

**НАО «Казахский Национальный Медицинский университет
имени С.Д. Асфендиярова»**

УДК: 614.2:616-055.1

На правах рукописи

ТОЛГАНБАЕВА КАМШАТ АКЖАНОВНА

**Применение технологии формирования профилактической среды по
улучшению здоровья мужского населения**

8D10101-Общественное здравоохранение

Диссертация на соискание ученой степени
доктора философии (PhD)

Научные консультанты

Кульжанов М.К. д.м.н., профессор

Кошербаева Л.К, PhD, профессор

Ергалиев К.А. PhD, профессор

Vidmantas Vaiciulis, PhD, профессор

Алматы, 2026

СОДЕРЖАНИЕ

НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ	3
ОПРЕДЕЛЕНИЯ	4
ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ	5
ВВЕДЕНИЕ	6
1 СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ И ТЕНДЕНЦИИ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ МУЖСКОГО НАСЕЛЕНИЯ В МИРЕ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)	12
1.1 Международные тенденции состояния здоровья и продолжительности жизни мужского населения	12
1.2 Факторы, обуславливающие гендерный разрыв в показателях здоровья мужского населения	14
1.3 Охрана здоровья мужчин в фокусе сферы здравоохранения...	17
2 МЕТОДОЛОГИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ	23
3 АНАЛИЗ ПРЕДОТВРАТИМОЙ СМЕРТНОСТИ У МУЖЧИН В КАЗАХСТАНЕ	34
3.1 Гендерные различия в предотвратимой смертности от ведущих нозологических форм в Республике Казахстан	35
3.2 Уровень региональных показателей предотвратимой смертности у мужчин и женщин в РК	48
4 РЕЗУЛЬТАТЫ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ УРОВНЯ ГРАМОТНОСТИ В ВОПРОСАХ ЗДОРОВЬЯ МУЖЧИН НА ПРИМЕРЕ ГОРОДА АЛМАТЫ	54
4.1 Медицинская грамотность и профилактическая осведомленность мужчин в различных возрастных группах ..	54
4.2 Результаты изучения доступности и удовлетворенности мужчин условиями оказания первично медико-санитарной помощи (в разрезе профессиональных групп)	64
4.3 Практика взаимодействия мужчин с организациями ПМСП: барьеры и возможности	81
5. МОДЕЛЬ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ УЧАСТНИКОВ ПРИ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИИ, НАПРАВЛЕННЫХ НА УКРЕПЛЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ МУЖЧИН	94
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	101
ВЫВОДЫ	104
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ	105
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ	106
ПРИЛОЖЕНИЯ	115

НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ

В настоящей диссертации использованы ссылки на следующие стандарты:
Конституция Республики Казахстан, принятая 30 августа 1995 года.

Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» от 7 июля 2020 года № 360-VI ЗРК.

Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 24 августа 2021 года № ҚР ДСМ - 90. зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан от 24 августа 2021 года № 24094 Об утверждении Правил оказания первичной медико-санитарной помощи.

Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан О внесении изменений в приказ исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 октября 2020 года № ҚР ДСМ-174/2020 "Об утверждении целевых групп лиц, подлежащих скрининговым исследованиям, а также правил, объема и периодичности проведения данных исследований. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 8 июля 2022 года № 28747.

Постановление Правительства Республики Казахстан от 29 февраля 2024 года № 141 «О внесении изменений в постановление Правительства Республики Казахстан от 24 ноября 2022 года № 945 “Об утверждении Концепции развития здравоохранения Республики Казахстан до 2026 года».

Приказ и.о.Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 марта 2023 года № 49. зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан от 30 марта 2023 года № 32160 «Об утверждении Стандарта организации оказания первичной медико-санитарной помощи в Республике Казахстан».

Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 1 февраля 2021 года № ҚР ДСМ- 12. зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 3 февраля 2021 года № 22151 «Об утверждении правил организации, предоставления и оплаты дистанционных медицинских услуг».

Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 октября 2020 года № ҚР ДСМ-174/2020 «Об утверждении целевых групп лиц, подлежащих скрининговым исследованиям, а также правил, объёма и периодичности проведения данных исследова

ОПРЕДЕЛЕНИЯ

В настоящей диссертации применяются следующие термины с соответствующими определениями:

Здоровье – состояние полного физического, духовного (психического) и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов.

