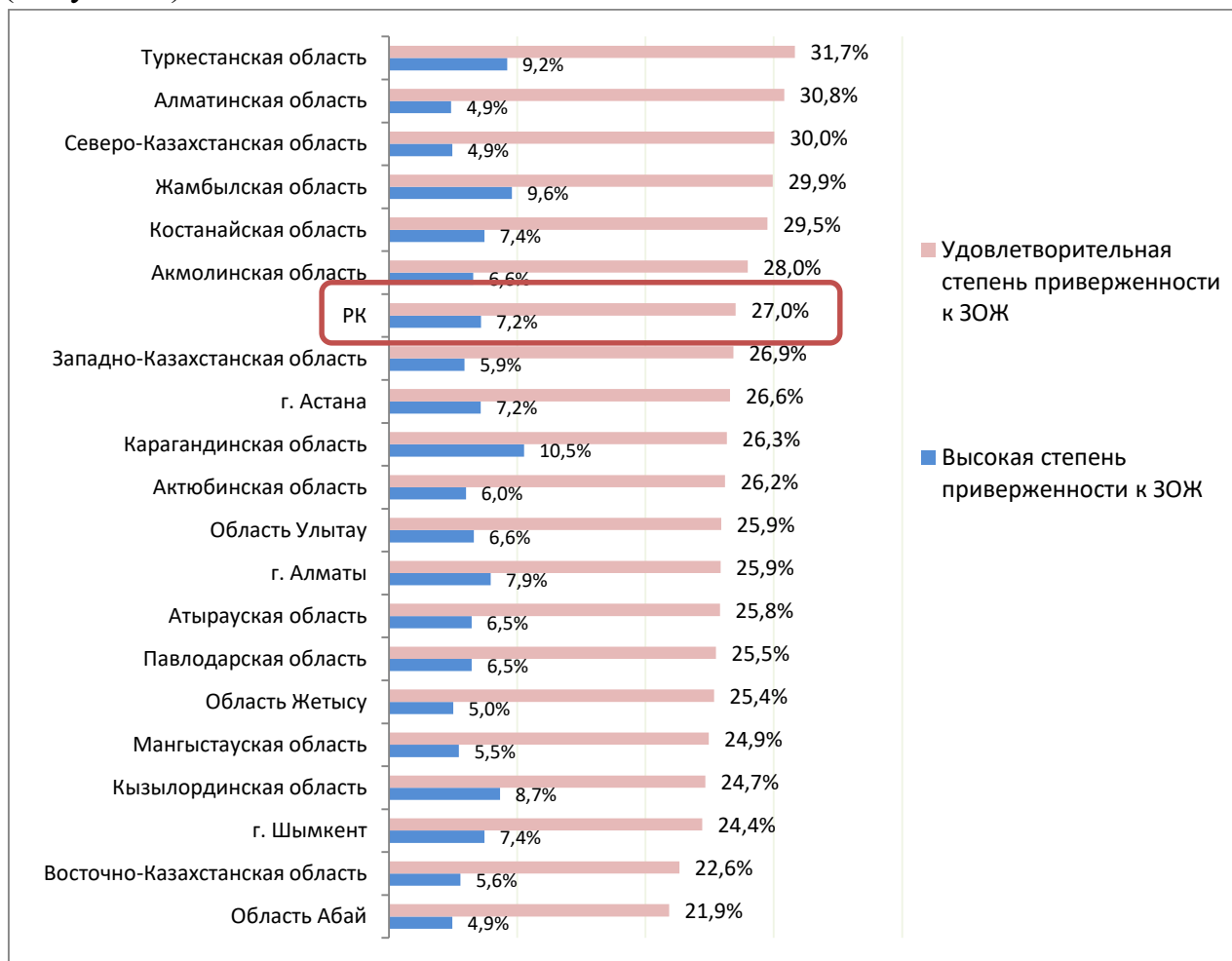


Рисунок 6. Удельный вес граждан, имеющих высокую и удовлетворительную степень приверженности ЗОЖ в разрезе регионов (2023 г.)

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

Оценка индикаторов поведенческих факторов риска, включенных в комплексную оценку приверженности к здоровому образу жизни, показала, что распространенность курения несколько снизилась по сравнению с прошлым годом и составила 21,8% (в 2022 году показатель составлял 22,6%). Показатель традиционно выше среди мужчин 36,7%, чем среди женщин 7,5% ($p < 0,001$) (Рисунки 7 и 8). Распространенность курения снизилась среди мужчин по сравнению с прошлым годом (2022 г. - 39,3%), однако не изменилась среди женщин.

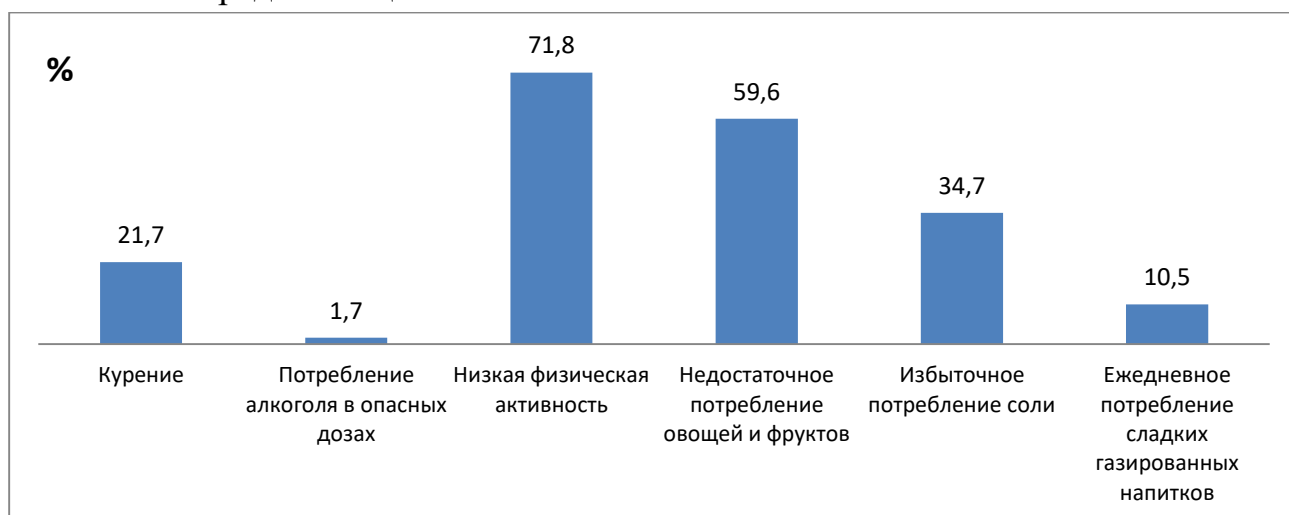


Рисунок 7. Распространенность поведенческих факторов риска неинфекционных заболеваний среди взрослого населения Республики Казахстан (2023 г.)

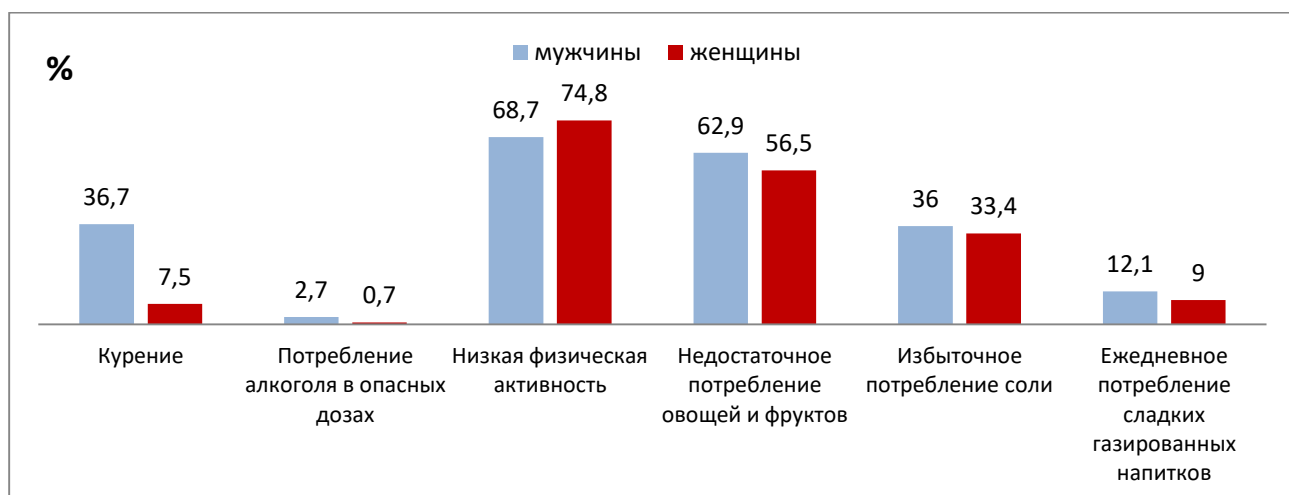


Рисунок 8. Распространенность поведенческих факторов риска неинфекционных заболеваний среди мужчин и женщин Республики Казахстан (2023 г.)

Среди жителей города доля курящих – 21,5% (2022г. - 22,9%), среди жителей сельской местности - 22,1% (2022 г. - 21,9%) (Рисунок 9).

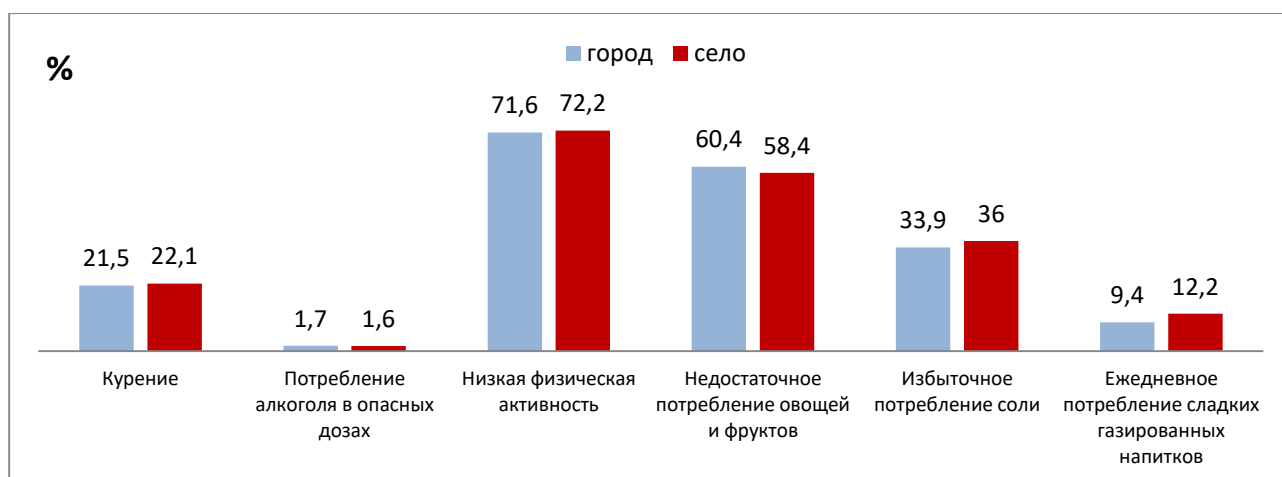


Рисунок 9. Распространенность поведенческих факторов риска неинфекционных заболеваний среди городского и сельского населения Республики Казахстан

Наибольшая частота курильщиков в возрастном диапазоне 30-44 лет – 25,8% ($p < 0,001$), немногим меньше распространённость курения среди населения 45-59 лет - 24,4% ($p < 0,001$). Среди молодежи 18-29 лет выявлено 17,4% (2022 г. - 20,9%) курящих сигареты. Наименьшая доля курильщиков в возрастной группе 60 лет и старше – 16,8% (в 2022 г. - 17,4%).

