

# Курение как социальная проблема в Казахстане

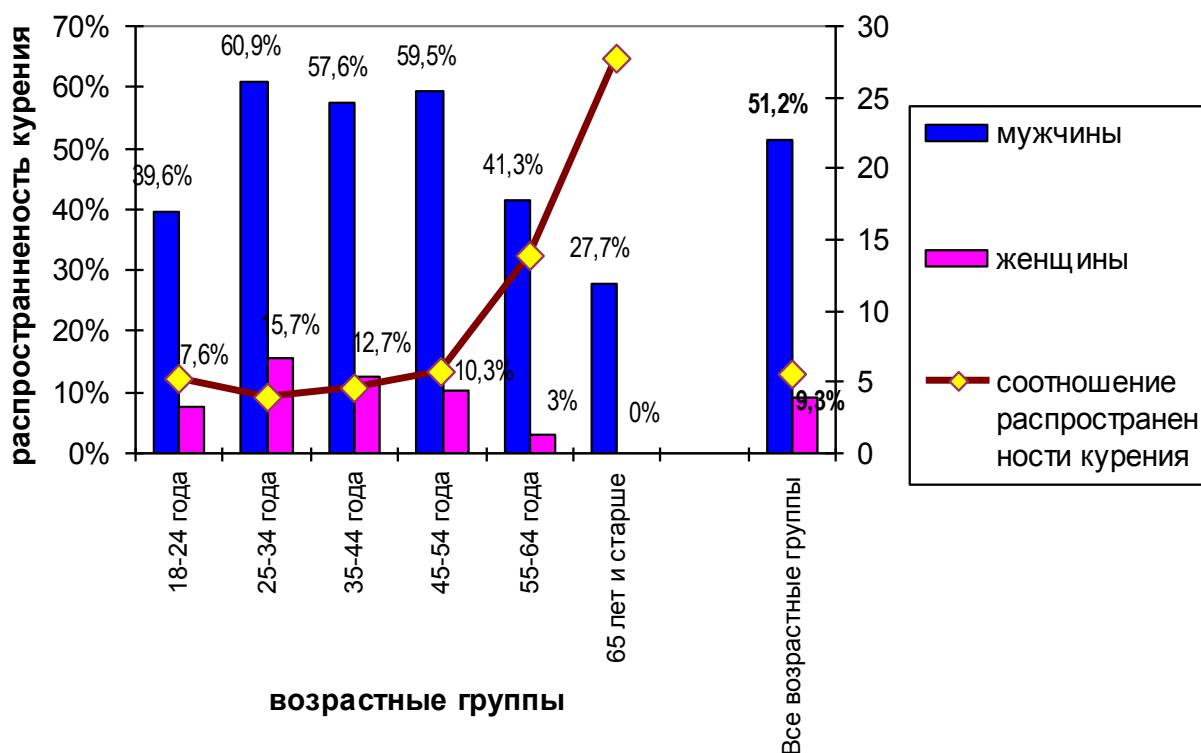
Шабденова А.Б., руководитель отдела анализа и обработки данных ЦИОМ  
Заболотная А.А., менеджер проектов ЦИОМ

В исследовании стиля жизни, условий жизни и здоровья такой предмет изучения как курение является одним из центральных. Он в значительной степени определяет стиль жизни. Долгое время посредством табачной рекламы в массовом сознании формировался образ курильщика как носителя особых ценностей, характерных для какой-либо марки и курения вообще. Но с 2002 года в Казахстане начата серьезная планомерная работа по искоренению этого пагубного пристрастия среди населения. Был принят «Кодекс Республики Казахстан о здоровье населения и системе здравоохранения». В 2002 году был принят закон «О профилактике и ограничении табакокурения», в 2007 году в этот закон были внесены дополнения, в 2009 году был принят Закон «О запрете курения в общественных местах» [1, 2, 3]. Негативное воздействие курения сигарет на здоровье уже давно установлено, причем самое тяжелое последствие курения заключается в резком повышении риска заболевания дыхательной системы человека – рака легких, хронической обструктивной болезни легких и влияния курения на репродуктивное здоровье людей, особенно женщин. И, наконец, привычка курения достаточно затратна – курильщики вынуждены тратить большие средства для ее удовлетворения.