Здравоохранение – система мер политического, экономического, правового, социального, культурного, медицинского характера, направленных на предупреждение и лечение болезней, поддержание общественной гигиены и санитарии, сохранение и укрепление физического и психического здоровья каждого человека, поддержание его активной долголетней жизни, предоставление ему медицинской помощи в случае утраты здоровья.

Излечимая смертность (Treatable mortality) - смертность, которую возможно предотвратить применяя эффективные медицинские вмешательства и своевременно оказанными лечебно-диагностическими мероприятиями, а также мерами вторичной профилактики.

Превентивная смертность (Preventable mortality) - смертность, предотвратимая путём применения успешных и эффективных технологии общественного здравоохранения и мерами первичной профилактики.

Предотвратимая смертность (Avoidable mortality) - смертность, которую могли бы избежать путём оказания эффективных и своевременных медицинских услуг.

Технология здравоохранения - знания и навыки, применяемые при процессе диагностики и лечения заболеваний, реабилитации и оказании паллиативной помощи, также программы укрепления здоровья и профилактики, вакцинации, скрининговые и медицинские процедуры, включая информационные системы и компании.

Гендер – это социальная концепция, которая соотносится с биологическим полом, но отличается от него. Понятие “гендер” охватывает социально приобретённые нормы, роли, поведение и характеристики, которые конкретное общество рассматривает в качестве подходящих для женщин и мужчин.

Гендерное равенство - равные возможности мужчин и женщин в плане наличия доступа и использования социальных, экономических и политических ресурсов, таких как услуги здравоохранения, законодательство и политика, а также образовательные ресурсы.

ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ

АМIEHS -	Avoidable Mortality in the European Union
ГПИ/АРС -	годовое процентное изменение /annual percentage change АРС
СПИ/ААРС -	среднегодовое процентное изменение/average annual percentage change.
COVID-19 -	Coronavirus disease 2019
ВОЗ -	Всемирная организация здравоохранения
ВОУЗ -	Всеобщий охват услугами здравоохранения
ВКО -	Восточно-Казахстанская область
ГББ -	Глобальное бремя болезни
ГП -	Городская поликлиника
ДИ -	Доверительный интервал
ИБС -	Ишемическая болезнь сердца
МЗ РК -	Министерство здравоохранения Республики Казахстан
НИЗ -	Неинфекционные заболевания
ОПЖ -	Ожидаемая продолжительность жизни
ООН -	Организация Объединённых Наций
ОСМС -	Обязательное социальное медицинское страхование
ОШ -	Отношение шансов
ОЭСР -	Организация экономического сотрудничества и развития
ЦУР -	Цели устойчивого развития
ЦСЗ -	Центры семейного здоровья
ПМСП -	Первичная медико-санитарная помощь
СКС -	Стандартизированный коэффициент смертности
США -	Соединенные штаты Америки

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность исследования

Вопросы здоровья мужчин приобретают всё большую актуальность в контексте глобальной повестки общественного здравоохранения. По данным международных исследований и отчётов Всемирной организации здравоохранения, мужчины во многих странах мира имеют более низкую ожидаемую продолжительность жизни и более высокие показатели преждевременной смертности по сравнению с женщинами [1,2]. Существенная часть преждевременных смертей среди мужчин связана с поведенческими факторами риска, включая употребление табака и алкоголя, низкий уровень физической активности, нерациональное питание и позднее обращение за медицинской помощью. Данные факторы во многом обусловлены гендерными особенностями социального поведения, культурными установками и недостаточным вниманием к профилактике заболеваний среди мужского населения [3].

Проблема неравенства показателей здоровья мужчин и женщин также характерна для Республики Казахстан. Согласно официальным статистическим данным в 2024 году ожидаемая продолжительность жизни населения страны составило 75,4 года, а разница в продолжительности жизни между женщинами и мужчинами насчитывает почти 8 лет, так как у женщин этот показатель равняется 79,4 годам, у мужчин - 71,3. Выявленная несоразмерность уровня продолжительности жизни между мужчинами и женщинами свидетельствует о имеющемся потенциале в реализации оказания медицинской помощи, направленной на мужское население [4].

