

УДК 613.84(574):519.23

ДЕТЕРМИНАНТЫ ТАБАКОКУРЕНИЯ И ЖЕЛАНИЯ БРОСИТЬ КУРИТЬ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ Г. АЛМАТЫ, КАЗАХСТАН

© 2016 г. ¹Б. С. Турдалиева, ¹В. Ю. Байсугурова, ¹Г. Т. Кашафутдинова, ¹Г. Е. Аимбетова,
¹Ж. М. Меирманова, ¹Н. А. Талкимбаева, ¹А. А. Айтманбетова, ¹Ж. А. Кожекенова,
¹А. М. Шахиева, ¹А. С. Уважанова, ²Л. С. Ермуханова, ²Х. И. Кудабаетова, ³⁻⁶А. М. Гржибовский

¹Казахский национальный медицинский университет, г. Алматы, Казахстан; ²Западно-казахстанский государственный медицинский университет, г. Актобе, Казахстан; ³Национальный институт общественного здравоохранения, г. Осло, Норвегия; ⁴Северный государственный медицинский университет, г. Архангельск; ⁵Северо-Восточный федеральный университет, г. Якутск; ⁶Международный казахско-турецкий университет им. Х. А. Ясави, г. Туркестан, Казахстан

В ходе поперечного выборочного исследования изучена распространенность курения, его связь с социально-демографическими факторами риска, а также факторы, связанные с желанием бросить курить в г. Алматы, Казахстан. В выборку вошли 1 174 случайно отобранных человека в возрасте 45 лет и старше. Независимые связи между переменными изучали с помощью многомерной регрессии Пуассона и рассчитывали отношения распространенностей (ОР) с 95 % доверительными интервалами (ДИ). Для курильщиков оценивали факторы, связанные с желанием бросить курить. Отметим, что курят постоянно 40,7 % мужчин и 10,0 % женщин. Среди них 63,1 % мужчин и 72,1 % женщин заявили, что желают бросить курить. Мужской пол (ОР = 4.14; 95 % ДИ: 3.18–5.40), принадлежность к русской этнической группе (ОР = 1.56; 95 % ДИ: 1.23–1.97), среднее и ниже образование (ОР = 1.37; 95 % ДИ: 1.09–1.73), а также удовлетворительный или хуже психологический климат в семье (ОР = 1.84; 95 % ДИ: 1.26–2.67) являлись независимыми предикторами курения. Мужчины из тех, кто оценивал свое здоровье как плохое (ОР = 1.24; 95 % ДИ: 1.11–1.38) или удовлетворительное (ОР = 1.17; 95 % ДИ: 1.08–1.27), отмечал как минимум хороший психологический климат в семье (ОР = 1.20; 95 % ДИ: 1.03–1.41) и выкуривал в день 10–19 сигарет (ОР = 1.29; 95 % ДИ: 1.17–1.41), чаще отмечали желание отказаться от курения по сравнению с референтными группами.

Ключевые слова: курение, детерминанты, отказ от курения, Алматы, Казахстан, Центральная Азия

DETERMINANTS OF SMOKING AND DESIRE TO QUIT IN ALMATY, KAZAKHSTAN

¹B. S. Turdaliyeva, ¹V. Y. Baisugurova, ¹G. T. Kashafutdinova, ¹G. E. Aimbetova,
¹Zh. M. Meirmanova, ¹N. A. Talkimbayeva, ¹A. A. Aitmanbetova, ¹Zh. A. Kozhekenova,
¹A. M. Shakhieva, ¹A. S. Uvazhanova, ²L. S. Yermukhanova, ²H. I. Kudabaeva, ³⁻⁶A. M. Grjibovski

¹Kazakh National Medical University, Almaty, Kazakhstan; ²West Kazakhstan State Medical University, Aktope, Kazakhstan; ³Norwegian Institute of Public Health, Oslo, Norway; ⁴Northern State Medical University, Arkhangelsk, Russia; ⁵North-Eastern Federal University, Yakutsk, Russia; ⁶International Kazakh-Turkish University, Turkestan, Kazakhstan

