

УДК 614.2-056.22:312.922:39(574)

**ЭТНОГРАФИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ЗДОРОВЬЯ СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН****Ниязбекова Л.С., Сейдуанова Л.Б., Толеу Е.Т., Садибекова Ж.У.***Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, Алматы,
e-mail: lyazzat.niyazbekova@mail.ru*

В данных исследованиях выявлено определенное влияние этнической, гендерной принадлежности на поведенческие факторы, образ жизни и здоровье сельского населения, определена степень их влияния на те или иные аспекты здоровья человека. Так, выявлено сильное влияние этнической принадлежности на распространенность таких вредных привычек, как употребление табака и алкоголя, на физическую активность, питание, субъективную оценку своего здоровья. Обнаружена опосредованная связь (через особенности питания, образ жизни и профессиональные привычки) между этнической и гендерной принадлежностью и наличием у респондентов тех или иных заболеваний. В настоящих исследованиях была сделана попытка наметить стратегию активных социальных исследований в обществе.

Ключевые слова: этнографические факторы, социальные факторы, гендерные принадлежности, сельское население

**ETHNOGRAPHICAL BASICS OF RURAL HEALTH
OF REPUBLIC OF KAZAKHSTAN****Niyazbekova L.S., Seyduanova L.B., Toleu E.T., Sadibekova Z.U.***Kazakh National Medical University S.D. Asfendiyarov, Almaty, e-mail: lyazzat.niyazbekova@mail.ru*

These studies found some impact of ethnic, gender factors, lifestyle, and health of the rural population, determined their impact on the various aspects of human health. Thus, it revealed a strong influence of ethnicity on the prevalence of such harmful habits like tobacco and alcohol use, physical activity, nutrition, subjective assessment of their health. Detected mediated communication (especially through food, lifestyle and professional habits) between ethnicity and gender and the presence of the respondents of various diseases. In this study, an attempt was made to outline a strategy of active social research in the community.

Keywords: ethnographic factors, social factors, gender identity, rural population

В последние десятилетия во всем мире растет научный интерес к изучению вопросов влияния национальных традиций и обычаев, традиционного быта на здоровье [1]. Этнографические особенности здоровья дополняют картину социального здоровья населения.

Ряд исследований показывает большое значение этнографических факторов на здоровье [5]. В этой связи следует отметить, что исследования по изучению и оценке влияния всего комплекса изменившихся факторов на состояние здоровья сельского населения в Казахстане до настоящего времени не проводились.

Представление о том, что здоровье является следствием социальных, психологических и биологических факторов, разработано уже давно [10]. Социальные факторы, такие, как экономическое неравенство, связаны самым разнообразным образом с состоянием здоровья и благополучия, частотой и уровнем заболеваемости и смертности [11]. Хотя связь здоровья с социальной средой, которую мы населяем, была доказана широким спектром статистических исследований, по-прежнему мало ясно о том, как социальные различия и неравенство влияют фактически на по-

ведение и привычки по отношению к здоровью. Этнография, в традиции натуралистического запроса [7], стремится изучить людей в их повседневной жизни, понять обстоятельства, в которых люди думают, принимают решения и действуют. Через этнографическое участие, наблюдение и анализ можно получить представление о сложных механизмах и отношениях, которые формируют здоровье и благополучие в различных общинах.

Цель исследования: изучение социально-гигиенических и этнографических аспектов здоровья и благополучия сельского населения Казахстана на примере Алматинской области.

Материалы и методы исследования

Объект исследования: население сел Карасайского и Енбекшиказахского районов Алматинской области. Методы исследования визуальной этнографии: наблюдение, интервью, видео- и фотографирование жизни и деятельности сельского населения.

Опираясь на подход смешанных методов [9], мы стремились обобщить и провести анализ данных, собранных через интервью, опрос, наблюдения, психологические и физиологические тесты, и, сопоставив с эпидемиологическими данными других исследований, тем самым понять влияние социальных, культурологических и других факторов, что формируют

здоровье и благосостояние в сельской местности Казахстана.

Результаты исследования и их обсуждение

Общеизвестно, что образование является одним из главных детерминантов здоровья. Наши исследования выявили, что уровень образования опрошенных жителей села в определенной степени зависит от этнической принадлежности. Так, самая высокая доля лиц с высшим образованием встречается среди русских сельчан -13,9%, затем среди уйгуров и казахов – по 9,1%. Среди лиц уйгурской этнической принадлежности встречается самая высокая доля лиц со средним специальным образованием (44,5%), затем идут русские (43,5%). Среди уйгурской этногруппы самый высокий процент лиц с неоконченным средним образованием. Самый наименьший процент таких встречается у турецкой этногруппы.