Интенсивность курения сигарет анализировалась по количеству выкуриваемых сигарет в день. 29,9% курильщиков выкуривают от 5 до 20 сигарет, то есть до одной пачки в день, а 4,6% (2022 г. - 6,7%) выкуривают более 20 сигарет в день, то есть имеют высокую зависимость от табака. Около четверти (23,8%) респондентов указали, что ограничиваются 1 сигаретой в день. При этом интенсивность курения сигарет у мужчин несколько выше по сравнению с женщинами ($p < 0,001$). (Рисунок 10)

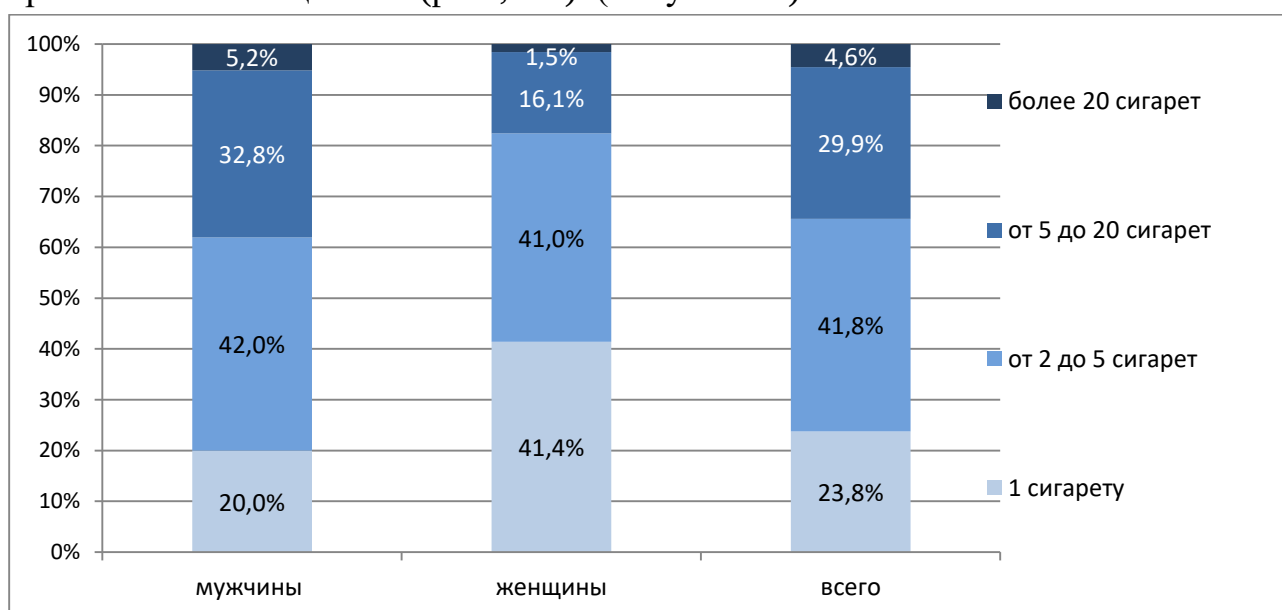


Рисунок 10. Интенсивность курения в разрезе по полу (2023 г.)

Согласно полученным данным, электронные сигареты (вейпы) употребляют 4,1% взрослых в стране (2022 г. - 6%); более, чем в два раза больше мужчин (5,7%), чем женщин (2,6%) ($p < 0,001$). При этом ежедневно употребляют электронные сигареты 1,3% населения (2022 г. - 2,5%) - 1,6% мужчин и 0,6% женщин.

Изучение данного показателя в зависимости от места проживания показало, что жители городской местности в два раза чаще употребляют электронные сигареты – 5,4%, чем жители села - 2,1% ($p < 0,001$).

Возрастная динамика свидетельствует о популярности употребления данных табачных изделий среди молодежи и снижения частоты употребления электронных сигарет от младшего к старшему возрасту: с 6,9% у молодежи 18-29 лет, 4,9% у лиц 30-44 года, к 3,2% у лиц 45-59 лет и 0,9% у лиц 60 лет и старше ($p < 0,001$).

При этом доля ежедневных потребителей электронных сигарет также снижается с возрастом с 2,1% в 18-29 лет, 1,4% в 30-44 года, до 1,0% в 45-59 лет и 0,4% в 60 лет и старше.

Распространенность употребления некурительных табачных изделий, таких как насвай, жевательный, нюхательный табак, в целом по стране составило 2,3% (в 2022 г. 3%), среди мужчин значительно больше – 4%, чем среди женщин – 0,6%. При этом на ежедневной основе употребляет некурительный табак 0,9% (в 2022 г. - 1,1%) населения. Употребление данных табачных изделий у городского населения (2%) встречается с подобной частотой, что и у сельского (1,5%) населения ($p > 0,05$).

Доля лиц, употребляющих некурительные табачные изделия, выше среди лиц среднего возраста, составляя 1,5% у населения 18-29 лет, 3,1% в 30-44 года, 1,3% в 45-59 лет и 1,5% в 60 лет и старше ($p < 0,01$).

Употребление алкоголя в опасных дозах

По данным исследования большинство населения употребляет алкоголь в умеренных количествах или совсем не употребляет - 98,3% (Рисунок 7). В то же время, распространенность употребления алкогольных напитков в опасных дозах среди населения в целом составила 1,7%, среди мужчин 2,7%, среди женщин 0,7% ($p < 0,001$) (Рисунок 8).

Среди городских жителей потребление алкоголя в опасных дозах составило 1,7%, среди жителей села - 1,6% ($p > 0,05$) (Рисунок 9).

Наибольшая частота употребления алкоголя в опасных дозах распространена среди населения 30-44 и 45-59 лет – 2,3% и 2,1% соответственно, снижаясь до 1,1% к возрасту 60 лет и старше, среди молодежи данный показатель составил также 1,0% ($p < 0,001$).

Особенности пищевых привычек среди взрослого населения

Распространенность потребления не менее 400 грамм овощей и фруктов в день составила 40,4% (по данным исследования 2022 г. - 38,6%). Значительно больше среди них женщин – 43,5% (в 2022 г. - 42,2%), чем мужчин – 37,1% (в 2022 г. - 34,7%) (Рисунок 7). Соответственно, 59,6% взрослых (62,9% мужчин и 56,5% 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, что в селе ежедневно их употребляют чаще, чем в городе - 41,6% и 39,6% соответственно (Рисунок 9).

Сравнение возрастных групп показало, что люди в возрасте 45-59 лет употребляют овощи ежедневно чаще, чем в других группах: 37,2% - у 18-29 летних, 41,2% среди 30-44 летних взрослых, 42,1% - 45-59 летних и 40,4% у 60 летних и лиц более старшего возраста ($p < 0,01$).

Изучение распространенности избыточного потребления соли выявило, что 34,7% населения потребляет более 5 грамм соли в день (Рисунок 7). По результатам предыдущего исследования данный показатель был выше и составлял 36,1%. Распространенность избыточного потребления соли выше среди мужчин (36,0%), чем среди женщин (33,4%; $p < 0,01$) (Рисунок 8). В территориальном срезе этот показатель значимо выше среди сельских жителей: респонденты, проживающие в городской местности – 33,9%, в сельской местности – 36,0%, $p < 0,001$ (Рисунок 9).

Рекомендуемое количество соли, то есть менее 5 грамм в сутки потребляют 65,3% взрослых, больше женщин 66,6%, чем мужчин 64,0% ($p < 0,001$).

Самая большая доля взрослых, которые употребляют нормальное количество соли в день, это лица 60 лет и старше – 69,2%, несколько меньше их в возрастной группе 45-59 лет (67,1%); в то время как лица в возрасте от 18 до 44 лет в меньшей степени следуют рекомендуемым нормам по соли: показатели находятся в пределах 62,7% - 63,3% ($p < 0,001$).

Согласно данным, ежедневное употребление сладких газированных напитков составляет 10,5%, что указывает на снижение по сравнению с уровнем в 2021 году, когда этот показатель составлял 13,5%. Наблюдается также некоторое различие по полу, так как доля мужчин, употребляющих такие напитки ежедневно, составляет 12,1%, в то время как среди женщин этот показатель равен 9,0%. Кроме того, сельские жители чаще прибегают к ежедневному потреблению сладких газированных напитков (12,2%), чем городские жители (9,4%) ($p < 0,001$) (см. Рисунок 7-9).

Часто, то есть 5-6 раз в неделю или ежедневно, пьет сладкие газированные напитки в целом каждый шестой опрошенный (17%).

Ежедневное употребление сладких газированных напитков наиболее часто встречается среди молодежи - 18,0% (в 2022 г. - 22,1%). Этот показатель снижается с возрастом, составляя 13,8% и 5,8% в возрасте 30-44 и 45-59 лет соответственно, достигая 2,5% в возрасте 60 лет и старше ($p < 0,001$).

Физическая активность взрослого населения Республики Казахстан

Согласно данным исследования 28,2% респондентов занимаются физической активностью умеренной (более 150 мин в неделю) или высокой интенсивности (75 минут в неделю и более), то есть имеют адекватную, рекомендуемую физическую нагрузку. В предыдущем исследовании их удельный вес составлял 25,6%. Показательно, что мужчины чаще женщин имеют рекомендуемый объем физической нагрузки – 31,3%, тогда как у женщин – 25,2%; $p < 0,001$. Среди жителей сельской местности показатель составил – 27,8%, среди городской – 28,4%, однако статистически значимой разницы выявлено не было ($p > 0,05$) (Рисунок 7-9).

Соответственно, значительное большинство населения 71,8% (в 2022 г - 74,4%) физически не активны или имеют физическую нагрузку меньше рекомендуемых норм.

Наличие хронических заболеваний

На вопрос «Имеете ли Вы хронические заболевания?» ответили положительно 25,0% опрошенных (22,5% мужчин, 27,3% женщин). В 2021 г. – показатель составлял 25,1%. Доля взрослых, отметивших наличие у них хронических заболеваний в городской местности составила 26,0%, а в сельской местности значительно меньше – 23,3% ($p < 0,001$).

Закономерно, что старшее поколение чаще сообщает о наличии у них хронических заболеваний 56,1%, а наименьшая доля лиц с хроническими заболеваниями – 7,1% - это лица в возрасте 18-29 лет. Взрослые в возрасте 30-44 года – 12,7% отметили наличие хронических заболеваний, данный показатель выше среди лиц 45-59 лет – 32,4% ($p < 0,001$).

Представленные данные формируют актуальную картину профиля рисков среди взрослого населения, включая пять факторов риска, учтенных при оценке доли лиц, приверженных ЗОЖ. Анализ этих факторов позволяет глубже понять ключевые аспекты, требующие внимания при разработке стратегий укрепления здоровья. Кроме того, такая информация служит основой для создания адресных мероприятий, направленных на снижение заболеваемости, популяризацию ЗОЖ и мониторинг результативности внедренных инициатив в долгосрочной перспективе.

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

В данном разделе выделяются пять ключевых аспектов, связанные с поддержанием здорового образа жизни (курение, злоупотребление алкоголем, физическая активность, вопросы питания и потребление соли).

Полученные данные подчеркивают необходимость интегрированного подхода к укреплению здорового образа жизни, так как только систематическая работа с ключевыми компонентами позволяет добиться устойчивых результатов. Эти результаты могут служить отправной точкой для разработки региональных стратегий, направленных на снижение факторов риска и укрепление здоровья населения.

Особое место занимает борьба с курением, так как этот фактор остается одним из наиболее значительных рисков для здоровья. Отсутствие фактора курения в обязательном порядке формирует как высокий, так и удовлетворительный уровни приверженности ЗОЖ. Употребление табака значительно увеличивает вероятность развития хронических заболеваний и преждевременной смертности. Примечательно, что отказ от курения практически сразу приводит к положительным изменениям в организме, снижая риски болезней и улучшая общее состояние здоровья.