При изучении этой проблемы были подняты вопросы распространенности курения среди взрослого населения в различных демографических группах, характеристик интенсивности и продолжительности курения с точки зрения риска заболевания раком легкого, затрат на покупку сигарет и отношения населения к курению. Исследование было проведено компанией ЦИОМ (Центр Изучения Общественного Мнения, Алматы) в рамках проекта НИТТ, грант Европейского Союза. Опрос населения проходил в апреле-мае 2010 года, опрошено 1800 респондентов методом личного стандартизированного интервью в возрасте 18 лет и старше, выборка репрезентировала распределение населения Казахстана по регионам и типу поселения, для отбора домохозяйств использована маршрутная выборка, респонденты в домохозяйствах отбирались на основании правила ближайшего дня рождения. Для сравнения были взяты результаты исследования проведенного компанией ЦИОМ в 2001 году в рамках проекта LLH (грант Европейского Союза).

## ***Распространенность курения***

Чтобы определить распространенность явления, необходимо установить, что можно считать таковым. В нашем случае в качестве определения случая курения принимается выкуривание хотя бы одной сигареты (папиросы, трубки) в день. По данным исследования курит примерно треть взрослого населения Казахстана или 29,2%, еще 9,3% курили ранее. Доля куривших мужчин составляет 51,2%, женщин – 9,3%, то есть курение по-прежнему остается «мужской привычкой», поскольку доля курящих мужчин превышает долю курящих женщин в 5,5 раз, но в Казахстане существует тенденция уменьшения этого соотношения, как и во многих развитых странах мира [4]. Если в 2001 году это соотношение было 7, то сейчас эта цифра уменьшилась (5,5 раза) [5, с.187]. Ситуация меняется и в возрастных группах 25-34 и 35-44 года, здесь доля курящих женщин составляет 15,7% и 12,7% соответственно (см. рисунок 1). Самый низкий показатель курения среди женщин отмечен в возрастной группе 55 лет и старше. Среди мужчин самый низкий показатель в возрастной группе после 65 лет, но и он достаточно высок – около 28% мужчин данной возрастной категории.



**Рисунок 1. Распространенность курения по полу и в возрастных группах, соотношение распространенностей по полу, Казахстан, 2010**

Сравнивая с данными подобного исследования, которое было проведено в 2001 году видно, что за десять лет уменьшилось число курильщиков среди мужчин во всех возрастных категориях. Но среди женщин количество курящих в среднем не изменилось, но увеличилось число курящих в возрастных группах 25-34, 35-44, 45-54, 55-64 года, то есть больше женщин стали курить в период репродуктивной и трудовой активности (см. таблица 1). Это особенно опасно, так как по данным ВОЗ в настоящее время стремительно повышаются коэффициенты смертности женщин, ассоциированной с курением [6, с.141].

**Таблица 1. Сравнительный анализ количества курящих по полу и возрасту (по данным исследований 2001 и 2010 гг.)**

Возрастные группы	2001 год	2010 год	2001 год	2010 год
	Мужчины	Мужчины	Женщины	Женщины
18-24 года	63,1%	39,6%	14,3%	7,6%
25-34 года	71,0%	60,9%	14,5%	15,7%
35-44 года	72,0%	57,6%	12,3%	12,7%
45-54 года	65,7%	59,5%	5,4%	10,3%
55-64 года	53,3%	41,3%	2,2%	3,0%
Более 65 лет	42%	27,7%	0,4%	0%
Все возрастные группы	65,3%	51,2%	9,3%	9,3%

Проведение политики государства по запрещению курения дает свои результаты – постепенно уменьшается количество курильщиков, особенно среди мужчин, меньше стала курить молодежь в возрасте 18-24 года. Но не изменилось количество курящих женщин и пик количества курящих людей приходится на наиболее продуктивный возраст от 25 до 44 лет.