We studied the prevalence and determinants of smoking and desire to stop smoking in a cross-sectional study among 1174 randomly selected adults aged 45+ years in Almaty, Kazakhstan. Associations between smoking and its correlates were studied by multivariable Poisson regression. Prevalence ratios (PR) with 95 % confidence intervals (CI) were calculated. Among current smokers we also studied factors associated with their desire to quit. Altogether, 40.7 % of men were current smokers and 63.1 % of them desired to stop smoking. The corresponding numbers for women were 10.0 % and 72.1 %. Male gender (PR = 4.14; 95 % CI: 3.18–5.40), Russian ethnicity (PR = 1.56; 95 % CI: 1.23–1.97), secondary or less education (PR = 1.37; 95 % CI: 1.09–1.73) and having satisfactory or worse psychological family climate (PR = 1.84; 95 % CI: 1.26–2.67) were positively associated with smoking. Men who reported poor (PR = 1.24; 95 % CI: 1.11–1.38) or satisfactory (PR = 1.17; 95 % CI: 1.08–1.27) health, had very good psychological family climate (PR = 1.20; 95 % CI: 1.03–1.41), and smoked 10–19 cigarettes a day (PR = 1.29; 95 % CI: 1.17–1.41) were more likely to report a desire to quit smoking. Number of daily smoked cigarettes, self-rated health, and psychological family climate were associated with the desire to quit.

Key words: smoking, determinants, quitting, Almaty, Kazakhstan, Central Asia

Библиографическая ссылка:

Турдалиева Б. С., Байсугурова В. Ю., Кашафутдинова Г. Т., Аимбетова Г. Е., Меирманова Ж. М., Талкимбаева Н. А., Айтманбетова А. А., Кожекенова Ж. А., Шахиева А. М., Уважанова А. С., Ермуханова Л. С., Кудабаетова Х. И., Гржибовский А. М. Детерминанты табакокурения и желания бросить курить среди населения г. Алматы, Казахстан // Экология человека. 2016. № 12. С. 30–36.

Turdaliyeva B. S., Baisugurova V. Y., Kashafutdinova G. T., Aimbetova G. E., Meirmanova Zh. M., Talkimbayeva N. A., Aitmanbetova A. A., Kozhekenova Zh. A., Shakhieva A. M., Uvazhanova A. S., Yermukhanova L. S., Kudabaeva H. I., Grjibovski A. M. Determinants of Smoking and Desire to Quit in Almaty, Kazakhstan. *Ekologiya cheloveka* [Human Ecology]. 2016, 12, pp. 30–36.

Табакокурение является одной из наиболее актуальных проблем общественного здравоохранения в мире, обеспечивая наибольший вклад в смертность от болезней системы кровообращения. Наиболее высокая смертность от причин, связанных с курением, отмечается в странах Центральной и Восточной Европы, а также странах бывшего СССР [17]. Распространенность курения после распада СССР увеличилась в бывших советских республиках. Например, в России распространенность курения среди женщин выросла с 7 % в 1992 году до 15 % в 2003-м, а среди мужчин — с 57 % до 63 % соответственно [16]. Несмотря на то, что динамика распространенности курения и причин, связанных с табакокурением, в европейской части СССР изучены достаточно хорошо [7, 8], данных из стран Центральной Азии в международной рецензируемой литературе практически не встречается. Первые сравнимые данные были получены в ходе сравнительного исследования условий и стиля жизни в восьми бывших советских республиках Gilmore с соавторами в 2004 году [9].

Самая высокая распространенность курения среди мужчин (65,3 %), особенно в возрасте старше 60 лет (50,0 %), наблюдалась в Казахстане [9]. В то же время среди казахстанских женщин (9,3 %) она была намного меньше, чем в России (30,6 %) и на Украине (32,9 %). Наименьшая превалентность курения среди женщин в возрасте 60 лет и старше среди всех восьми стран наблюдалась именно в Казахстане (0,4 %) [9]. Повторное исследование в тех же странах с использованием той же методологии показало, что распространенность курения в Казахстане к 2010 году снизилась до 51,2 % среди мужчин, в то время как среди женщин она осталась на прежнем уровне [20]. Несмотря на то, что распространенность курения среди мужчин в Казахстане имеет тенденцию к снижению, доля курильщиков, которые в ходе исследования выразили желание бросить курить, было минимальным среди всех восьми постсоветских государств, вошедших в исследование [6].

Предыдущие исследования, проведенные в странах бывшего СССР, показывают, что возраст, образование, материальное состояние семьи, а также социальная поддержка являются важными детерминантами курения среди мужчин, в то время как для женщин сильная связь отмечалась только между курением и возрастом, а также проживанием в больших городах [18].