Эти данные свидетельствуют о необходимости разработки целевых профилактических мер, направленных на снижение уровня курения. Важной задачей становится создание условий, способствующих отказу от вредной привычки, а также усиление информирования о пагубных последствиях табакокурения для здоровья населения.

Региональный срез результатов опроса показал, что сравнительно высокий удельный вес курящих респондентов отмечен в Северо-Казахстанской области: 26,8% опрошенных указали, что курят сигареты ежедневно или не каждый день. Также высокие показатели зафиксированы в областях Улытау (25,9%), Абай (24,3%) и Костанайской области (24,1%). В число областей с низкой распространенностью курения вошли Туркестанская (17,0%) Актюбинская (17,7%) и Восточно-Казахстанская (18,3%) области. Среднереспубликанский показатель по курению составил 21,7% (Рисунок 11).

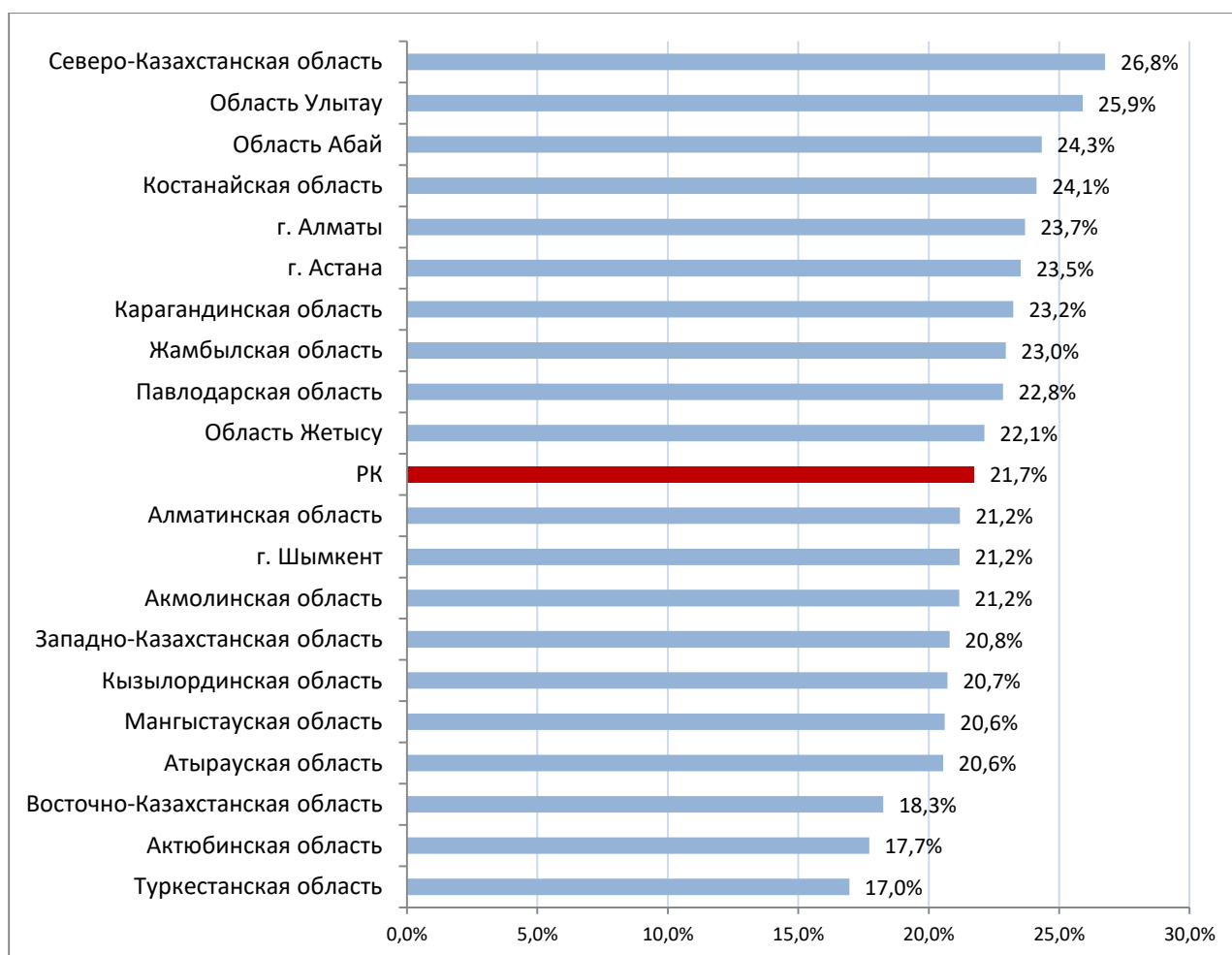


Рисунок 11. Удельный вес респондентов, курящих сигареты, в разрезе регионов (2023 г.)

Гендерный разрез показал, что среди мужчин значительно больше курящих, чем среди женщин; получена высоко статистически значимая разница ($p < 0,001$) при сравнительном анализе: курящих мужчин – 36,7%, женщин почти в 5 раз меньше – 7,5%. Однако не выявлено статистически значимой разницы в разрезе по типу населенного пункта по среднереспубликанскому показателю. Показатели в срезе по гендерному признаку и региональным сегментам представлен на рисунке 12.

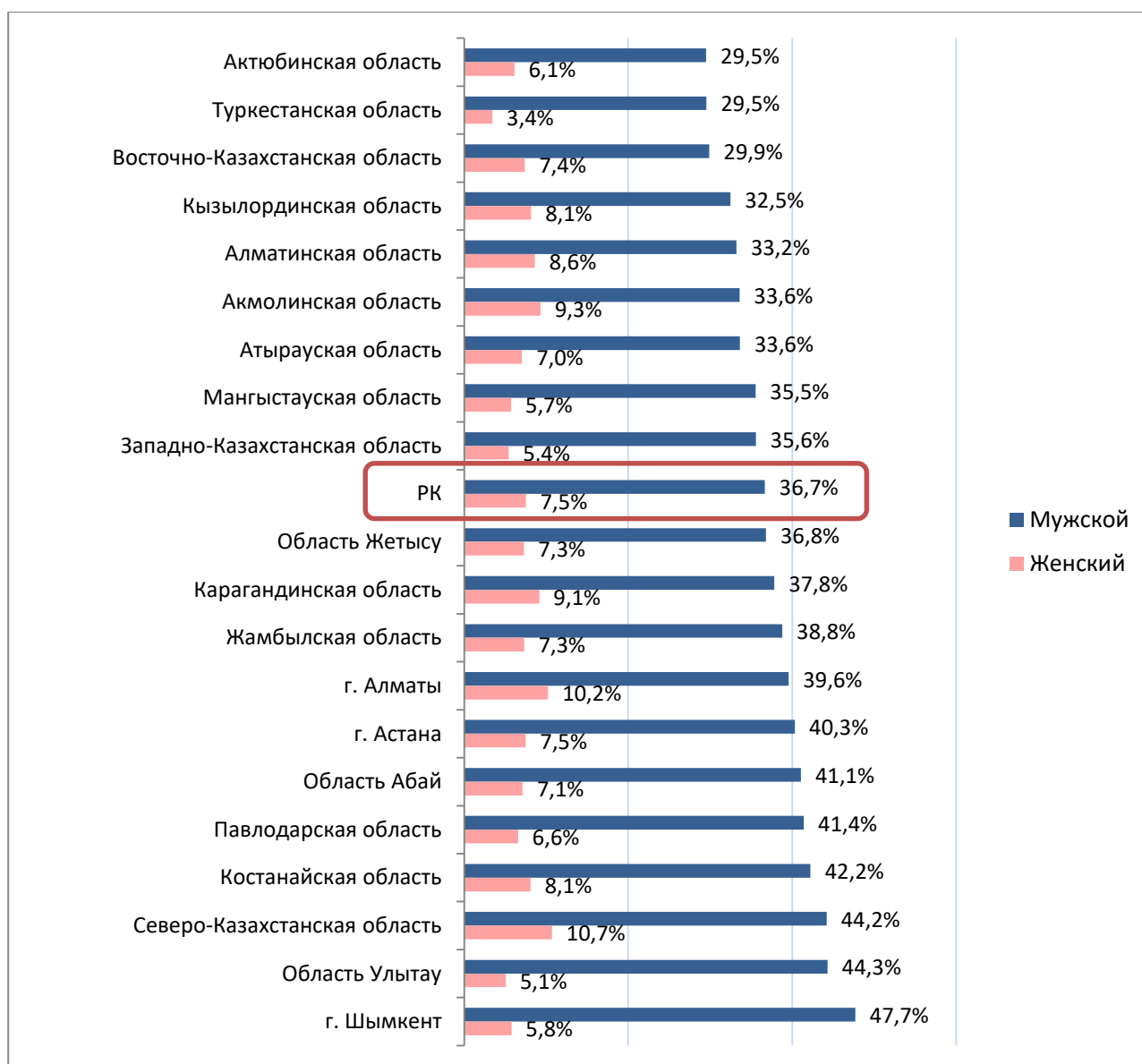


Рисунок 12. Удельный вес респондентов, курящих сигареты, в разрезе регионов и пола (2023 г.)

Потребление алкогольных напитков в опасных дозах выявлено у 1,7% казахстанцев в целом. Региональные различия ярко прослеживаются в следующих областях: наиболее высокие показатели в Акмолинской (3,5%), г. Алматы (2,9%), также значительно превышает среднереспубликанский показатель Костанайская (2,5%), Северо-Казахстанская (2,4%) и Карагандинская области (2,3%). Тогда как в Актюбинской (0,5%), Мангистауской (0,7%), Кызылординской (0,9%) и области Абай (0,8%) отмечены самые низкие показатели. (Рисунок 13).