Наряду с этим, результаты последних исследований также указывают на то, что в стране показатели смертности среди мужчин устойчиво превосходят соответствующий показатель среди женщин. По данным которых показатели смертности среди мужчин было в среднем 753 случаев, рассчитанные на 100 тысяч населения, также за период с 2014-2022 гг. темпы роста показателей смертности у мужчин значительны по сравнению с показателями женщин [5].

Чрезвычайную важность в этом отношении имеют поведенческие и социальные факторы, определяющие здоровье мужчин. Стандартно контекст мужского здоровья предполагает в большей степени вопросы, ассоциируемые болезнями мочеполовой системы или органов репродуктивной системы. Между тем, недостаточное осознание полного физического, психического и социального благополучия как целостной составляющей понимания здоровья не соответствует полной характеристике здоровья.

Результаты исследования, проводимых в области общественного здравоохранения свидетельствуют о существующем расхождении в уровне состояния здоровья между мужчинами и женщинами, что обусловлено помимо биологической причины, но и различиями в образе жизни, ролями в социуме, нормами культуры и ответственностью за собственное здоровье и активности в посещении медицинских организации. Следовательно, выработка научных и

доказательных подходов по сохранению и укреплению здоровья мужчин предполагает целостное рассмотрение многих характеристик мужского населения, равно как и детерминанты поведения в отношении здоровья [6,7].

Учитывая вышеизложенное, проблема укрепления здоровья мужчин приобретает особую социальную и научную значимость. Снижение предотвратимой смертности, повышение уровня профилактической активности и формирование здорового образа жизни среди мужчин являются важными направлениями развития системы здравоохранения и реализации стратегических целей общественного здоровья. В связи с актуальностью избранной темы, была запланирована данная работа.

Цель исследования: Совершенствование механизмов профилактики и снижения распространённости поведенческих факторов риска развития заболеваний среди мужского населения г.Алматы.

Задачи

1. Оценить уровень предотвратимой смертности среди мужского населения в Республике Казахстан в разрезе предотвратимых и излечимых причин смертности.

2. Проанализировать распространённость факторов риска, определяющие образ жизни мужчин.

3. Определить знания и установки мужчин в отношении собственного здоровья.

4. Изучить представления мужчин и медицинских специалистов об использовании услуг ПМСП мужчинами, а также барьеры и факторы, способствующие привлечению их к участию в профилактических программах.

5. Разработать рекомендации по совершенствованию технологии профилактических услуг, предоставляемых мужскому населению.

Объекты исследования: мужчины в возрасте 18 лет и старше.

Предмет исследования:

- 1) показатели предотвратимой смертности от основных заболеваний у мужчин.
- 2) поведенческие факторы риска мужчин
- 3) уровень знаний и установок в отношении собственного здоровья.
- 4) опыт обращаемости мужчин в организации ПМСП.

Методы исследования:

В работе использован комплексный подход, включающий аналитические, эпидемиологические, количественные и качественные методы исследования.

1. Аналитический метод был использован при проведении углубленного библиографического анализа отечественных и зарубежных научных данных.

2. Эпидемиологическое исследование проведено для оценки предотвратимой смертности населения Республики Казахстан за 2015–2021 гг. Использованы данные Бюро национальной статистики РК и РГП на ПХВ «Информационно-вычислительный центр». Анализ предотвратимой смертности был проведен методом ОЭСР, рассчитывались абсолютные и относительные изменения и среднегодовые темпы изменения.

3. Одномоментное социологическое количественное исследование проведено среди мужчин города Алматы с целью определения уровня грамотности и самосохранительного поведения мужского населения, направленного на поддержание здоровья.

4. Проведено качественное описательное исследование с использованием полуструктурированных глубинных интервью среди мужчин и медицинских работников ПМСП г. Алматы с целью изучения представлений заинтересованных сторон об использовании услуг ПМСП мужчинами и доступности услуг, а также выявления пробелов и возможности для привлечения заинтересованных сторон к внедрению программ, способствующих укреплению здоровья.

5. На основании результатов количественного и качественного этапов систематизированы результаты исследования, проведены контент-анализ, аналитическое обобщение и экспертная оценка с целью разработки приоритетной модели по формированию профилактической среды для мужчин.

Научная новизна и значимость

Впервые в Казахстане проведён анализ предотвратимой смертности среди мужчин с оценкой динамики превентивной и излечимой смертности в разрезе основных причин смертности, региональных особенностей. Установлено, что уровень предотвратимой смертности среди мужчин более чем в два раза превышает показатели женщин, а в структуре причин предотвратимой смертности у мужчин лидирующие позиции занимают болезни системы кровообращения, органов дыхания и травм, а также онкологические заболевания.