Cockerham et al. [5] продемонстрировали, что этнические русские, проживающие в Казахстане, ведут более здоровый образ жизни, чем казахи, в то же время последние реже отмечали плохое состояние здоровья [23].

Результаты вышеперечисленных исследований основаны на крупных национально-репрезентативных выборках, тем самым скрывают межрегиональные различия в такой разнородной стране, как Казахстан. Например, Ignatyev and Mundt выявили, что в районе Айнабулак (г. Алматы) распространенность курения среди женщин достигала 25 %, что более чем в 2 раза

превышает национальные показатели за тот же год [10]. Таким образом, несмотря на то, что национальные данные являются важным инструментом для проведения адекватных международных сравнений, именно локальные данные имеют более выраженный потенциал для понимания региональных различий и служат основой для разработки профилактических мероприятий для каждого конкретного региона.

Цель данного исследования — изучить распространенность курения, его детерминанты, а также факторы, связанные с желанием бросить курить, в крупнейшем городе Казахстана — г. Алматы.

Методы

Случайно отобранные 1 500 человек в возрасте 45 лет и старше, проживающие в Алмалинском районе г. Алматы, были приглашены для участия в поперечном эпидемиологическом исследовании. Алмалинский район был выбран из-за его репрезентативности по возрастно-половой структуре для всего г. Алматы. Из приглашенных 1 500 приняли участие в исследовании 1 199 человек (80 %). Опрос проводился специально обученными интервьюерами с помощью опросника, состоявшего из 160 вопросов. Для данного исследования использовались только вопросы, относящиеся к курению, самооценке здоровья и социально-демографическим характеристикам. Подробнее информация о сборе данных представлена в наших более ранних работах [1].

Относительно курения все участники исследования были классифицированы по группам: некурящие, бывшие курильщики, курящие ежедневно, курящие не каждый день и курящие, но пытающиеся бросить. По причине малых чисел первые две группы были объединены в группу не курящих, а оставшиеся — в группу курящих. Последних также спрашивали об их желании бросить курить, а также о количестве выкуриваемых сигарет, которое разделяли на 1–9, 10–19 и 20 и более сигарет в день.

Социально-демографические характеристики выборки были классифицированы, как показано в табл. 1. По показателю материального благополучия участники исследования были распределены следующим образом: категория 1 — недостаточно средств на покупку продуктов питания; 2 — достаточно средств на приобретение продуктов питания, но недостаточно на покупку одежды; 3 — достаточно средств для покупки продуктов и одежды, но недостаточно для более дорогих приобретений; 4 — достаточно средств для более дорогих приобретений.

После определения распространенности курения оценивали связь между курением и социально-демографическими характеристиками. Случаи с пропущенными данными по курению, самооценке здоровья, возрасту, образованию и семейному положению были исключены из анализа ($n = 25$ от 2.1 %). Для остальных переменных при отсутствии данных создавалась категория «неизвестно» для сохранения статистической мощности исследования. Бивариантные

сравнения категориальных переменных проводили с помощью критерия χ^2 Пирсона. Независимые связи между изучаемыми признаками и курением оценивали с помощью многомерного регрессионного анализа Пуассона с расчетом робастных стандартных ошибок для адекватной оценки доверительных интервалов (ДИ). Регрессия Пуассона, в отличие от более распространенной логистической регрессии, позволяет оценить отношения распространенностей (ОР), а потому является более подходящим методом анализа для поперечных исследований при наличии частых исходов [2]. В многомерные модели включали только те переменные, которые были связаны с курением на уровне $p < 0,15$ при проведении бивариантного анализа, как рекомендовано М. Katz [12]. Скорректированные ОР представляли с 95 % ДИ.

На втором этапе изучали желание бросить курить среди курильщиков и факторы, с этим связанные. Учитывая недостаточное количество курящих женщин в выборке для проведения статистического анализа, многомерный регрессионный анализ Пуассона с использованием метода пошагового исключения переменных для получения конечной модели проводили только для мужчин.

Статистический анализ проводили с помощью пакета статистических программ Stata 14 (Stata Corp., TX, USA). Исследование было одобрено этическим комитетом Казахского национального медицинского университета (протокол № 5 от 20.04.2011 г.).