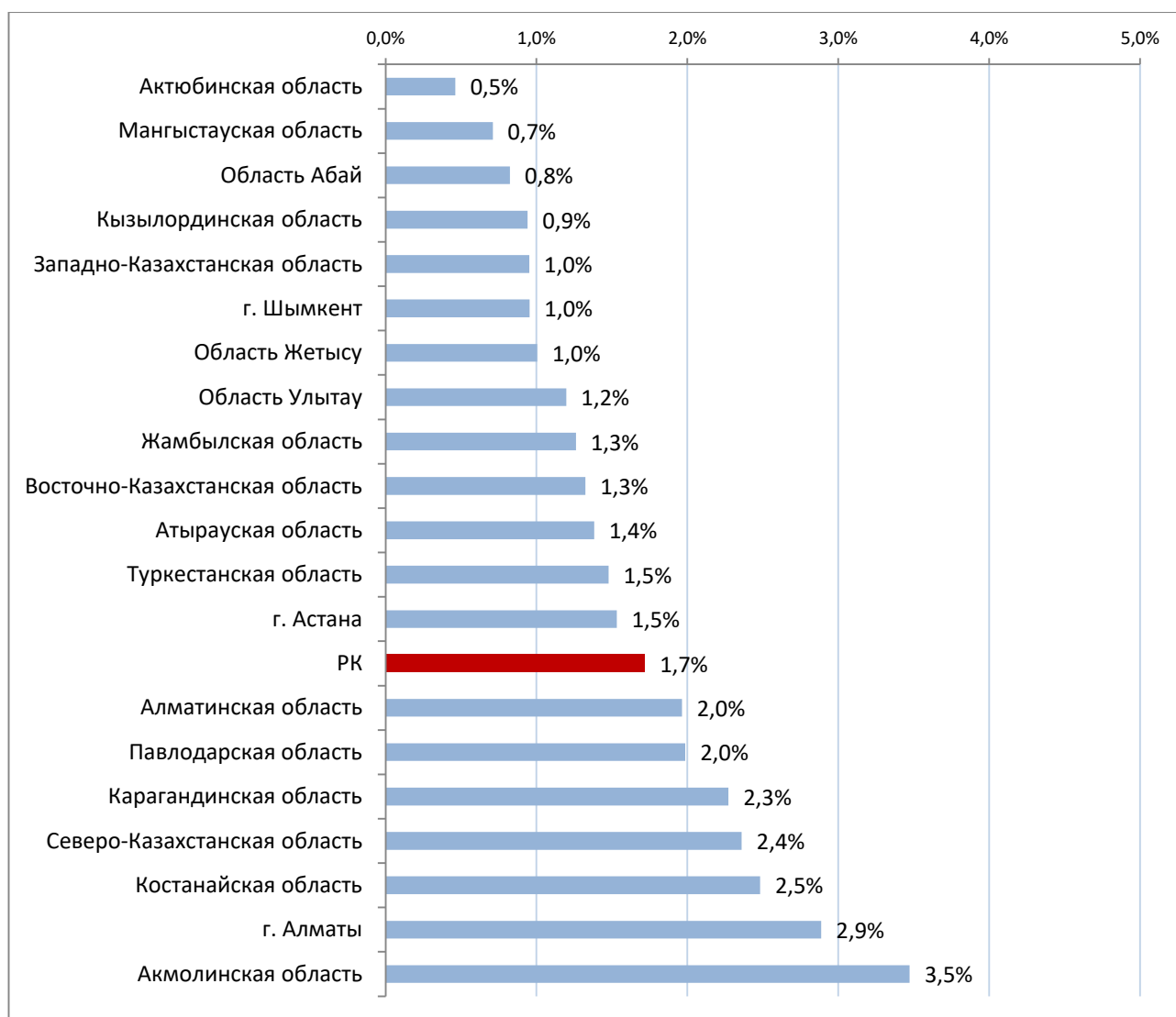


Рисунок 13. Распространенность потребления алкогольных напитков в опасных дозах в разрезе регионов (2023 г.)

Уровень употребления алкоголя в опасных дозах выше среди мужчин по всем регионам. В целом по республике мужчин, употребляющих алкоголь во вредных дозах 2,7% (в 2022 г. - 3,0%), женщин – 0,7% (в 2022 г. - 0,9%). Наибольшая распространенность потребления алкогольных напитков в опасных дозах у мужчин наблюдается в Акмолинской области (6,7%) и городе Алматы (5,3%), а также в Костанайской области (4,1%) и Северо-Казахстанской (3,6%) областях. Самый высокий процент употребления алкоголя в опасных дозах среди женщин наблюдается в Карагандинской (2,0%) и Северо-Казахстанской (1,6%) областях.

Не выявлено употребление алкоголя в опасных дозах среди женщин в Туркестанской, Атырауской, Кызылординской областях и области Жетысу, также в г. Шымкент.

Самый низкий уровень употребления алкоголя в опасных дозах среди мужчин - в Актыбинской области, области Абай и Мангыстауской области (рисунок 14).

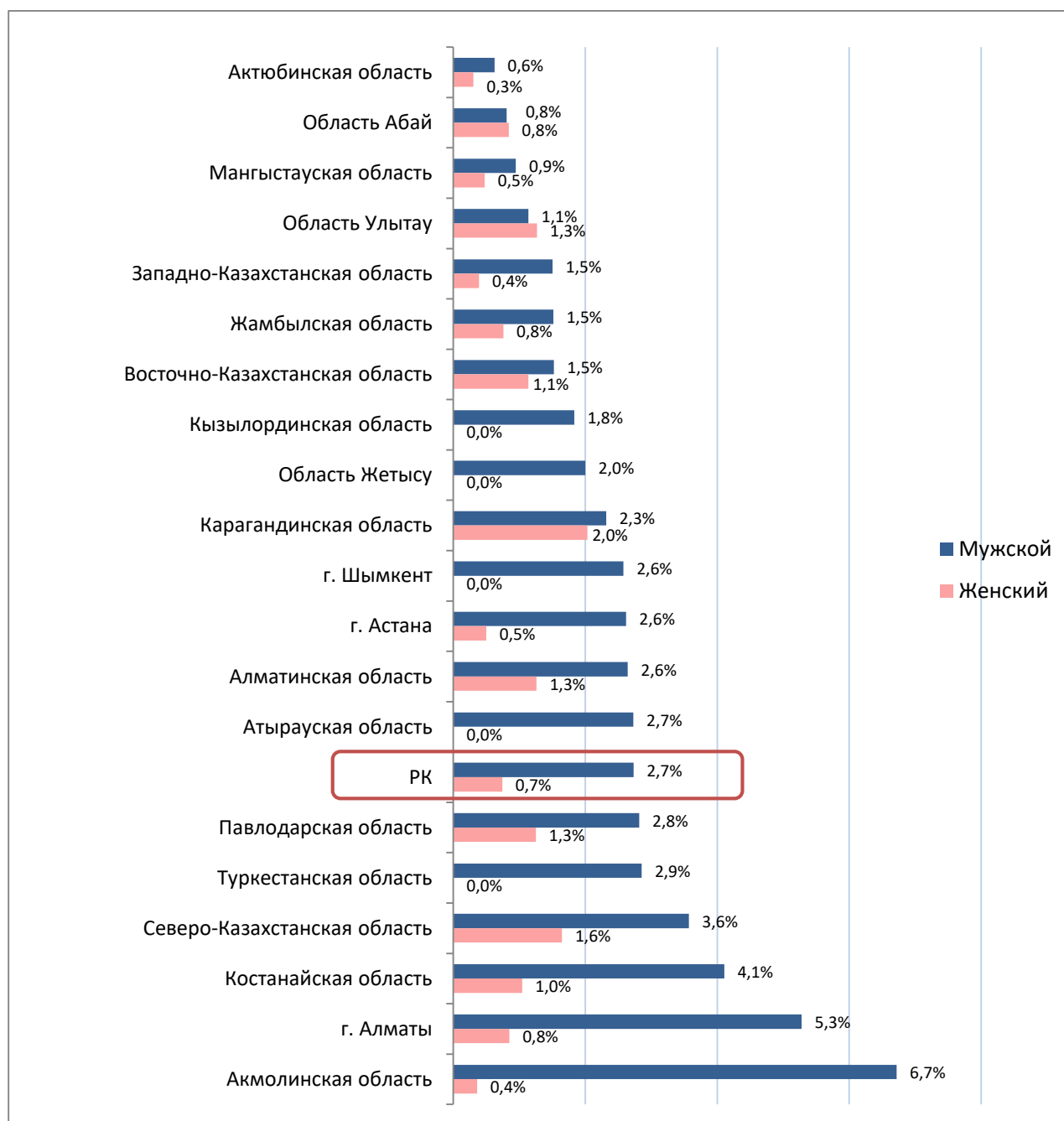


Рисунок 14. Распространённость потребления алкогольных напитков в опасных дозах в региональном и гендерном срезе (2023 г.)

Анализ вопроса потребления овощей и фруктов в региональном разрезе показал, что чаще достаточное количество овощей и фруктов потребляют в южных и западных регионах страны – более половины респондентов в Туркестанской и Жамбылской области придерживаются этих норм; более 45%

респондентов – в области Жетысу и г. Алматы; высокий показатель наблюдается также в г. Шымкент.

Наименьший удельный вес респондентов, употребляющих необходимое количество овощей и фруктов, наблюдается в области Абай (26,0%), Восточно-Казахстанской (30,6%) и Атырауской (30,7%) областях (Рисунок 15).

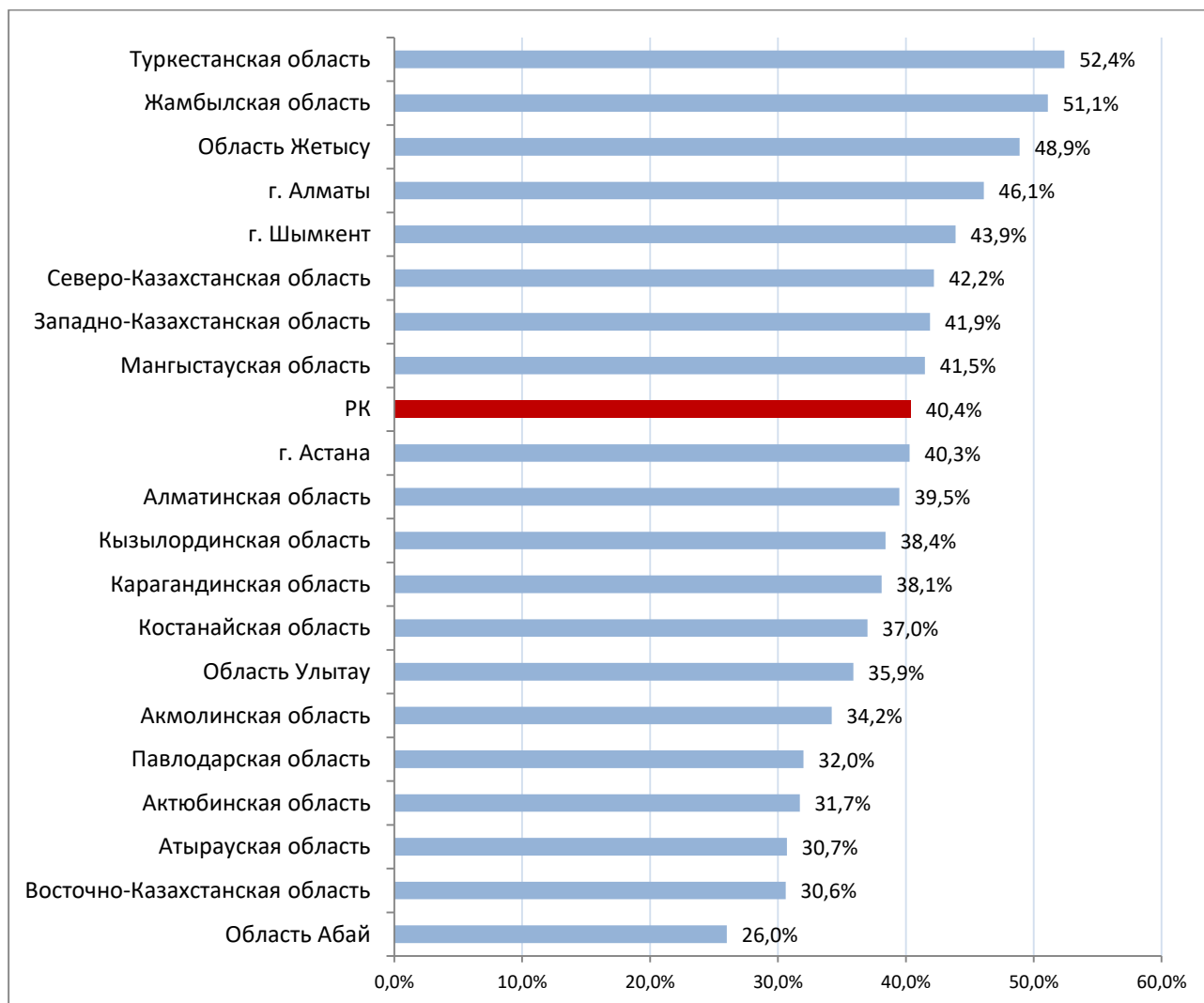


Рисунок 15. Удельный вес респондентов, потребляющих овощи и фрукты в достаточном объеме (не меньше 400 грамм в день ежедневно) в разрезе регионов

Уровень потребления овощей и фруктов в достаточном объеме среди женщин значительно выше, чем среди мужчин в большинстве регионов ($p < 0,001$) (рисунок 16).