Впервые проведено исследование поведенческих факторов риска, уровня медицинской грамотности и профилактической активности мужчин трудоспособного возраста. Выявлены возрастные, социальные и профессиональные различия в отношении мужчин к собственному здоровью, обращаемости за медицинской помощью и участию в профилактических программах. Подтверждено, что мужчины подвержены к рискованному поведению в отношении здоровья и характеризуются недостаточной вовлеченностью в программы скрининга и профилактики.

Впервые изучено мнение медицинских работников ПМСП о проблемах консультирования мужчин по вопросам здорового образа жизни и профилактики хронических неинфекционных заболеваний. Определены структурно-организационные и мотивационные барьеры, ограничивающие эффективность профилактических мер.

На основании результатов исследования впервые разработана межсекторальная риск-ориентированная модель «Формирование профилактической среды для мужчин», предусматривающая интеграцию организации ПМСП, работодателей и самих мужчин в единую систему профилактического сопровождения. Предложенная модель основана на принципах персонализированного подхода, стратификации рисков,

цифровизации профилактических результатов и активного вовлечения мужчин в процессы сохранения и укрепления собственного здоровья.

Практическая значимость работы

Данное исследование имеет практическое значение для оптимизации организации первичной медико-санитарной помощи и профилактических услуг мужскому населению Республики Казахстан. Установленные возрастные и профессиональные отличия в поведении в отношении здоровья способствуют определению рискованных групп мужчин и обоснованию целесообразности внедрении мер по укреплению и сохранению здоровья мужчин.

Полученные данные о недостаточном уровне вовлеченности мужчин в профилактические услуги доказывают о необходимости совершенствования механизмов оповещения и осведомления, организации поддержки при предоставлении профилактической помощи на уровне ПМСП. Определенные барьеры, в том числе и перегруженность медицинских специалистов подтверждают необходимость совершенствования организации работы медицинских организации ПМСП и реализации проактивных форм оказания профилактической помощи.

Практическая ценность исследования вместе с тем заключается в подтверждении необходимости реализации межсекторальных и гендерно-специфических программ укрепления и сохранения здоровья мужчин, нацеленные на сокращение распространенности факторов риска, повышение медицинской активности и формирования ответственных установок в отношении собственного здоровья. Применение результатов исследования в практической деятельности организации ПМСП может помочь снизить показатели предотвратимой смертности, повышению качества и продолжительности жизни мужского населения.

Основные положения, выносимые на защиту

1. Проведенный анализ по определению уровня предотвратимой смертности в Казахстане выявил стабильно высокие показатели смертности среди мужчин, отличающиеся значительными различиями в полах и региональной разнородностью, что указывает о структурной уязвимости мужского населения к корректируемым причинам смерти и обосновывает целесообразность продвижения гендерно ориентированных профилактических стратегий с учетом региональных особенностей.

2. При всем имеющемся приемлемом уровне формальных знаний мужчин о профилактических осмотрах и скрининговых программах, не повышается практическая активность и вовлеченность в профилактические услуги, что свидетельствует о несоответствии между осведомленностью населения и эффективностью предоставляемых профилактических услуг, особенно среди мужчин, занятых трудовой деятельностью.

3. Слабая приверженность мужчин к профилактическим мероприятиям ПМСП вызвана как недостаточной осведомленностью о профилактических программах, так и низким уровнем доверия к качеству медицинских услуг, организационными барьерами доступа и социально -культурными нормами, а

также типичными установками поведения в отношении здоровья, проявляющиеся поздним обращением в медицинские организации только при выраженных симптомах заболевания и осложнениях.

4. Повышение активности участия мужчин в программы укрепления здоровья нуждается в адаптации деятельности ПМСП к особенностям мужского населения, учитывая профессиональную занятость, организация профилактических технологии на рабочих местах, повышение медицинской грамотности, улучшение коммуникативных компетенций медицинских работников и вовлечение близкого окружения, членов семьи в формирование установок ответственного отношения к собственному здоровью.