Результаты

Для 1 174 респондентов (97,9 %) была получена полная информация по всем изучаемым признакам. Женщины составили 57,5 % выборки. Средний возраст для мужчин 57,3 (SD = 8,7) года и для женщин 55,6 (SD = 8,3). Распределение изучаемых признаков в выборочной совокупности отдельно для мужчин и женщин представлено в табл. 1.

Распространенность курения составила 40,7 % среди мужчин и 10,0 % среди женщин. Медианное количество выкуриваемых сигарет в день — 15 для мужчин и 12 для женщин. Среди курильщиков 43,9 % мужчин и 29,8 % женщин выкуривали 20 и более сигарет в день.

Возраст, этническая принадлежность, образование, род занятий и психологический климат в семье были статистически значимо связаны с курением у мужчин, в то время как у женщин с курением были значимо связаны только возраст, род занятий и психологический климат в семье при проведении бивариантного анализа (табл. 2). Мультипликативного взаимодействия между полом и остальными изучаемыми переменными выявлено не было, поэтому многомерный анализ проводили без стратификации по полу. В результате мужской пол, русская национальность, среднее или более низкое образование, а также удовлетворительный или хуже психологический климат в семье были связаны с более частой встречаемостью курения независимо от прочих переменных. Среди

Таблица 1

Основные характеристики выборочной совокупности

Переменная	Муж- чины	%	Жен- щины	%
Возраст, полных лет				
45–54	181	36,3	227	33,6
55–64	158	31,7	184	27,3
65–74	107	21,4	160	23,7
75+	53	10,6	104	15,4
Этническая принадлежность				
Казахи	178	35,7	211	31,3
Русские	258	51,7	378	56,0
Прочие	63	12,6	86	12,7
Образование				
Среднее или ниже	142	28,5	194	28,7
Среднее специальное	105	21,0	173	25,6
Высшее	252	50,5	308	45,6
Род занятий				
Рабочие	158	31,7	97	14,4
Служащие	95	19,0	95	14,1
Безработные	31	6,2	105	15,6
Пенсионеры	197	39,5	363	53,8
Неизвестно	18	3,6	15	2,2
Семейное положение				
В браке	412	82,6	411	60,9
Вне брака	87	17,4	264	39,1
Уровень доходов				
Категория 1	55	1,0	106	15,7
Категория 2	90	18,0	125	18,5
Категория 3	123	24,6	157	23,3
Категория 4	133	26,7	158	23,4
Неизвестно	98	19,6	129	19,1
Психологический климат в семье				
Плохой	4	0,8	10	1,5
Удовлетворительный	38	7,6	61	9,0
Хороший	389	78,0	534	79,1
Очень хороший	68	13,6	70	10,4
Самооценка здоровья				
Плохое	42	8,4	96	14,2
Удовлетворительное	239	47,9	394	58,4
Хорошее	193	38,7	174	25,8
Отличное	25	5,0	11	1,6
Курение				
Никогда не курил	284	56,9	612	90,7
Курит ежедневно	183	36,7	46	6,8
Курит не каждый день	14	2,8	8	1,2
Курил раньше, бросил	12	2,4	2	0,3
Курю, хочу бросить	6	1,2	7	1,0
Итого	499	100,0	675	100,0

Таблица 2

Распространенность курения среди мужчин и женщин в зависимости от социально-демографических характеристик

Переменная	Мужчины (n=499)		Женщины (n=675)	
	% курит	p^a	% курит	p^a
Возраст, лет		<0.001		0.002
45–54	43.1		13.2	
55–64	50.6		10.3	
65–74	33.6		6.9	
75+	17.0		1.0	
Этническая принадлежность		0.018		0.649
Казахи	33.1		7.6	
Русские	46.5		9.5	
Прочие	38.1		10.5	
Образование		0.005		0.577
Среднее или ниже	49.3		7.2	
Среднее специальное	45.7		9.8	
Высшее	33.7		9.7	
Род занятий		0.002		<0.001
Рабочие	49.4		10.3	
Служащие	45.3		15.8	
Безработные	51.6		10.5	
Пенсионеры	29.9		5.5	
Неизвестно	38.9		33.3	
Семейное положение		0.076		0.254
В браке	42.5		8.0	
Вне брака	32.2		10.6	
Уровень доходов		0.763		0.330
Категория 1	40.0		13.2	
Категория 2	42.2		11.2	
Категория 3	35.8		7.0	
Категория 4	43.6		7.0	
Неизвестно	41.8		8.5	
Психологический климат в семье		0.005		0.017
Удовлетворительный или хуже	64.3		16.9	
Хороший	38.8		7.5	
Очень хороший	36.8		12.9	
Самооценка здоровья		0.319		0.584
Плохое	50.0		6.2	
Удовлетворительное	38.1		9.4	
Хорошее или отличное	41.7		9.7	

Примечание. ^a — различия в распределении изучаемых характеристик между курящими и некурящими рассчитаны с помощью критерия χ^2 Пирсона.