Начиная со второй половины прошлого столетия, в мире проведено множество исследований по выявлению влияния этнической и расовой принадлежности на употребление алкоголя [2, 3, 4, 6, 8]. Исследования включали как опрос населения, так и клинико-биохимические, генетические исследования. Данные последних исследований доказывают наличие этой связи [2].

Согласно данным нашего опроса, этническая принадлежность влияет на употребление алкоголя. Выявлено, что наибольшая доля лиц, употребляющих алкоголь, наблюдается у лиц русской и казахской этнических групп – по 56%, наименьшая доля – среди сельчан турецкой этнической принадлежности, составив 42% (рис. 1). У лиц уйгурской этнической принадлежности процент

употребляющих алкоголь составил 48%, у лиц других этнических групп – 55%.

Анализ данных показал, что возраст начала потребления алкоголя также зависит от этнической принадлежности (рис. 2). Если среди лиц турецкой этнической группы средний возраст начала потребления алкоголя составил $22,13 \pm 4,59$ лет при минимальном и максимальном возрасте 16 и 30 лет соответственно, то среди русской этнической группы средний возраст составил $19,1 \pm 30,0$ лет, а минимальный и максимальный возраст – 12 и 28 лет соответственно. Немногом старше эти показатели у лиц казахской этнической принадлежности. Показатели сельчан уйгурской и другой этнической принадлежности находятся в середине, между минимальным и максимальным средним возрастом.

Опрос показал, что частота употребления алкоголя также зависит от этнической принадлежности. Так, ежедневно потребляющие алкоголь выявлены только среди респондентов русской (5%) и казахской этнической принадлежности. Среди лиц этих же этнических групп отмечаются относительно высокая доля лиц, употребляющих алкоголь более 3 раз в неделю, с самым высоким процентом у русских респондентов.

Самая высокая доля лиц, потребляющих алкоголь 2-3 раза в неделю, отмечается в группе другой этнической принадлежности – 28,1%, самая наименьшая – у уйгурской этнической группы, 10,9%. Наибольшие проценты респондентов, выпивающих алкогольные напитки реже, чем 1 раз в месяц, выявлены среди уйгурской (61,8%) и турецкой (55,3%) этнических групп, а наименьшие – среди респондентов казахской (22,5%) и русской (28,3%) этнической принадлежности.

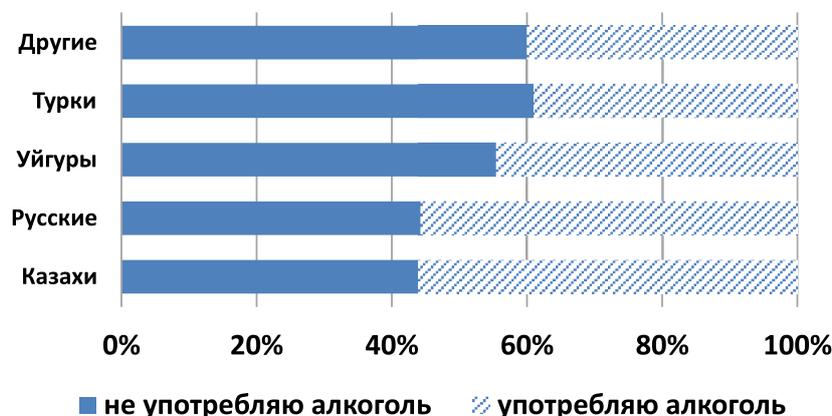


Рис. 1. Доля респондентов, употребляющих алкоголь в зависимости от этнической принадлежности (данные опроса)