Хотя тип нашего исследования – сквозной – не позволяет нам судить о причинности курения, тем не менее, мы можем установить признаки, ассоциированные с

ним. Распространенность курения среди мужчин в городских и сельских поселениях не имеет значимых статистических различий, но городские женщины примерно в 2 раза больше подвержены этой привычке, чем сельские женщины (12,3% и 5,5%). Некурение ассоциировано с высшим образованием – среди людей, имеющих его курят лишь 25%, а также с регулярным соблюдением религиозных предписаний – среди таких людей доля курильщиков составляет только 17,9%.

Тем не менее, анализируя двусторонние связи курения с разными признаками, мы не можем устранить их взаимного влияния или эффекта смешения. Чтобы определить независимые связи курения с разными социально-демографическими признаками применим логистическую регрессию, где в качестве зависимой переменной выступает наличие или отсутствие привычки курения. В таблице 2 приведены признаки, связь которых с курением является независимой, то есть очищенной от эффекта смешения.

**Таблица 2. Анализ признаков, связанных с курением, с применением многовариантной логистической регрессии**

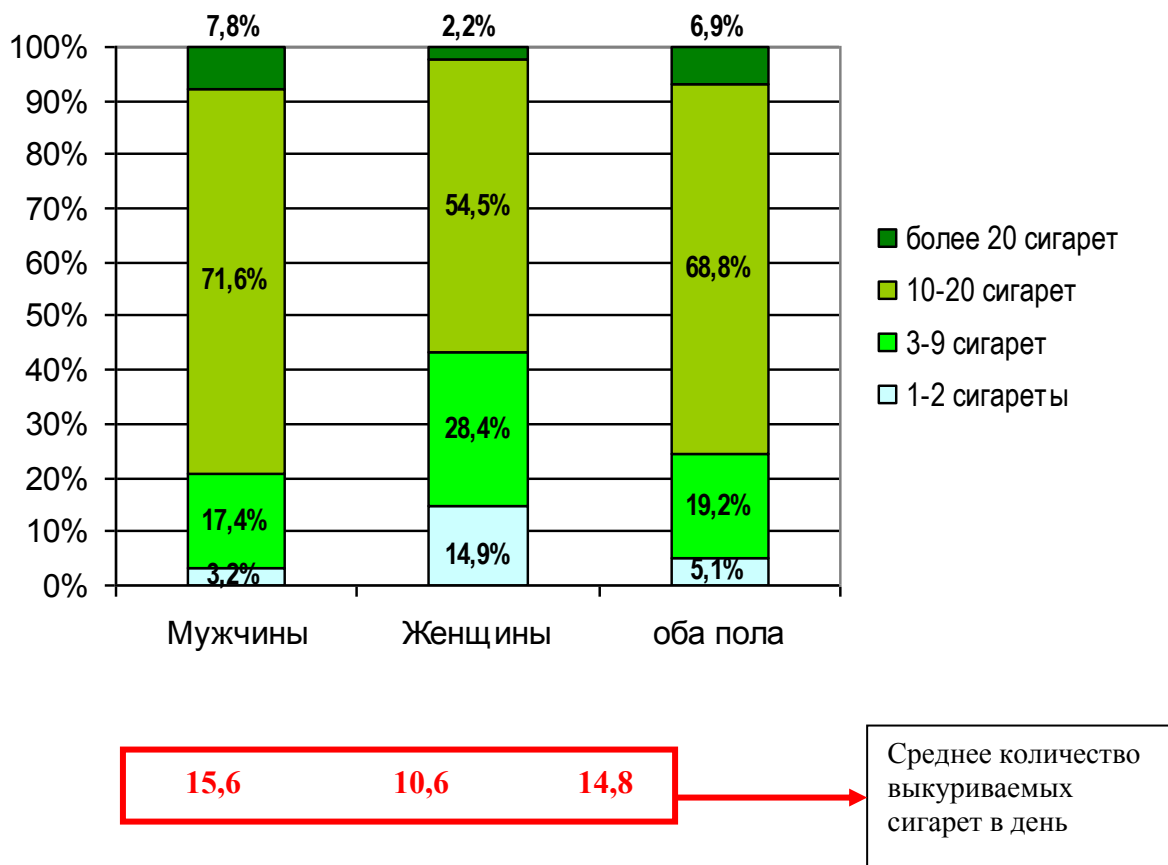
Признаки влияющие на курение	OR*	(95% CI†)
Мужчины по сравнению с женщинами	10.54	8.08-13.74
В возрасте 18-24 года по сравнению с возрастом 55 лет и старше	1.51	0.99-2.29
В возрасте 25-34 года по сравнению с возрастом 55 лет и старше	3.94	2.64-5.87
В возрасте 35-44 года по сравнению с возрастом 55 лет и старше	3.36	2.23-5.06
В возрасте 45-54 года по сравнению с возрастом 55 лет и старше	3.18	2.10-4.82
Регулярно исполняющие религиозные обряды по сравнению с теми, кто регулярно их не исполняет	0.48	0.34-0.69
Имеющие высшее образование по сравнению с теми, кто его не имеет	0.66	0.49-0.88