лиц в возрасте 75 лет и старше, а также среди пенсионеров распространенность курения была значимо ниже, чем в референтных группах (табл. 3).

Желание бросить курить отметили 63,1 % курящих мужчин и 72,1 % курящих женщин ($p = 0.192$).

Таблица 3

Отношения распространенностей (ОР) с 95 % доверительными интервалами (ДИ) для оценки связи между ежедневным курением и социально-демографическими характеристиками — результат применения многомерной регрессии Пуассона

Переменная ^a	ОР	95 % ДИ
Пол		
Мужской	4.14	3.18–5.40
Женский	1.00	Референтная
Возраст, лет		
45–54	1.00	Референтная
55–64	1.06	0.84–1.32
65–74	0.82	0.57–1.89
75+	0.29	0.16–0.55
Этническая принадлежность		
Казахи	1.00	Референтная
Русские	1.56	1.23–1.97
Прочие	1.35	0.95–1.93
Образование		
Среднее или ниже	1.37	1.09–1.73
Среднее специальное	1.22	0.94–1.57
Высшее	1.00	Референтная
Род занятий		
Рабочие	0.84	0.65–1.09
Служащие	1.00	Референтная
Безработные	0.76	0.52–1.13
Пенсионеры	0.58	0.41–0.82
Неизвестно	1.09	0.64–1.87
Семейное положение		
В браке	1.00	Референтная
Вне брака	1.00	0.77–1.30
Психологический климат в семье		
Удовлетворительный или хуже	1.84	1.27–2.67
Хороший	0.98	0.73–1.32
Очень хороший	1.00	Референтная

Примечание. ^a — в многомерный анализ включали только те переменные, которые были связаны с исходом на уровне $p < 0.15$ при проведении бивариантного анализа.

Для мужчин уровень материального благосостояния, самооценка здоровья и количество выкуриваемых сигарет в день были значимо связаны с желанием бросить курить (табл. 4). В многомерной модели очень хороший психологический климат в семье, удовлетворительное или плохое здоровье и количество выкуриваемых сигарет в день 10–19 были положительно связаны с желанием отказаться от курения (табл. 5). Среди женщин этнические казашки более редко по сравнению с русскими отмечали желание бросить курить. Психологический климат в семье также был значимо связан с желанием отказаться от курения (см. табл. 4). Многомерный анализ для оценки факторов, связанных с желанием бросить

курить, для женщин не проводился по причине малого количества курящих женщин в выборке.

Таблица 4

Распространенность (%) желания бросить курить среди курильщиков в зависимости от социально-демографических характеристик

Переменная	Мужчины (n=203)		Женщины (n=61)	
	%	P ^a	%	P ^a
Возраст, лет		0.306		0.713
45–54	69.2		66.7	
55–64	58.8		73.7	
65–74	55.6		81.8	
75+	77.8		100.0	
Этническая принадлежность		0.373		0.023
Казахи	67.8		50.0	
Русские	59.2		75.0	
Прочие	70.8		100.0	
Образование		0.255		0.297
Среднее или ниже	61.4		58.8	
Среднее специальное	72.9		71.4	
Высшее	58.8		80.0	
Род занятий		0.279		0.804
Рабочие	69.2		60.0	
Служащие	60.5		80.0	
Безработные	62.5		63.6	
Пенсионеры	61.0		85.0	
Неизвестно	28.6		40.0	
Семейное положение		0.571		0.108
В браке	62.3		63.6	
Вне брака	67.9		82.1	
Уровень доходов		0.041		0.804
Категория 1	81.5		64.3	
Категория 2	57.9		78.6	
Категория 3	65.3		72.7	
Категория 4	50.0		81.8	
Неизвестно	73.2		63.6	
Психологический климат в семье		0.349		0.043
Удовлетворительный или хуже	59.1		55.6	
Хороший	63.6		67.5	
Очень хороший	76.0		100.0	
Самооценка здоровья		<0.001		0.429
Плохое	81.0		83.3	
Удовлетворительное	73.6		75.7	
Хорошее или отличное	48.4		61.1	
Количество сигарет в день		<0.001		0.492
<10	43.9		69.6	
10–19	91.8		82.4	
20+	62.1		64.7	

Примечание. ^a – различия рассчитаны с помощью критерия χ^2 Пирсона между группой желающих бросить курить и группой, которые не отметили желания бросить курить.