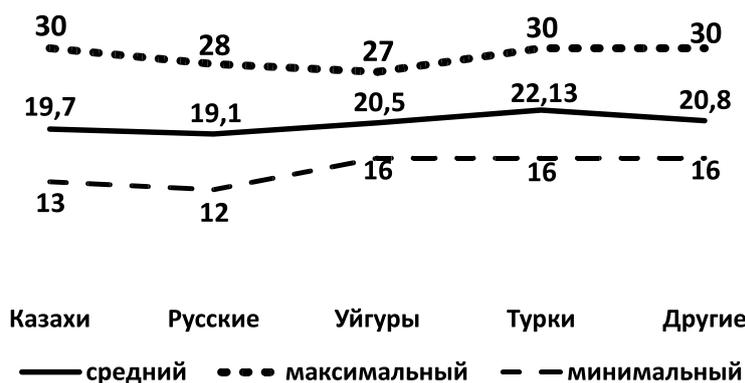


Рис. 2. Средний, минимальный и максимальный возраст начала употребления алкоголя в зависимости от этнической принадлежности (данные опроса)

Таким образом, анализ данных анкетирования, в части употребления алкоголя выявил некоторую связь наличия и силы этой вредной привычки с этнической принадлежностью. Вероятно, это объясняется культурными традициями русского народа в целом, особым местом алкогольных напитков в национальном меню. Относительно высокий процент употребления алкоголя у лиц казахской этнической группы, по данным опроса, по-видимому, являются следствием высокой толерантности казахского этноса к религии, и к исламу – в частности. В противоположность последнему, уйгурский и турецкий народы отличаются высокой религиозностью и являются строгими приверженцами ислама, запрещающего употребление алкогольных напитков.

Данные о соотношении лиц, курящих, бросивших курить и никогда не куривших, в зависимости от этнической принадлежности показывают, что самая высокая доля некурящих, равная 56%, найдена среди лиц уйгурской этногруппы и группы других этносов, самая низкая, в 42% – среди лиц казахской этнической принадлежности. Напротив, наивысший процент курящих респондентов, 44%, отмечен в казахской этногруппе, а наименьший процент, 31% – в группе русской и группе другой этнической принадлежности. В турецкой и уйгурской этнических группах процент курящих сельчан составил 36 и 34% соответственно.

Анализ данных опроса показал, что существуют этнические и гендерные различия в физической активности населения. Так, показатель низкой физической активности несколько выше у женщин казашек и турчанок (25,4% и 20,2%) против женщин русской и другой этногрупп (11,3% и 13,2%). Показатели физической активности мужчин

более высокие, и среди них значимых этнических различий в этом плане не обнаружено (11,7% у мужчин-турков, 12,1% у русских мужчин и 13,9% – у казахов).

По данным опроса, субъективная оценка питания респондентами различной этнической принадлежности немного отличается друг от друга. Так, наибольшая доля лиц, отметивших свое питание как «плохое», встречается в русской и казахской этнических группах – 7,8 и 5,3% соответственно. Процент респондентов, оценивших питание как «не очень хорошее», во всех группах не сильно отличается, начиная от 17,4% в казахской группе и заканчивая 24,5% в группе других этносов. Доля положительно оценивших свое питание во всех группах колеблется в пределах 77-82%.

Анализ кратности ежедневного рациона питания по данным опроса показал, что хуже всего питаются в группе других этносов и казахской группе. Так, доля лиц, питающихся 2 раза и менее, в казахской группе составляет 29,5 и 8,3% соответственно. В группе других национальностей, доля таких респондентов достигает 40,9 и 5,8% соответственно. В остальных этнических группах соотношение лиц, питающихся 2 раза или менее и 3 раза и более приблизительно одинаково: между 1:4 и 1:5.

Таким образом, опрос показал, что, в целом, сельское население оценивает свое питание как «достаточно хорошее» и «хорошее». Однако всё же значительна и доля лиц, оценивших свое питание негативно. Анализ данных опроса выявил существенную связь оценки своего здоровья с возрастом: с возрастом отмечается рост доли негативной оценки своего питания. Зависимость оценки питания от пола также закономерна и не нова. Влияние этнической принадлежности на оценку питания не существенно.