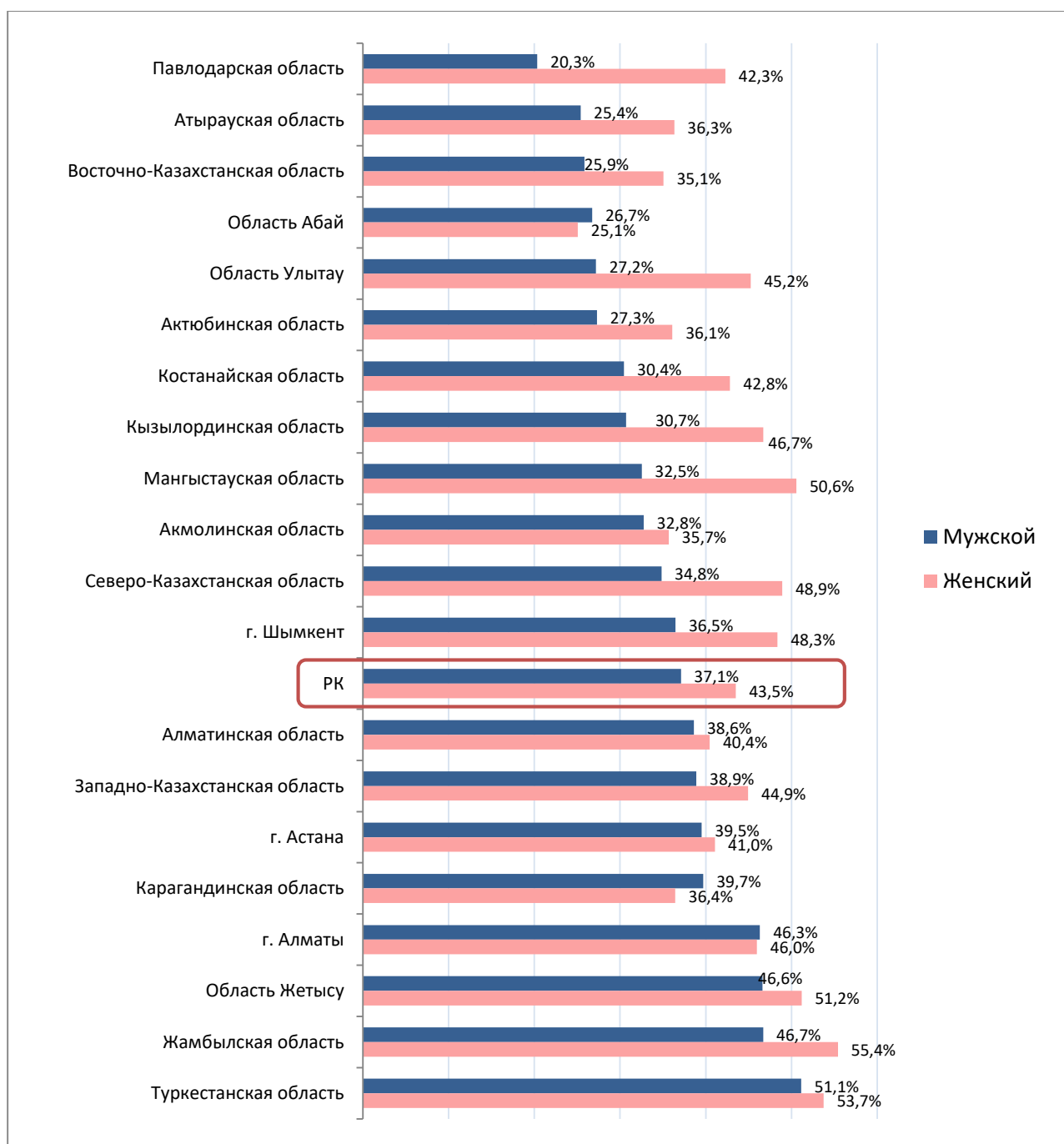


Рисунок 16 Распространенность потребления овощей и фруктов в достаточном объеме (не меньше 400 грамм в день ежедневно) в регионах Казахстана в гендерном разрезе (2023 г.)

Данные по уровню чрезмерного потребления соли указывают на существенные различия в разных регионах Казахстана. Высокая распространенность чрезмерного потребления соли выявлена в следующих областях, в которых более 40% респондентов, указали, что объем потребляемой ими соли в сутки превышает 5 грамм: Мангыстауская область (45,0%), область

Жетысу (43,8%); 39% и более отмечено в городах Астана, Алматы, Шымкент и Актюбинской области (Рисунок 17).

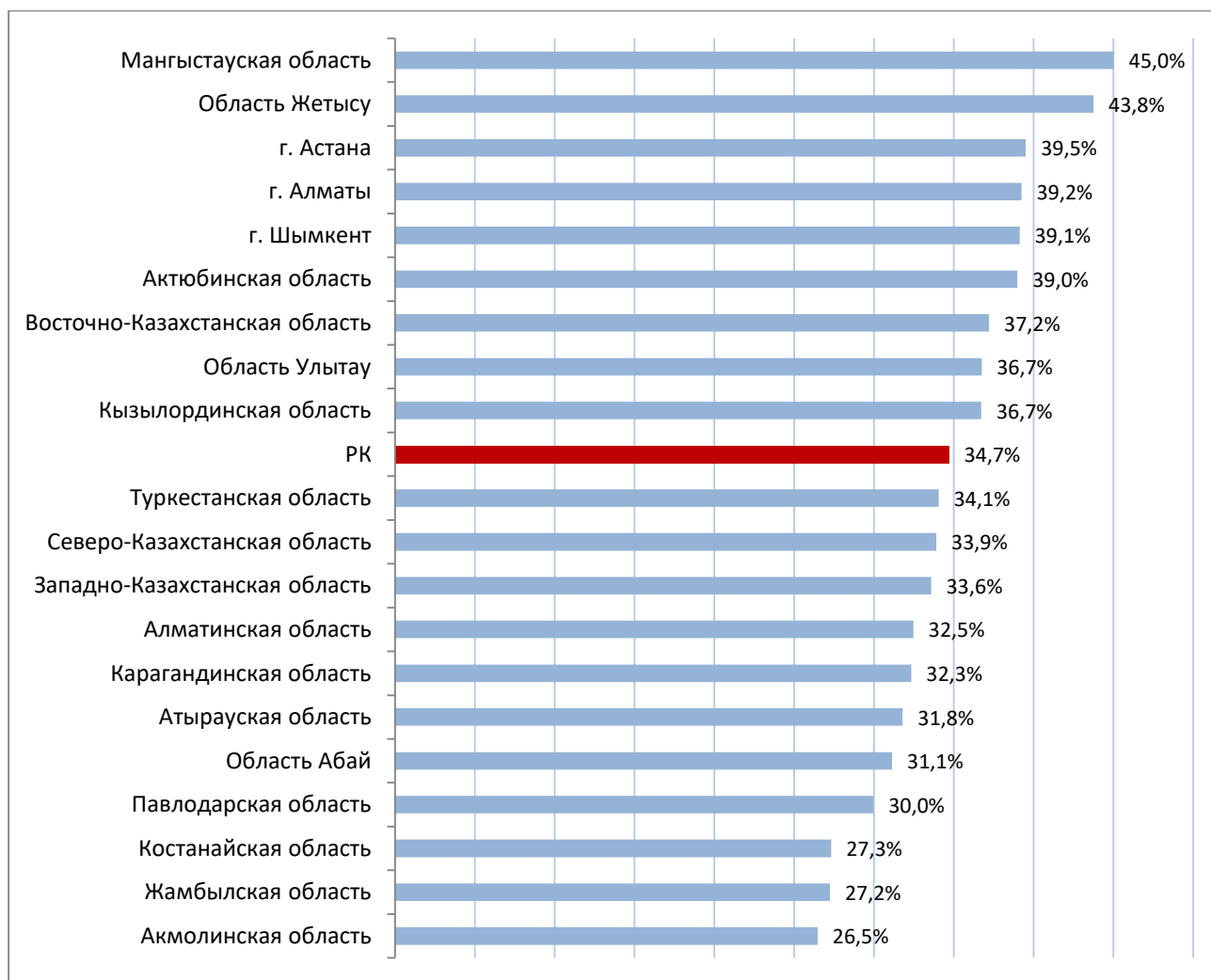


Рисунок 17. Распространенность чрезмерного потребления соли в разрезе по областям

Наиболее высокий уровень чрезмерного потребления соли как у мужчин, так и женщин наблюдается в Мангыстауской области и области Жетысу. В большинстве регионов мужчины чаще потребляют соль в чрезмерном объеме, что может указывать на их большую предрасположенность к данной привычке. (Рисунок 18).

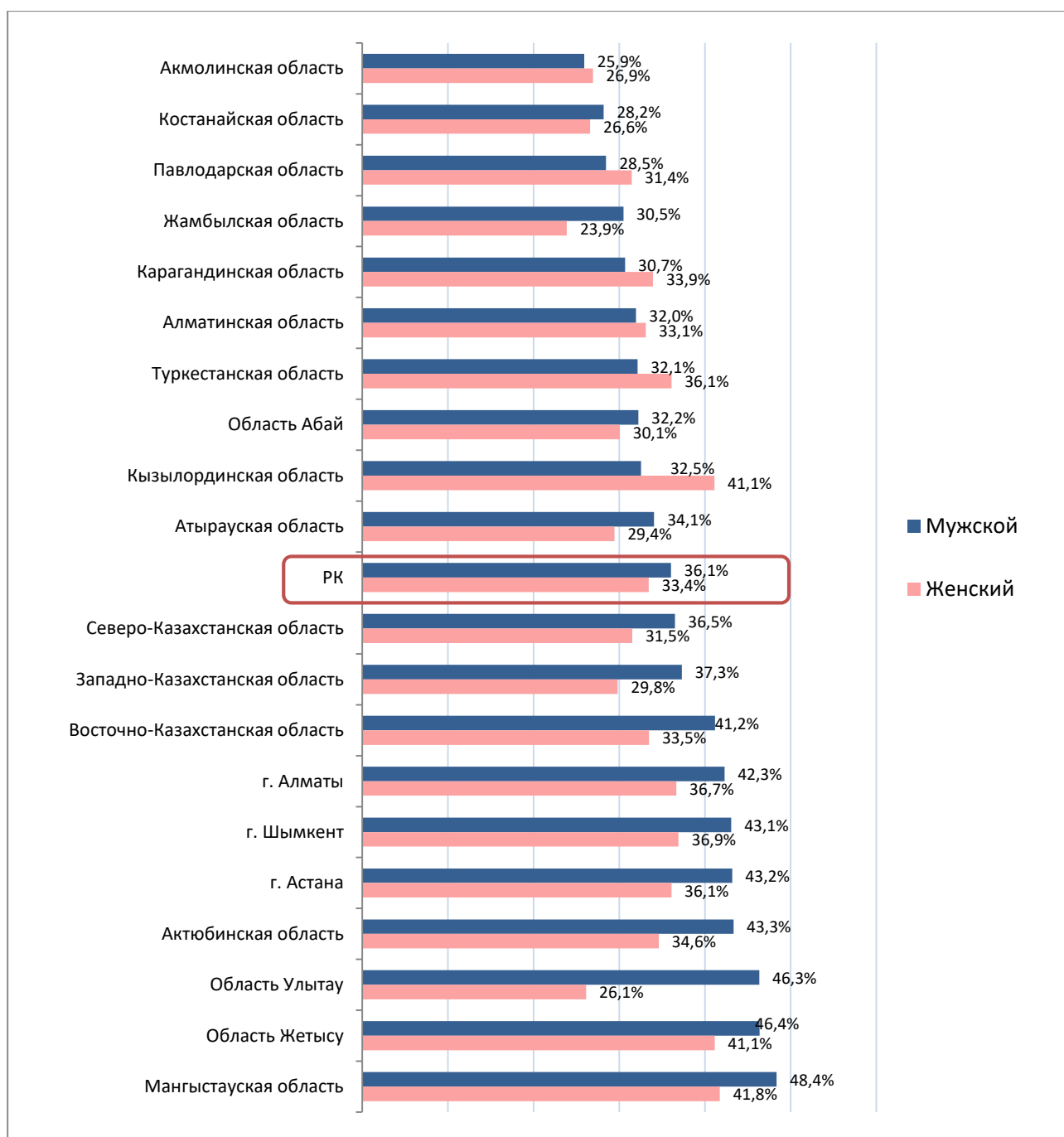


Рисунок 18. Распространенность чрезмерного потребления соли в регионах Казахстана в гендерном разрезе (2023 г.)