\* Odds ratio – соотношение шансов

† Confidence interval – доверительный интервал

### ***Продолжительность и интенсивность курения***

Более пачки в день курят 71,6 % курильщиков–мужчин и более половина курильщиков-женщин (54,5%), в среднем в день выкуривает от 10 до 20 сигарет. Мода интенсивности курения у женщин приходится на показатель 10 сигарет (см. рисунок 2). Среднее число сигарет у одного курильщика в день составляет 14,8 штук (15,6 – у мужчин и 10,6 – у женщин). Если сравнить с исследованиями 2001 года этот показатель был несколько ниже – 12,5 штук сигарет в день (13,3 – у мужчин и 8,0 – у женщин). То есть курильщики стали курить больше примерно на 18%.



**Рисунок 2. Интенсивность курения (количество выкуриваемых сигарет в день) среди курящего населения, Казахстан, 2010**

С целью определения курения как фактора риска заболеваний, связанных с органами дыхания, таких как рака легкого, рак трахеи и бронхов, хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ), по рекомендации Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) оценивают индекс курящего человека, выраженный в единицах "пачка/лет" [7]. Этот показатель рассчитывается: число выкуренных сигарет (сутки) x стаж курения (годы)/20 (сигарет в пачке). Одна единица «пачка-лет» представляет собой факт курения одной пачки, или 20 штук, сигарет в день в течение года или 365 дней. То есть человек, куривший в течение 10 лет по две пачки (40 сигарет в день), имеет показатель 20 пачек-лет. Помимо интенсивности курения или количества выкуриваемых сигарет в день для расчета этого показателя принимается во внимание продолжительность курения.

В медицине, число пачка/лет > 10 является достоверным фактором риска развития хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) и рака легких. В том случае, если этот показатель достигает значения 10 пачек-лет, человек считается "безусловным курильщиком". Если он превышает 25 пачек-лет, то человек может быть отнесен к "злостным курильщикам".