Таблица 5

Отношения распространенностей (ОР) для переменных, статистически значимо связанных с желанием бросить курить (мужчины) – результаты многомерной регрессии Пуассона с последовательным исключением

Переменная ^a	ОР	95% ДИ
Психологический климат в семье		
Удовлетворительный или хуже	1.00	Референтная
Хороший	1.06	0.92–1.22
Очень хороший	1.20	1.03–1.41
Самооценка здоровья		
Плохое	1.00	Референтная
Удовлетворительное	1.17	1.08–1.27
Хорошее или отличное	1.24	1.11–1.38
Количество сигарет в день		
<10	1.00	Референтная
10–19	1.29	1.17–1.41
20+	1.10	0.99–1.21

Примечание. ^a – в многомерный анализ включали только те переменные, которые были связаны с исходом на уровне $p < 0.15$ при проведении бивариантного анализа.

Обсуждение результатов

Результаты нашего исследования не противоречат данным предыдущих исследований, проведенных в странах бывшего СССР и демонстрирующих высокую распространенность курения среди мужчин, но низкую распространенность среди женщин [5, 6, 9, 18, 20]. Однако прямые сравнения с другими исследованиями затруднены по причине различий в используемой методологии. Roberts с соавторами (2012) выявили распространенность ежедневного курения 51,2 % среди казахстанских мужчин и 9,3 % среди женщин. Наши результаты говорят о 36,7 и 6,8 % соответственно. Частично различия могут объясняться тем, что участники нашего исследования были старше, а известно, что распространенность курения снижается от среднего возраста к пожилому [9, 18, 20]. Кроме того, более низкие показатели распространённости курения в нашей выборке могут быть частично обусловлены более высокими социальными стандартами в г. Алматы по сравнению с Казахстаном в целом. Выявленная нами обратная связь между возрастом и курением соответствует результатам предыдущих исследований, проведённых как в западной, так и в восточной частях Европейского региона ВОЗ [3, 9, 20].

По сравнению с большинством стран Европейского региона ВОЗ в Казахстане отмечаются более выраженные гендерные различия в распространённости курения [4, 5]. Наши результаты показывают, что распространенность курения среди русских выше, чем среди казахов. Учитывая, что курение является одним из важнейших факторов риска болезней системы кровообращения, органов дыхания, новообразований и другого, а также преждевременной смертности, наши результаты могут частично объяснять этнические различия в самооценке здоровья, выявленной

в более ранних казахстанских исследованиях [1, 23]. Наши данные также находят подтверждение в исследованиях, которые показали более высокие уровни психоэмоционального стресса у лиц неказахской национальности в г. Алматы, который, в свою очередь, тесно связан с курением [10].

В отличие от большинства развитых стран, где прослеживается выраженная обратная связь между образованием и курением [3], в странах бывшего СССР этот градиент намного менее выражен [7, 15, 16], но тем не менее достигает уровня статистической значимости среди мужчин в нашем исследовании. Мы также не выявили значимых связей между родом занятий и курением, за исключением более низких показателей среди пенсионеров, что может объясняться как экономическими причинами, так и меньшим социальным давлением, которое встречается среди работающих. В противоположность большинству исследований мы не обнаружили различий в распространенности курения в зависимости от семейного положения. Однако психологический климат в семье был важным предиктором курения как среди мужчин, так и среди женщин.

Доля курящих, желающих бросить курить, в данном исследовании несколько выше, чем было выявлено в исследовании Footman с соавторами [6], что частично можно отнести на счет более старшего возраста нашей выборки и более привилегированного социального статуса жителей г. Алматы по сравнению с национально-репрезентативной выборкой. Аналогично другим исследованиям плохая оценка своего здоровья была положительно связана с желанием бросить курить у мужчин, в то время как у женщин с желанием бросить курить значимо были связаны этническая принадлежность и психологический климат в семье. Интересно, что казашки в меньшей доле случаев сообщали о своем желании отказаться от курения, однако данные результаты получены в ходе бивариантных сравнений, а потому могут быть подвержены влиянию конфаундеров. Результаты многомерного анализа среди мужчин показали независимые статистически значимые связи между желанием бросить курить и самооценкой здоровья, количеством выкуриваемых сигарет и психологическим климатом в семье.