Пятым компонентом интегрированного показателя «Доля граждан, ведущих здоровый образ жизни» являются занятия умеренной физически активной деятельностью не менее 150 минут в неделю или интенсивной - не менее 75 мин. Придерживаются этих рекомендаций в целом 28,2% респондентов по республике.

Больше всего физически активных респондентов в Карагандинской, Актюбинской, Акмолинской и Атырауской областях. Напротив, минимальное

количество физически активных лиц отмечено в области Жетысу, г Шымкент, Западно-Казахстанской и Жамбылской областях. (Рисунок 19, 20).

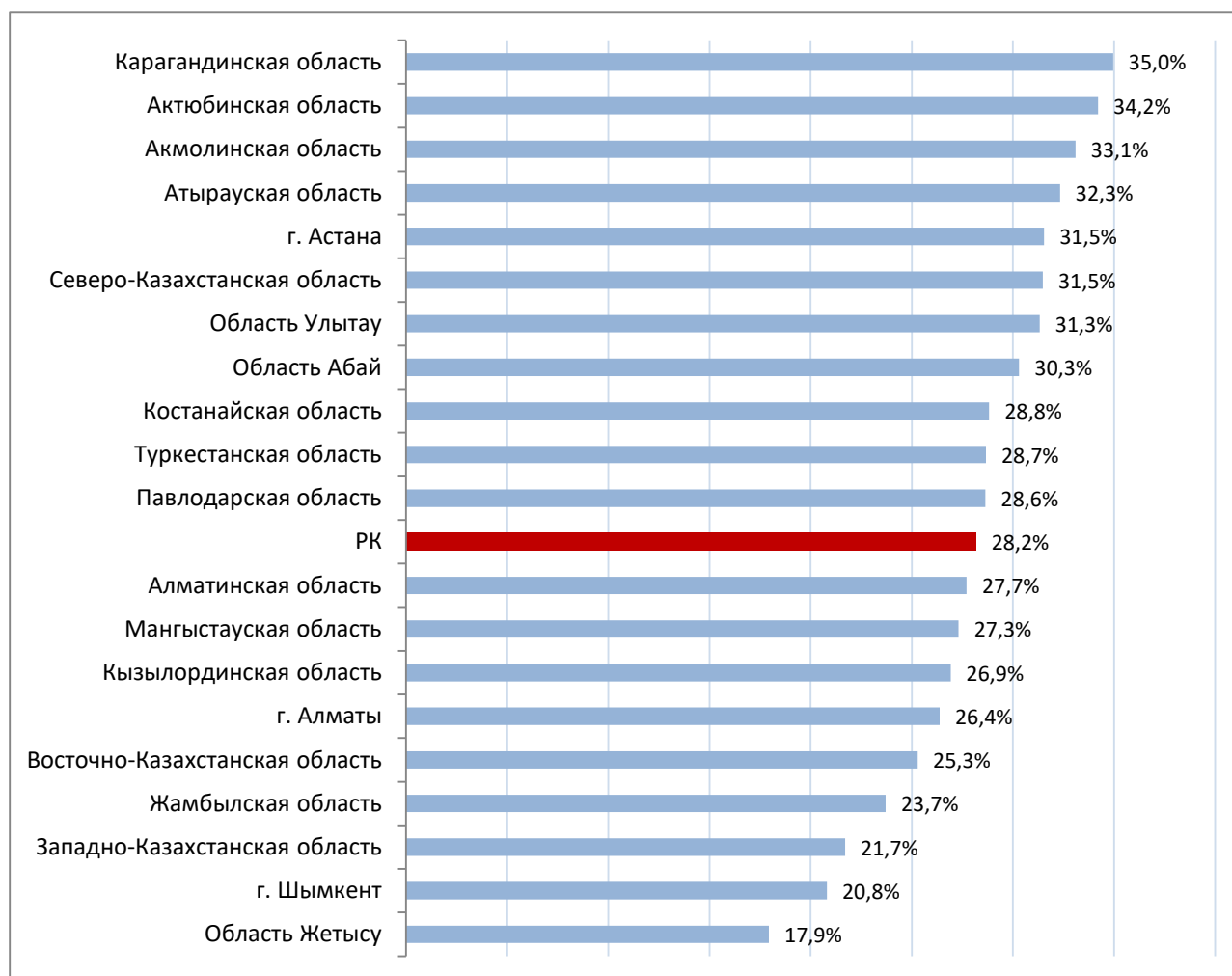


Рисунок 19. Удельный вес физически активного населения (с умеренной нагрузкой не менее 150 минут в неделю или интенсивной нагрузки не менее 75 мин в неделю) в разрезе по регионам (2023 г.)

Согласно данным, мужчины в большинстве регионов проявляют более высокий уровень физической активности по сравнению с женщинами. Самый высокий процент активных мужчин наблюдается в Атырауской области, где показатель достигает 42,8%. Северо-Казахстанская и Актюбинская области также демонстрируют высокие показатели среди мужчин — 37,2% и 39,6% соответственно. В то же время наименьший уровень физической активности среди мужчин зарегистрирован в г. Шымкент (17,2%) и области Жетысу (18,2%).

Что касается женщин, наиболее физически активными являются жители Карагандинской области, где показатель составляет 33,5%. За ним следуют Акмолинская область (30,6%) и г. Астана (29,9%). Однако женщины в области

Жетысу и Жамбылской области демонстрируют минимальные уровни активности — 17,7% и 18,5% соответственно. Различия могут быть связаны с разнообразием социальных, культурных и экономических условий в регионах, а также доступностью инфраструктуры для поддержания физической активности.

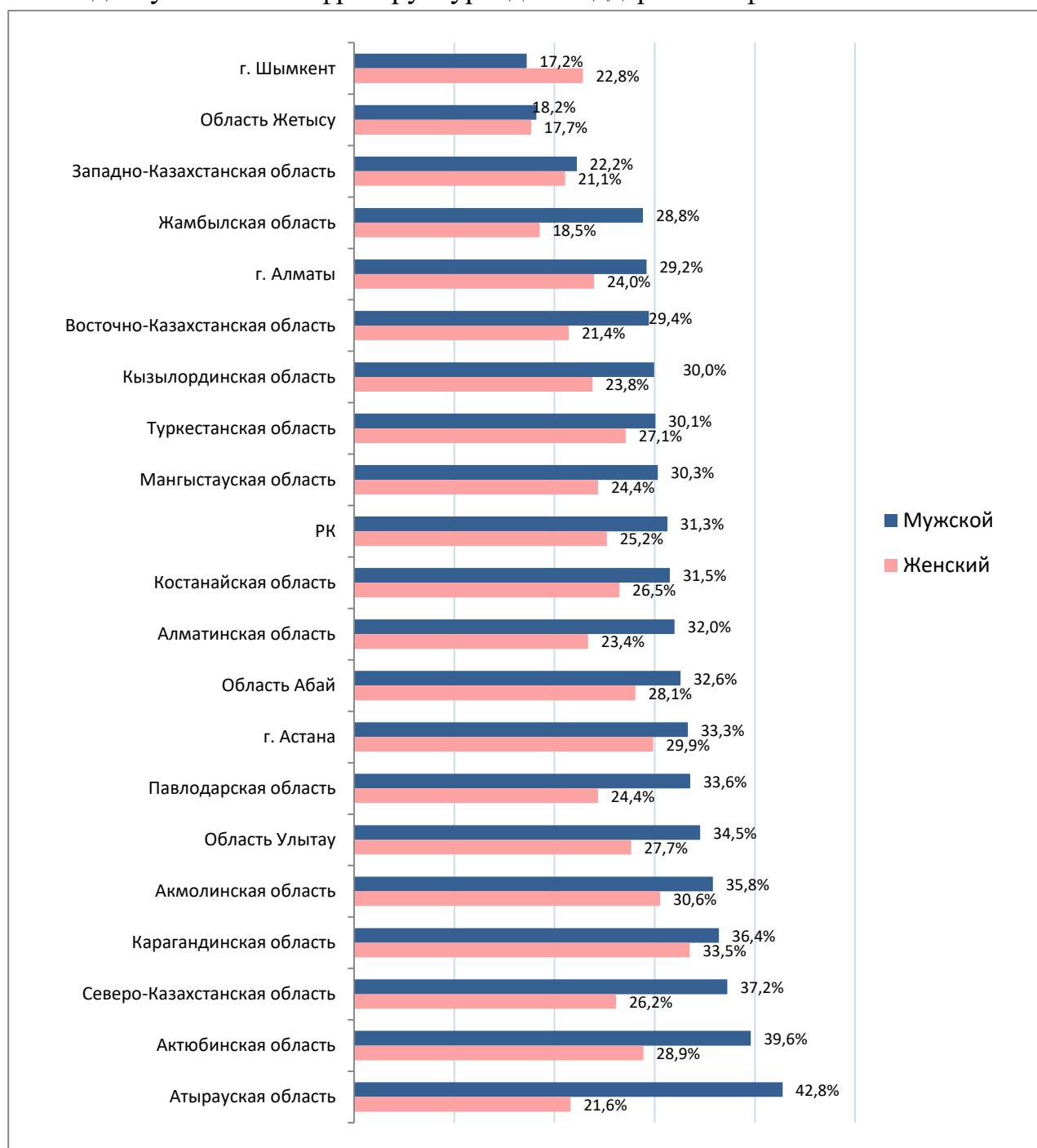


Рисунок 20. Распространенность физической активности среди населения Казахстана (умеренная нагрузка не менее 150 минут в неделю или интенсивная нагрузка не менее 75 мин в неделю) в гендерном разрезе (2023 г.)

Помимо пяти индикаторов комплексного 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.

Распространенность употребления электронных сигарет среди населения Казахстана варьируется в зависимости от региона. Наименьшие показатели зафиксированы в Туркестанской области, где лишь 0,5% населения использует электронные сигареты. Несколько выше этот показатель в Актюбинской области (0,9%) и области Улытау (1,2%).

В ряде регионов уровень употребления достигает более 3%, включая Костанайскую (3,0%) и Кызылординскую области (3,4%). В крупных городах, таких как Астана, Алматы и Шымкент, употребление электронных сигарет заметно выше. В Астане и Алматинской области этот показатель составляет 4,0%, а в Алматы и Шымкенте достигает 5,7%.

Рекордно высокие значения зафиксированы в Восточно-Казахстанской области (10,3%) и области Абай (9,7%).

В целом, средний показатель по республике составляет 4,1%, что свидетельствует о наличии устойчивой группы пользователей электронных сигарет, преимущественно сосредоточенных в городах республиканского значения и восточных регионах страны. (Рисунок 21).