**Таблица 2. Распределение респондентов с учетом индекса курящего человека (пачка/лет) 2010.**

	<b>Количество респондентов</b>	<b>%</b>	<b>Достоверный фактор риска рака легких (%)</b>
1-4 пачки/лет	121	23,4	39,3%
5-9 пачки/лет	82	15,9	
10-14 пачек/лет	77	14,9	31,3%
15-19 пачек/лет	59	11,4	
20-24 пачек/лет	26	5,0	
25-29 пачек/лет	32	6,2	
30-34 пачек/лет	21	4,1	29,4%
25-39 пачек/лет	24	4,6	
40-44 пачек/лет	17	3,3	
Более 45 пачек/лет	58	11,2	
Всего:	517	100,0	100%

Из таблицы видно, что около 40% курильщиков курят до 10 пачек/лет, но 14% курящего населения или 4% населения в возрасте от 18 лет и старше имеют показатель пачка-лет, который равен 40 и больше, хотя даже 20 пачек/лет считается фактором риска рака легкого. В 2001 году этот показатель был значительно ниже 9% курившего населения или 1,8% населения. Доля «злостных курильщиков» по данным этого исследования составлял около 17%, «безусловными курильщиками» считались примерно половина курильщиков. На данный момент (по результатам исследования 2010 года) доля «злостных курильщиков» составляет около 30%, а «безусловных курильщиков» – 61%. Таким образом, несмотря на то, что количество курильщиков уменьшилось, число «безусловных» и «злостных» курильщиков увеличилось.

## **Затраты на курение**

Затраты на покупку сигарет населением Казахстана являются достаточно большими. На основании данных нашего исследования можно утверждать, что расходы на сигареты больше и сопоставимы с бюджетом здравоохранения. Согласно программе развития здравоохранения РК на 2011 год выделено около 80 млрд. тенге [8], согласно нашим расчетам курильщики тратят в год около 88 млрд. тенге.

Расчет годовых расходов населения на сигареты основан на следующих исходных данных и предположениях:

- Численность населения Казахстана 18 лет и старше по данным Агентства по статистике РК (на начало 2008 года), составила 10964485 человек.
- Доля курящего населения по данным исследования равна 29.2%, что в перерасчете на взрослое население составляет примерно 3 .197 975 человек.
- Среднее количество выкуриваемых сигарет в день одним курильщиком –14,8 штук.
- Количество выкуриваемых сигарет в день курящим взрослым населением Казахстана равно 47 330 000 штукам или 2 366 500 пачкам.
- Средняя стоимость пачки сигарет на момент проведения исследования составляла 100 тенге или 0,7 долларов США
- Средства, расходуемые взрослым населением Казахстана на курение в день, были равны 1 656 564 долларов США

- Что в пересчете на год дает примерно 605 миллионов долларов США или 88 млрд. тенге

Следует отметить, что эта оценка может быть занижена, поскольку в расчете не были учтены несовершеннолетние курильщики, а также можно предположить, что респонденты не всегда адекватно сообщают данные о курении.

## **Отношение населения к курению**

Большинство населения убеждено в негативном влиянии курения на здоровье курильщика. Влияние курения на здоровье так называемых “пассивных курильщиков”, то есть некурящих людей, которые находятся возле курящих, также оценивается негативно 75% респондентов, но среди курильщиков эта цифра значительно меньше (61,7%). Кроме того, около 20% курильщиков считают, что «пассивное курение» не вредит или оказывает очень слабое влияние на здоровье. Налицо феномен, когда вред курения осознается практически всеми, но распространенность этой привычки по-прежнему остается высокой. Очевидно, это свидетельствует об ограниченном потенциале использования рациональных аргументов в антитабачной кампании.