Результаты исследования следует интерпретировать с осторожностью, принимая во внимание потенциальные недостатки поперечного дизайна. Кроме того, данные собирались в одном районе г. Алматы. Несмотря на то, что Алмалинский район является репрезентативным по возрастно-половой структуре, репрезентативность по прочим признакам не является гарантированной, а потому результаты могут быть смещенными. Учитывая, что г. Алматы является наиболее благополучным городом Казахстана в социальном плане, наши результаты не рекомендуется экстраполировать на всю республику. Отклик составил 80 %, что является хорошим показателем, однако известно, что от участия в популяционных исследованиях обычно отказываются менее благо-

получные граждане, в том числе и те, у кого выше распространенности вредных привычек, поэтому можно предположить, что наши показатели являются недооцененными. В то же время, учитывая слабо выраженный социальный градиент в распространенности курения в Казахстане и других странах бывшего СССР, степень занижения вряд ли является существенной. Результаты исследований, основанные на данных, полученных в ходе интервью, обычно имеют существенный риск так называемых ошибок подобострастия (social desirability bias), то есть респонденты могут отвечать на вопросы в зависимости от ожиданий интервьюера и существующих социальных норм. Так, если курение среди мужчин в Казахстане широко распространено и не является стигматизирующим фактором, то курение среди женщин воспринимается обществом достаточно негативно. В связи с этим есть риск недооценки распространенности курения среди женщин. В то же время в больших городах данный фактор имеет намного меньшую роль, чем в сельской местности, поэтому степень недооценки курения среди женщин если и есть, то небольшая.

Высокая распространенность курения среди казахстанских мужчин и растущая доля курящих женщин, выявленные как в нашем, так и в других исследованиях [7–10], частично объясняют высокие уровни заболеваемости и смертности от болезней системы кровообращения [11] и заболеваемости раком легкого [13] в Казахстане по сравнению с другими странами центрально-азиатского региона, обуславливая необходимость принятия мер по профилактике курения, информированности населения о вреде курения и помощи тем, кто желает отказаться от курения [19–22].

Список литературы

1. Abikulova AK, Tulebaev KA, Akanov AA, Turdalieva BS, Kalmahanov SB, Kumar AB, et al. Inequalities in self-rated health among 45+ year-olds in Almaty, Kazakhstan: a cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2013, 654 p.
2. Barros AJ, Hirakata VN. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Research Methodology*. 2003, 3, 21.
3. Cavelaars AE, Kunst AE, Geurts JJM, Crialesi R, Grotvedt L, Helmer U, et al. Educational differences in smoking: international comparisons. *British Medical Journal*. 2000, 320, pp. 1102-1107.
4. Cockerham WC, Hinote BP, Abbott P. Psychological distress, gender, and health lifestyles in Belarus, Kazakhstan, Russia, and Ukraine. *Social Science & Medicine*. 2006, 63, pp. 2381-1294.
5. Cockerham WC, Hinote BP, Abbott P, Haerpfer C. Health lifestyles in central Asia: the case of Kazakhstan and Kyrgyzstan. *Social Science & Medicine*. 2004, 59, pp. 1409-1421.
6. Footman K, Roberts B, Stickley A, Kizilova K, Rotman D, McKee M. Smoking cessation and desire to stop smoking in nine countries of the former Soviet Union. *Nicotine and Tobacco Research*. 2013, 15, pp. 1628-1633.
7. Gilmore AB, McKee M, Rose R. Smoking in Belarus:

evidence from a household survey. *European Journal of Epidemiology*. 2001, 17, pp. 245-253.

8. Gilmore AB, McKee M, Telishevska M, Rose R. Smoking in Ukraine: epidemiology and determinants. *Preventive Medicine*. 2001, 33, pp. 453-461.

9. Gilmore A, Pomerleau J, McKee M, Rose R, Haerpfer CW, Rotman D, et al. Prevalence of smoking in 8 countries of the former Soviet Union: results from the living conditions, lifestyles and health study. *American Journal of Public Health*. 2004, 94, pp. 2177-2187.