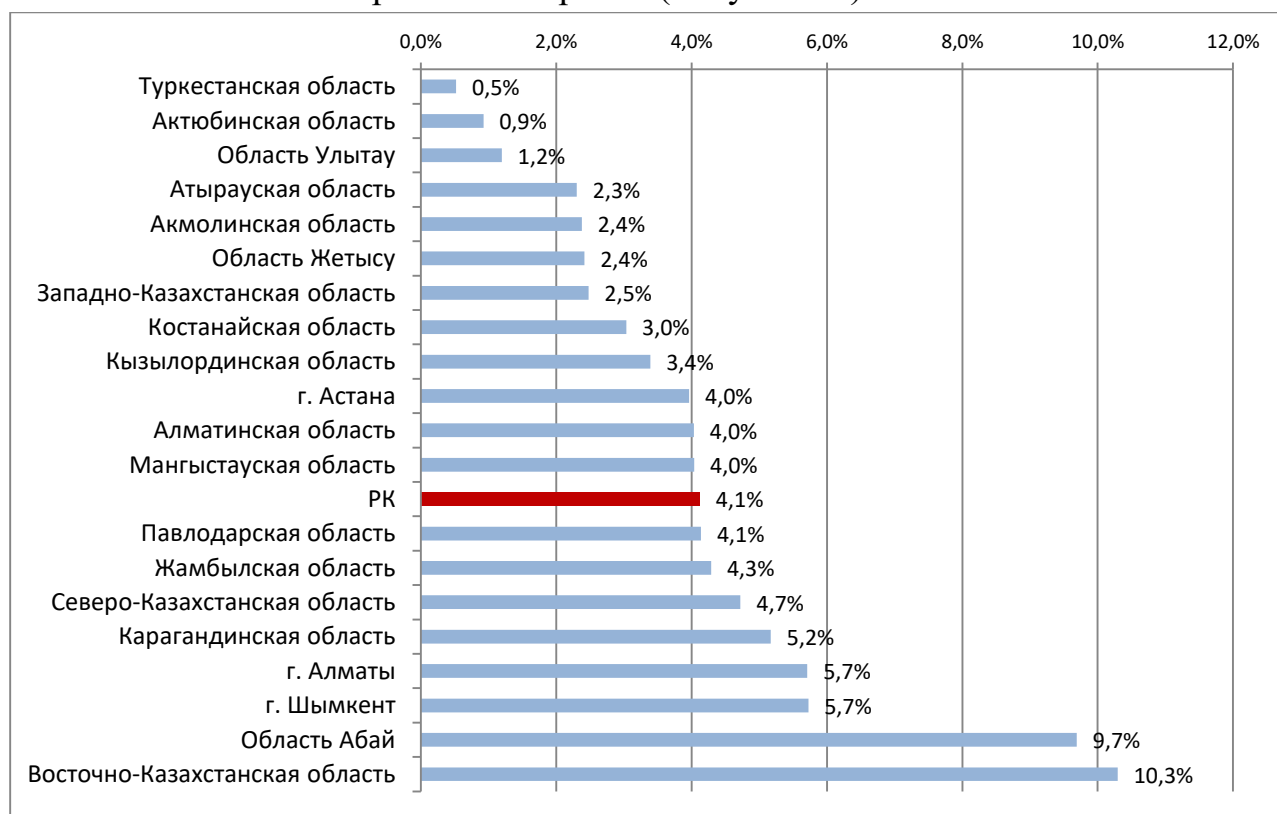


Рисунок 21. Удельный вес потребителей электронных сигарет в разрезе регионов (2023 г.)

В большинстве областей мужчины чаще употребляют электронные сигареты, чем женщины.

Самые низкие показатели среди мужчин наблюдаются в Туркестанской области (0,9%) и области Улытау, где среди мужчин этот показатель отсутствует вовсе. Среди женщин минимальные значения зарегистрированы в Туркестанской области (0,0%) и Кызылординской области (0,4%).

В ряде регионов, таких как Актюбинская область, уровень употребления среди мужчин и женщин близок: 0,9% и 0,8% соответственно. В Жетысу доля женщин, употребляющих электронные сигареты (3,2%), даже выше, чем среди мужчин (1,4%).

Максимальные показатели как среди мужчин, так и среди женщин зафиксированы в Восточно-Казахстанской области (13,1% и 7,6% соответственно) и области Абай (11,3% среди мужчин и 8,1% среди женщин).

В среднем по Казахстану употребление электронных сигарет среди мужчин достигает 5,7%, а среди женщин — 2,6%. (Рисунок 22).

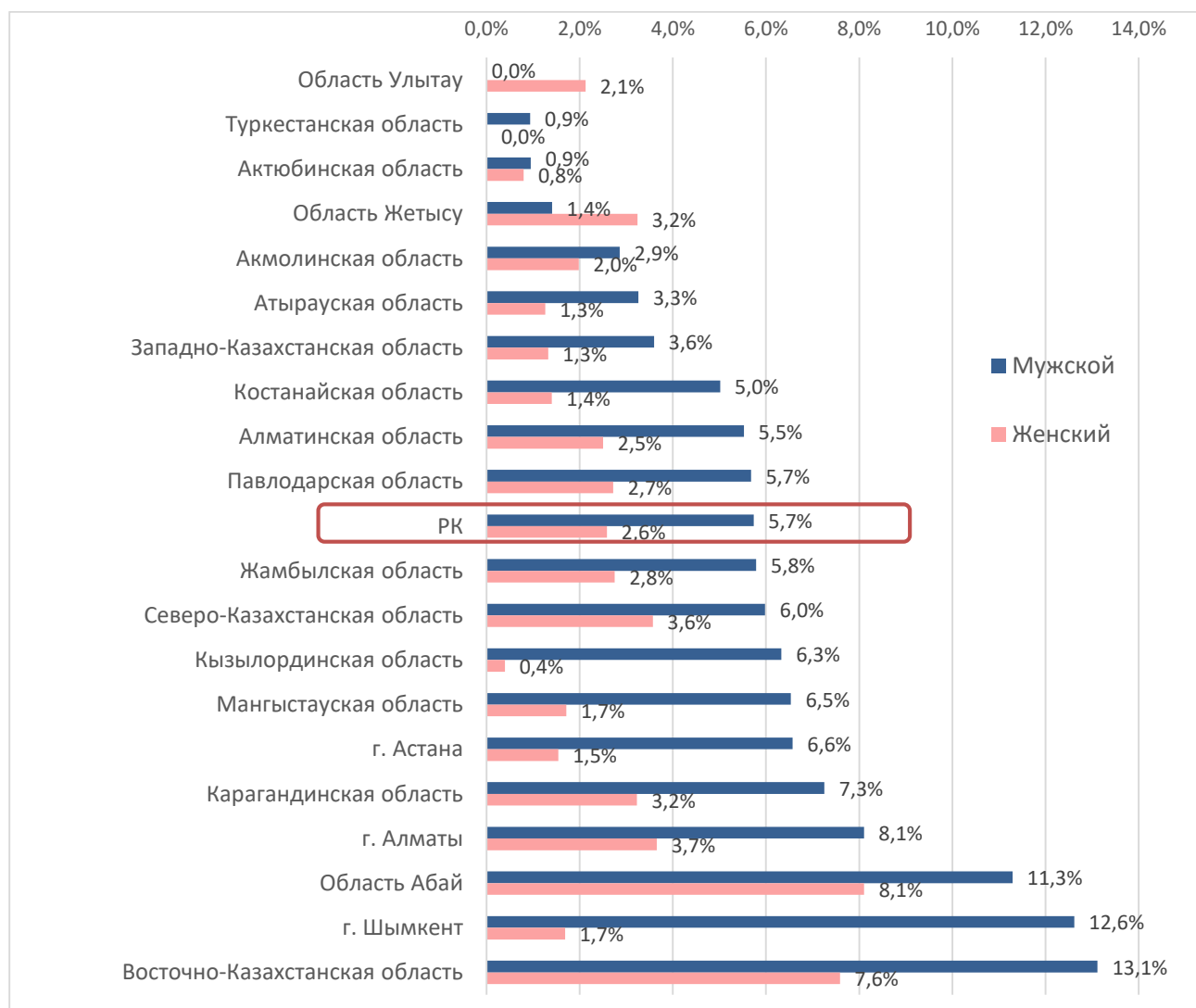


Рисунок 22. Распространенность потребления электронных сигарет по регионам в гендерном разрезе (2023 г.)

Данные о распространенности употребления некурительных табачных изделий (таких как насвай, жевательный и нюхательный табак) среди населения Казахстана также демонстрируют значительные различия между регионами.

Самые низкие показатели отмечены в Восточно-Казахстанской области (0,1%), Акмолинской области (0,4%) и области Абай (0,4%).

В некоторых регионах уровень употребления несколько выше, но остается относительно низким, как, например, в Актюбинской области (0,8%), области Жетысу (0,8%) и в городе Астана (1,4%).

Наибольшая распространенность наблюдается в Кызылординской области (5,1%), городе Шымкент (5,0%) и области Улытау (4,2%). Высокие показатели также зафиксированы в Мангыстауской (3,1%) и Алматинской, Западно-Казахстанской (3,4%) областях.

В целом по Казахстану средний показатель употребления некурительных табачных изделий составляет 2,2% (Рисунок 23).

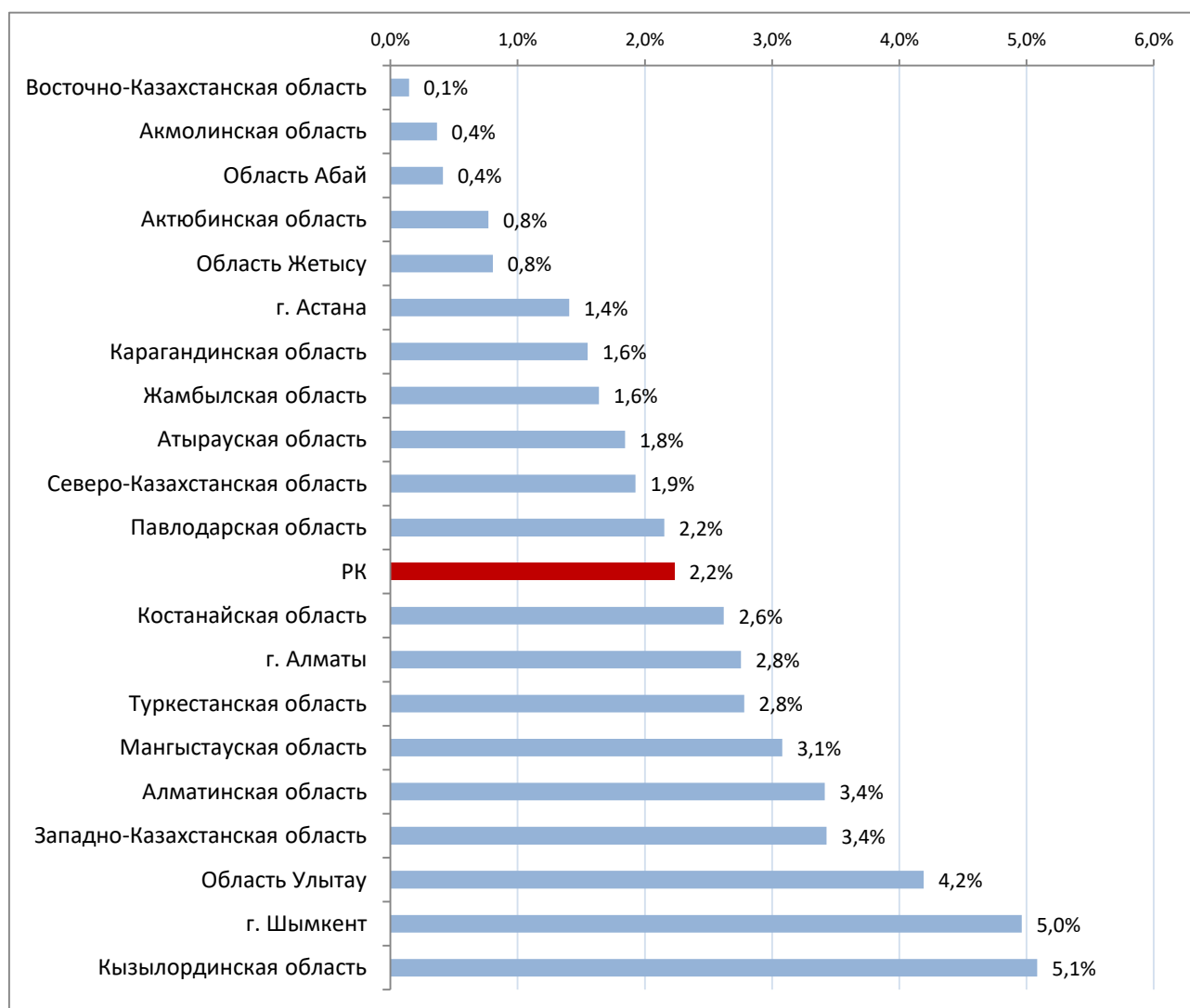


Рисунок 23. Удельный вес респондентов, потребляющих некурительные табачные изделия (насвай, жевательный, нюхательный табак) в разрезе регионов (2023 г.)