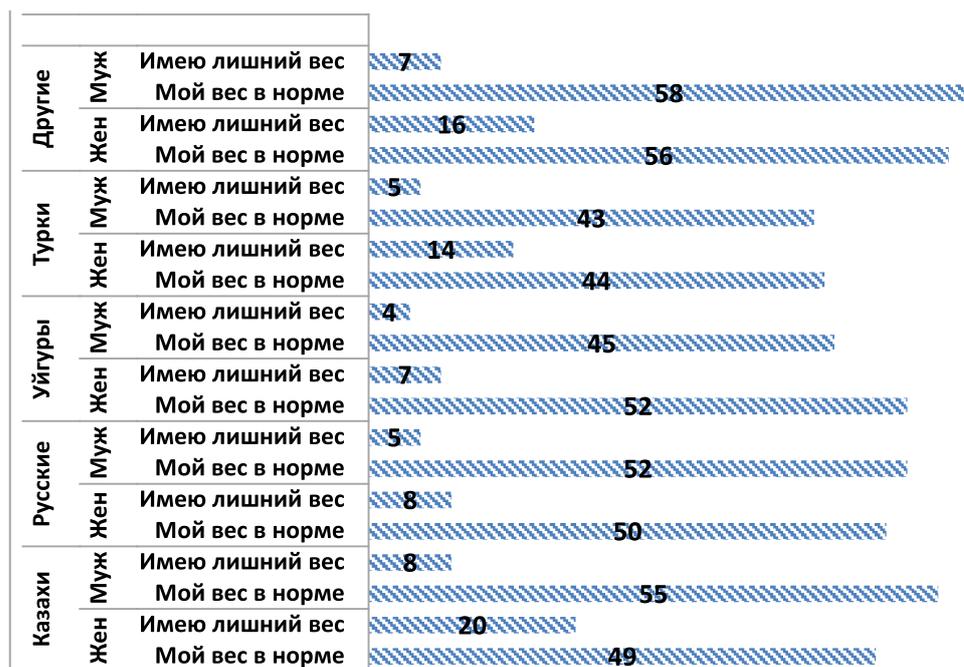


Рис. 3. Указание на наличие лишнего веса в зависимости от этнической принадлежности (данные опроса)

Данные анкетирования показали, что на субъективную оценку здоровья этническая принадлежность не влияет, однако отмечена зависимость её от особенностей образа жизни и деятельности, а также питания.

Так, соотношение опций оценок здоровья во всех группах практически не отличается, например, оценка здоровья как «не очень хорошее» в группах колеблется от 12 до 16%. Единственное, что выделяется – это больший процент респондентов, оценивших свое здоровье как «очень хорошее», в группах казахской и русской принадлежности (8 и 9% соответственно) в отличие от остальных групп. Также, все респонденты, отметившие свое здоровье как «плохое», оказались в группе казахской принадлежности.

Расчет критерия χ^2 с поправкой Йетса свидетельствует о наличии хорошей связи между показателем физической активности и субъективной оценкой здоровья респондентов, а также между показателем физической активности и вероятностью обращения к врачу.

Проведенные научные исследования показали наличие гендерных и межэтнических различий в распространенности множества заболеваний и вредных привычек [1]. Наши исследования не стали исключением.

Среди респондентов, отметивших наличие на их взгляд ожирения и лишнего веса, большая доля принадлежит лицам

казахской (39%) и турецкой этнических групп (31%). У респондентов русской, уйгурской и другой этногрупп таковых было значительно меньше: 11%, 9% и 7% соответственно (рис. 3).

Опрос также показал влияние этнического и гендерного фактора на распространенность ожирения – ожирение чаще встречается у женщин. Так, казашки наличие ожирения у себя отметили в 3 раза чаще, чем казахи (29,3% и 9,7%), турчанки – в 3,4 раза чаще, чем турки (24 и 7%), русские женщины – в 1,5 раза (6,6% и 4,4%). Эти данные показывают, что и среди женщин, и среди мужчин наблюдается влияние этнической принадлежности на распространенность ожирения.

Следует отметить, что здесь прослеживается связь между отмеченным наличием ожирения и частотой употребления таких национальных блюд, как бесбармак, куырдак и плов. Эту связь подтверждает высокая величина критерия Кси-квадрат с поправкой Йетса (7,10 против 5,024).

Также прослеживается выраженная ассоциация между числом лиц, отметивших наличие хронической болезни пищеварительной системы (гастрит, холецистит и др.) и частотой употребления вышеперечисленных национальных блюд ($\chi^2 = 6,3$ при критическом значении 5,024).

Выявлена связь между этнической и гендерной принадлежностью и числом

указания у себя артериальной гипертензии (АГ). Наиболее высокая частота АГ среди опрошенных обнаружена у мужчин другой этногруппы – 4,7% против 0,9% у мужчин – казахов, далее – у мужчин – русских 1,6%. Среди женщин процент с указанной АГ однородный среди всех этногрупп – 2,7–3,1%.