Личный вклад докторанта. Представленная работа является авторским трудом Толганбаевой Камшат Акжановны, где ею проведён самостоятельно обзор современной литературы по теме диссертации, спланированы и проведены все этапы исследования. В результате работы автором адаптирован, валидирован и автоматизирован для мужчин города Алматы специализированный опросник на русском и казахском языках. Разработан структурированный чек лист для комплексной оценки факторов риска здоровья мужчин, применяемый в практике среднего медицинского работника организации первичной медико-санитарной помощи. Проведены расчёты предотвратимой смертности в разрезе излечимой и превентивной смертности по основным нозологиям по четырём региональным областям Республики Казахстан.

Апробация практических результатов.

Результаты и выводы диссертационного материала были представлены и доложены на следующих Конференциях:

- с постерным доклад под номером P158 на 10-м Национальном конгрессе и 3-м Международном Иранском конгрессе эпидемиологии. «Preventable mortality of men from endocrinological diseases in Kazakhstan».

- с докладом, под названием «Предотвратимая смертность в Западно-Казахстанском регионе страны» на 2-й Международной Конференции «Современный научный метод» (23-24 февраля 2023 года, Вена, Австрия).

- с докладом на Международной Конференции «Грамотность в вопросах здоровья: вызовы перспективы» «Знания, отношение и установки мужчин, связанные с медицинской грамотностью» (г. Алматы, 16 апреля 2025 г.).

- с докладом на Международном форуме «ANaMedUniForum, новое поколение-2025» выступила с докладом на тему «Доступность медико-профилактической помощи мужскому населению г. Алматы» для выступления» (секция Общественное здравоохранение: история, достижения и новые горизонты, г.Алматы, 5 июня 2025 г.).

В рамках диссертационной работы оформлено авторское свидетельство (Свидетельство о внесении в государственный реестр прав на объекты, охраняемые авторским правом № 70453 от «20» апреля 2026 года), и зарегистрированы акты внедрения (ТОО «Темир Пром XXI» строительная компания SABA Group, ГКП на ПХВ «Алматы Су», АО «Тәртіп», Поликлиника

при Региональном военном госпитале КНБ РК в городе Алматы, Поликлиника при Городской клинической больнице №5 УОЗ города Алматы), подтверждающие практическую применимость научных результатов.

Публикации по теме диссертации:

По материалам диссертационной работы опубликовано 4 статьи, из них 2 в журналах, индексируемых в международных базах данных Web of Science Core Collection и Scopus:

- “Trends in avoidable mortality in Kazakhstan from 2015 to 2021” (International Journal of Health Policy and Management, входит в первый квартиль Q1 по импакт фактору в соответствии данным Journal Citation Reports).

- “Men’s Access to Medical and Preventive Care in Almaty: A Cross-Sectional Study by Occupation” (American Journal of Men’s Health, журнал входящий во второй квартиль Q2 по импакт фактору).

и 2 статьи в журналах, входящих в перечень изданий, рекомендуемых Комитетом по обеспечению качества в сфере науки и высшего образования Министерства науки и высшего образования Республики Казахстан:

- «Политика в области охраны здоровья мужчин» (Фармация Казахстана).

- «Treatable mortality in genitourinary system disease» (Наука и здравоохранение).

и тезисы:

- в сборнике материалов Международной научной конференции студентов и молодых ученых «ФАРАБИ ЭЛЕМИ», Алматы, Казахстан, 6-8 апреля 2023 г. – Алматы: Эл фараби атындағы Қазақ ұлттық университеті, 2023. – 190 с. ISBN 978-601-04-6274-8

- в сборнике материалов 2-й Международной научной конференции «Современные научные методы» Вена, Австрия ISBN 978-9-6745-7628-8. DOI 10.5281/zenodo.7679346.

Объем и структура диссертации

Диссертация представлена в тексте на 136 страницах и включает в себя нормативные ссылки, определения терминов, список сокращений и обозначений, введение, обзор литературы, описание материалов и методов, результаты собственных исследований, заключения, выводы и список использованной литературы. Работа объединяет в себе 24 таблиц и 11 рисунков. Библиографические списки включают 118 источников.

1 СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ И ТЕНДЕНЦИИ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ МУЖСКОГО НАСЕЛЕНИЯ В МИРЕ (обзор литературы)

1.1. Международные тенденции состояния здоровья и продолжительности жизни мужского населения

Состояние здоровья мужского населения на международном уровне характеризуется устойчивым гендерным неравенством по показателям ожидаемой продолжительности жизни и смертности, что рассматривается как значимая проблема общественного здравоохранения [8-10].