Проблема потребления сахаросодержащих напитков в Казахстане актуальна из-за их негативного влияния на здоровье населения. Регулярное употребление таких напитков способствует ожирению, диабету 2 типа, сердечно-сосудистым заболеваниям и проблемам с зубами, поскольку они содержат большое количество свободных сахаров и не имеют питательной ценности. Особенно остро проблема затрагивает детей и молодежь из-за доступности и агрессивной рекламы.

Ежедневное или почти ежедневное потребление наиболее высоко в области Абай (29,7%), Жамбылской и Кызылординской областях, а также в г. Шымкент (25,4%). Низкие показатели наблюдаются в Астане (8,0%) и области Жетысу (9,9%).

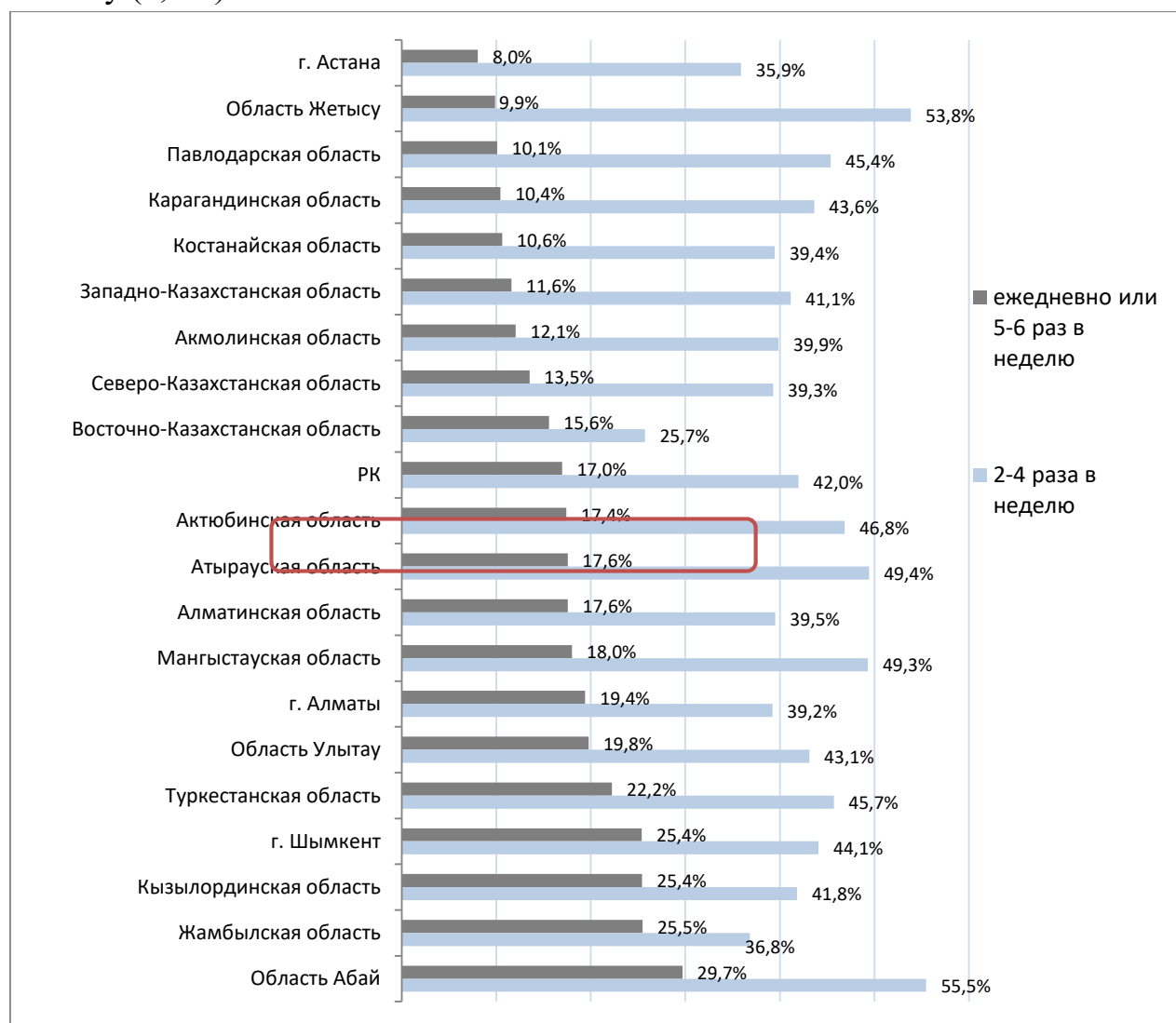


Рисунок 24. Удельный вес респондентов, потребляющих сладкие газированные напитки в разрезе регионов (2023 г.)

Что касается употребления 2–4 раза в неделю, то наиболее распространено оно в области Абай (55,5%), Жетысу (53,8%) и Атырауской области (49,4%). В то же время в Восточно-Казахстанской области этот показатель заметно ниже (25,7%). В целом по стране ежедневное или частое потребление составляет 17,0%, а 2–4 раза в неделю — 42,0%, что свидетельствует о значительной доле населения, регулярно употребляющих напитки с высоким содержанием сахара, что может негативно сказываться на здоровье. (Рисунок 24).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В рамках Концепции развития здравоохранения Республики Казахстан до 2026 года определен мониторинг одного из ключевых интегральных целевых индикаторов для оценки приверженности населения здоровому образу жизни— «Доля граждан Казахстана, ведущих здоровый образ жизни». Этот показатель необходим для осуществления динамического анализа уровня ориентации казахстанцев на здоровый образ жизни на уровне всего населения.

Впервые в стране на протяжении трех лет проводится Национальное эпидемиологическое исследование, включающее социологический опрос выборочной группы населения. Исследование охватило анализ распространенности ключевых поведенческих факторов риска хронических неинфекционных заболеваний (курение, злоупотребление алкоголем, низкая физическая активность, недостаточное потребление фруктов и овощей, избыточное употребление соли). Полученные данные позволили оценить уровень приверженности здоровому образу жизни с учетом отдельных факторов риска и в разрезе регионов республики, а также проследить изменения в отношении ЗОЖ за трехлетний период.

При этом установлено:

1. Фактически только каждый третий взрослый житель страны соблюдает рекомендуемые правила ведения ЗОЖ. В целом по Казахстану, интегрированный показатель «Доля граждан, ведущих здоровый образ жизни» составил 34,2%. Однако, отмечается значительный рост приверженности населения к здоровому образу жизни по сравнению с предыдущими годами, которая в 2022 году составляла 31,4%, в 2021 году - 23,2%.

Увеличилась доля лиц с высоким уровнем приверженности ЗОЖ, выражающимся соблюдением всех пяти компонентов здорового образа жизни, с 3,5% в 2021 году, 6,8% в 2022 году до 7,2% в 2023 г. Соответственно повысился показатель удовлетворительного уровня приверженности (выражающего соблюдением четырех компонентов здорового образа жизни, где одним из них обязательно является отсутствие курения) с 19,7% в 2021 г., 24,6% в 2022 г. до 27% в 2023 г. Такие существенные изменения показателей могут быть связаны с усилением пропаганды здорового образа жизни, реализацией национальных программ, повышающих осведомленность о вреде факторов риска, а также с улучшением доступности инфраструктуры для занятий спортом и формирования здоровых привычек. Кроме того, внимание к ЗОЖ могло усиливаться благодаря популяризации темы через медиа и социальные сети, а также регулярному мониторингу факторов риска, стимулирующему позитивные изменения в поведении населения.

2. Интегрированный показатель 2023 года статистически значимо был выше у женщин - 39,5%, чем у мужчин 28,7%, уровень приверженности ЗОЖ среди городских и сельских жителей находится примерно на одном уровне, без существенных различий между этими группами. Из анализа возрастных групп следует, что наименьшая приверженность здоровому образу жизни наблюдается среди людей в возрасте 30-44 лет, что требует особого внимания и усилий для повышения осведомленности и мотивации этой категории населения.

3. При изучении «Доли граждан РК, ведущих здоровый образ жизни» в разрезе регионов, были выявлены следующие результаты.

Наибольшие показатели приверженности здоровому образу жизни зафиксированы в Туркестанской, Жамбылской, Костанайской и Карагандинской областях, а минимальные — в Абайской и Восточно-Казахстанской областях. Все регионы, за исключением этих двух, превысили планируемый среднереспубликанский уровень приверженности ЗОЖ (30%) на 2023 год.

В предыдущем исследовании наиболее высокие показатели зафиксированы в Актыбинской, Жамбылской, Туркестанской областях и области Улытау. Минимальные - отмечены в Павлодарской, Восточно-Казахстанской областях и области Абай. Однако тогда все регионы превысили планируемый среднереспубликанский показатель 2022 года 24%. В исследовании 2021 г. высокие показатели были в Атырауской, Павлодарской, Алматинской, Жамбылской, Западно-Казахстанской областях, низкие - в г. Астана и Мангыстауской области.

4. Оценка индикаторов поведенческих факторов риска, включенных в комплексную оценку приверженности к здоровому образу жизни, показала, что распространенность курения несколько снизилась по сравнению с прошлым годом и составила 21,8% (в 2022 году показатель составлял 22,6%). Отмечена положительная динамика и по другим индикаторам: распространенность потребления алкоголя в опасных дозах – 1,7% (1,9% - в 2022 году), избыточного потребления соли – 34,7% (36,1% - в 2022 г.), адекватная физическая активность (не менее 150 мин умеренной или 75 мин интенсивной физической нагрузки в неделю) – 28,2% (в 2022 году – 25,6%), достаточное потребления овощей и фруктов (ежедневно не менее 400 г) – 40,4% (38,6% в 2022 году).

5. Изучение факторов риска и их распространенности, а также учет региональных особенностей, представляет собой важную основу для разработки комплексных и обоснованных мероприятий в сфере формирования здорового образа жизни, профилактики заболеваний и оценки результатов

проведенных программ. Уже на данном этапе использование подобного индекса дает возможность создать объективную картину приверженности ЗОЖ среди населения, что станет толчком для активной пропаганды здоровых привычек. Оценка изменений индекса приверженности в ответ на реализуемые профилактические меры будет служить важным инструментом для анализа эффективности внедряемых инициатив. Применение данных о динамике показателей позволит усовершенствовать методологию, повышая точность и информативность анализа.

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 $\Longrightarrow$ 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?
(навай, 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, часто
- 2 ☐ да, иногда
- 3 ☐ нет, совсем не употребляю (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 ☐ Имею ИНТЕНСИВНУЮ физическую нагрузку НЕ МЕНЕЕ 75 мин в неделю
- 3 ☐ Имею УМЕРЕННУЮ физическую нагрузку НЕ МЕНЕЕ 150 минут в неделю
- 4 ☐ Физическая нагрузка присутствует, но она меньше вышеуказанных норм

19 Ваш рост _____ (см)

20 Ваш вес _____ (кг)

21 Имеете ли Вы хронические заболевания?

- 1 ☐ да
- 2 ☐ нет
- 3 ☐ не знаю

Спасибо за участие!