Абрахам Маслоу предложил классификацию потребностей, в которой они организованы таким образом, что между ними можно определить приоритеты и иерархию по степени важности. Иерархическую систему Маслоу можно свести к трем категориям потребностей: 1) выживание и безопасность; 2) человеческие взаимоотношения, любовь и признание; 3) самоутверждение (уверенность, самовыражение и понимание). Потребность считается невыраженной до тех пор, пока не удовлетворены все потребности более низкого уровня<sup>1</sup>. Когда человек заботится о своем здоровье только при возникновении проблем с ним, он удовлетворяет потребность низшего уровня – потребность в безопасности. Эти непостоянные, ситуативные действия являются реакцией, а не результатом осознанных желаний, реализацией собственных ценностей [9, с.321]. Пока в Казахстане доминируют потребности низкого уровня, например, экономического выживания. По мере разрешения этих проблем мы можем ожидать появление осознанного отношения к своему здоровью, как способа удовлетворения потребности в самоутверждении.

Исходя из вышеизложенного, возможны две стратегии пропаганды здорового образа жизни. Первая нацелена на людей, озабоченных проблемой самовыживания. Для них действенны сообщения, призванные уменьшить опасное поведение, с подтекстом угрозы безопасности жизни. Однако они будут влиять только на тех, кто отождествляет опасность либо с собой либо близкими людьми, их эффект непродолжителен. Вторая стратегия призвана сформировать отношение к здоровью, как базовой ценности, способствующей самореализации и самоутверждению. Ее целевая группа – люди, удовлетворившие свои первичные потребности и молодежь, для которой потребность в самоутверждении наиболее актуальна.

## **Выводы**

Курение по-прежнему остается «мужской привычкой», доля курящих мужчин превышает долю курящих женщин в 5,5 раз и составляет 51,2%. Однако в возрастной группе 25-34 и 35-44 года соотношения доли курящих мужчин к доле курящих женщин равны 3,9 и 4,5 соответственно, что свидетельствует о большем вовлечении в курение женщин репродуктивного возраста. Кроме того, за последние 10 лет количество курящих женщин не изменилось, но в отдельных возрастных категориях увеличилось. Признаками,

связанными с некурением, являются регулярное соблюдение религиозных обрядов и высшее образование. Уровень 40 пачек-лет был эмпирически определен как критический с точки зрения заболевания раком легких. Этот уровень превышен 14% куривших или 4% взрослого населения. Население Казахстана тратит на покупку сигарет примерно 605 миллионов долларов США в год. В Республике Казахстан ведется планомерная законодательная работа по борьбе с табакокурением, большинство населения, особенно некурящие, оценивает влияние курения на здоровье как негативное, но, очевидно, этого недостаточно, чтобы противодействовать этой привычке.

---

Литература:

1. КОДЕКС РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН О ЗДОРОВЬЕ НАРОДА И СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (с изменениями и дополнениями по состоянию на 19.01.2011 г.) [http://www.zakon.kz/zdorov\\_kodex.html](http://www.zakon.kz/zdorov_kodex.html)
2. Закон Республики Казахстан О профилактике и ограничении табакокурения от 10 июля 2002 года N 340, Ведомости Парламента Республики Казахстан, 2002 г., N 16, ст. 149. Дополнения внесены в
3. Закон Республики Казахстан О запрете курения в общественных местах <http://www.zakon.kz>
4. Р.Б. Салтман и Дж. Фигейрас Реформы системы здравоохранения в Европе. Анализ современных стратегий: Пер. с англ. – М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 2000
5. Б. Жусупов, Г.Алимбекова Курение как социальная проблема в Казахстане. Из сб. Образ жизни и здоровье населения новых независимых государств (отв.ред. Х.Хаерпфер, Д.Ротман, С. Туманов – Мн.:2003, - 308 с.) с.187-194
6. Рекомендации по мониторингу табачной эпидемии и борьбе с ней – Всемирная Организация Здравоохранения, Женева, 1999. – 258 с. с.141
7. И.А.Баранова. Проблемы диагностики, оценки тяжести и лечения ХОБЛ, Ж-л "Медицинский Совет" №11-12, 2008
8. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011 – 2015 годы , <http://www.mz.gov.kz>
9. Джеймс Ф. Энджел и др. Поведение потребителей / Питер. – Санкт-Петербург, 1998, с. 321