Изучение данных опроса показало влияние этнической принадлежности на частоту наличия заболеваний костно-мышечного аппарата (артрит, артроз, радикулит и пр.). Так, эти заболевания были отмечены больше всего среди мужчин русской (39%), а также турецкой этнических групп (28%), а наименее – среди мужчин-казахов (8%). Среди факторов, влияющих на такое распределение, наиболее вероятными являются питание, физическая активность, профессиональная активность (повседневная активность). Однако, помимо этих факторов, анализ данных опроса выявил связь между наличием заболеваний костно-мышечного аппарата и частотой езды верхом на лошади ($\chi^2 = 5,83$ при критическом значении 5,024).

Соотношение приоритетных детерминантов здоровья в различных группах этнической принадлежности приблизительно схожее. Так, процент лиц, отметивших образ жизни приоритетным фактором здоровья, составил в пределах 43-54%, а генетику – 4-7%. Состояние экологии во всех группах выделили от 13 до 26%, а регулярное прохождение медосмотра 8-12% респондентов. Следует отметить группу казахского этноса, в которой меньше всех назвали состояние экологии, влияющим в большей степени на здоровье человека – 13% против 28% в группе других этносов. В то же время, в этой группе сравнительно большая доля тех, кто считает важным регулярный медицинский осмотр. В группе других национальностей меньше всего тех, кто отметил регулярный медосмотр как фактор здоровья.

Таким образом, в данных исследованиях выявлено определенное влияние этнической, гендерной принадлежности на поведенческие факторы, образ жизни и здоровье

сельского населения, определена степень их влияния на те или иные аспекты здоровья человека. Так, выявлена сильное влияние этнической принадлежности на распространенность таких вредных привычек, как употребление табака и алкоголя, на физическую активность, питание, субъективную оценку своего здоровья. Обнаружено опосредованная связь (через особенности питания, образ жизни и профессиональные привычки) между этнической и гендерной принадлежностью и наличием у респондентов тех или иных заболеваний.

Список литературы

1. Казымов М.С. Этнические особенности распространенности артериальной гипертензии и её факторов риска: дис... д. м.н. – Великий Новгород, 2009. – С. 140.
2. Caetano R., Clark C.L., Tam T. Alcohol consumption among racial/ethnic minorities: Theory and research. // *Alcohol Health & Research World*, Vol 22(4), 1998, 233–238.
3. Emberson J.R., Shaper A.G., Wannamethee S.G., Morris R.W., Whincup P.H. Alcohol Intake in Middle Age and Risk of Cardiovascular Disease and Mortality: Accounting for Intake Variation over Time // *Am. J. Epidemiol.* (1 May 2005)161 (9): 856-863. doi: 10.1093/aje/kwi111.
4. Hansel B., Thomas F., Pannier B., Bean K., Kontush A., Chapman M.J., Guize L. and Bruckert E. Relationship between alcohol intake, health and social status and cardiovascular risk factors in the urban Paris-Ile-De-France Cohort: is the cardioprotective action of alcohol a myth? *European Journal of Clinical Nutrition* 64, 561-568 (June 2010) | doi:10.1038/ejcn.2010.61.
5. Hartley D. Promoting healthy partnerships with rural communities // *In: Community as Partner: Theory and Practice in Nursing*. (6th ed.). – Philadelphia, PA: Lippincott, Williams & Wilkins. – 2011. – P. 366–377.
6. Hvidtfeldt U.A., Tolstrup J.S., Jakobsen M.U., Heitmann B.L., Grønbaek M. et al. Alcohol Intake and Risk of Coronary Heart Disease in Younger, Middle-Aged, and Older Adults *Circulation*. 2010; 121: 1589–1597.
7. Klingner J., Moscovice I., Tupper J., Coburn A., Wakefield M. Implementing patient safety initiatives in rural hospitals // *Journal of Rural Health*. – 2009. – N 25(4). – P. 352–357.
8. Otero-Sabogal R., Sabogal F., Pérez-Stable E.J., Hiatt R.A. Dietary practices, alcohol consumption, and smoking behavior: ethnic, sex, and acculturation differences *Journal of the National Cancer Institute. Monographs* [1995(18):73-82].
9. Saks M. and Allsop J. (2007) *Researching Health: Qualitative, Quantitative and Mixed Methods*. Sage Publications, London.
10. WHO [b](2011) *Kazakhstan Socio Economic Context*.
11. Wilkinson R. and Marmot M. (2003) *Social Determinants of Health: The Solid Facts*. WHO, Copenhagen.