10. Ignatyev Y, Assimov M, Dochshyanov D, Ströhle A, Heinz A, Mundt AP. Social characteristics of psychological distress in a disadvantaged urban area of Kazakhstan. *Community Mental Health Journal*. 2014, 50, pp. 120-125.

11. Katsaga A, Kulzhanov M, Karanikolos M, Rechel B. Kazakhstan: health system review. *Health systems in transition*. 2012, 14, pp. 1-154.

12. Katz MH. Setting up a multivariable analysis: subjects. In: Katz MH. *Multivariable Analysis. A Practical Guide for Clinicians*. Cambridge: Cambridge University Press, 1999, pp. 60-83.

13. Moore MA, Eser S, Iginov N, Iginov S, Mohagheghi MA, Mousavi-Jarrahi et al. Cancer epidemiology and control in North-Western and Central Asia - past present and future. *Asia Pacific Journal of Cancer Prevention*. 2010, 11 (Suppl. 2), pp. 17-32.

14. Page RM, Zarco EPT, Ihasz F, Sewanteerangkul J, Uvacek M, Mei-Lee C, et al. Cigarette smoking and indicators of psychological distress in Southeast Asian and Central-Eastern European Adolescents. *Journal of Drug Education*. 2009, 38, pp. 307-328.

15. Palosuo H, Uutela A, Zhuravleva I, Lakomova L. Social patterning of ill health in Helsinki and Moscow. *Social Science & Medicine*. 1998, 46, pp. 1121-1136.

16. Perlman F, Bobak M, Gilmore A, McKee M. Trends in the prevalence of smoking in Russia during the transition to a market economy. *Tobacco Control*. 2007, 16, pp. 299-305.

17. Peto R, Lopez AD, Boreham J, Thun M, Heath C Jr.. *Mortality From Smoking in Developed Countries 1950 - 2000: Indirect Estimates From National Vital Statistics*. Oxford: Oxford University Press, 1994.

18. Pomerleau J, Gilmore A, McKee M, Rose R, Haerpfer CW. Determinants of smoking in eight countries of the former

Soviet Union: results from the living conditions, lifestyles and health study. *Addiction*. 2004, 99, pp. 1577-1585.

19. Roberts B, Gilmore A, Stickley A, Kizilova K, Prohoda V, Rotman D, et al. Prevalence and psychosocial determinants of nicotine dependence in nine countries of the former Soviet Union. *Nicotine and Tobacco Research*. 2013, 15, pp. 271-276.

20. Roberts B, Gilmore A, Stickley A, Rotman D, Prohoda V, Haerpfer C, et al. Changes in smoking prevalence in 8 countries of the former Soviet Union between 2001 and 2010. *American Journal of Public Health*. 2012, 102, pp. 1320-1328.

21. Roberts B, Stickley A, Gilmore AB, Danishevski K, Kizilova K, Bryden A, et al. Knowledge of the health impacts of smoking and public attitudes towards tobacco control in the former Soviet Union. *Tobacco Control*. 2013, 22: e12.

22. Stickley A, Koyanagi A, Roberts B, Leinsalu M, Goryakin Y, McKee M. Smoking status, nicotine dependence and happiness in nine countries of the former Soviet Union. *Tobacco Control*. 2015, 24, pp. 190-197.

23. Supiyev A, Nurgozhin T, Zhumadilov Z, Sharman A, Marmot M, Bobak M. Levels and distribution of self-rated health in the Kazakh population: results from the Kazakhstan household health survey 2012. *BMC Public Health*. 2014, 14, p. 768.

Контактная информация:

Гржибовский Андрей Мечиславович — доктор медицины, старший советник Национального института общественного здравоохранения, г. Осло, Норвегия; заведующий ЦНИЛ Северного государственного медицинского университета, г. Архангельск; профессор Северо-Восточного федерального университета, г. Якутск; профессор, почетный доктор Международного казахско-турецкого университета, г. Туркестан, Казахстан; почетный профессор Государственного медицинского университета г. Семей, Казахстан

Адрес: INFRA, Nasjonalt folkehelseinstitutt, Postboks 4404 Nydalen, 0403 Oslo, Norway.

Тел.: +4745268913 (Норвегия), +79214717053 (Россия), +77471262965 (Казахстан)

E-mail: Andrej.Grjibovski@gmail.com