По актуальным глобальным оценкам, в 2023 году ожидаемая продолжительность жизни мужчин в мире составляет около 70,8 года, тогда как у женщин — около 76,0 года, что формирует устойчивый гендерный разрыв более 5 лет [8].

Подобное положение отмечается в других странах мира. Показатели ожидаемой продолжительности жизни стран, входящих в Европейский Союз, достигли 78,9 лет, а у женщин 84,2 года, тем самым подтверждая гендерный разрыв [11].

В 2023 показатели ожидаемой продолжительности жизни мужчин в странах Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) достигла 78,5 лет, тогда как у женщин данный показатель был выше на 5,2 года и составил 83,7 года [9].

Показатели мужчин (75,8 года) и женщин (81,1 год) по ожидаемой продолжительности жизни тоже свидетельствуют о наличии диспропорции около 5,3 года в пользу показателей женщин [10].

Особенно выраженная разница сохраняются в странах Центральной и Восточной Европы, где разрыв в продолжительности жизни превышает значения, характерные для стран с высоким уровнем дохода.

За 2023 год в Российской Федерации ожидаемая продолжительность жизни мужчин достигла около 68 года, а у женщин — 78,7 года; гендерный интервал выше 10 лет, является одним из самых высоких показателей в группе сравниваемых стран [12].

Разрыв между значениями в показателях ожидаемой продолжительности жизни между мужчинами и женщинами в Японии за 2025 год составило 6,1 год, где у женщин - 88,2 года, а у мужчин было около - 82,2 лет [13].

Аналогичная ситуация проявлена и в Казахстане. По оценкам официальных статистических органов страны в 2024 году показатели ожидаемой продолжительности у женщин составил 79,42 года, тогда как у мужчин показатель был ниже - 71,33, что сформировало разрыв в пользу женщин в 8,1 год. Общая ожидаемая продолжительность жизни населения Казахстана в том же году составила 75,44 года [14].

Данные предыдущих лет также свидетельствуют о доминирующем положении женщин по продолжительности жизни в Казахстане: согласно официальной статистике за 2023 год, мужчины жили в среднем 70,99 года, женщины — 79,06 года; гендерный разрыв тогда составил более 8 лет. В

региональном разрезе ожидаемая продолжительность жизни варьируется: самые высокие показатели отмечены в городах Алматы и Астане, самые низкие — в области Ұлытау [15].

Следует подчеркнуть, что гендерные различия в ожидаемой продолжительности жизни усугубляются выраженным социально-экономическим градиентом здоровья. В среднем по странам ОЭСР 30-летний мужчина с уровнем образования ниже среднего живёт на 6–7 лет меньше, чем его ровесник с высшим образованием; среди женщин аналогичный разрыв составляет около 4 лет [9]. В странах Центральной и Восточной Европы различия в продолжительности жизни мужчин с разным уровнем образования могут превышать 10 лет.

Показатели смертности среди мужчин трудоспособного возраста (25–64 года) с низким уровнем образования остаются существенно выше по сравнению с мужчинами, имеющими высшее образование. Основные причины преждевременной смертности включают болезни системы кровообращения, злокачественные новообразования и последствия поведенческих факторов риска, таких как курение, злоупотребление алкоголем, низкая физическая активность и нерациональное питание [9-10].

Таблица 1-Показатели ожидаемой продолжительности жизни мужчин и женщин в различных странах мира, (лет)

Страны	Год	Показатели мужчин	Показатели женщин	Гендерный разрыв
показатели по миру	2023	70,8	76	5,2
Европейские страны	2023	78,9	84,2	5,3
Страны ОЭСР	2023	78,5	83,7	5,2
США	2023	75,8	81,1	5,3
Россия	2023	68	78,7	10,7
Казахстан	2024	71,33	79,42	8,1
Япония	2025	82,1	88,2	6,1

Таким образом, последние мировые данные статистики доказывают стабильный и системный характер гендерного дисбаланса в показателях ожидаемой продолжительности жизни (Таблица1). Независимо от уровня социально-экономического развития страны, мужчины живут значительно меньше женщин. Гендерный разрыв особенно заметен в странах Восточной Европы, Российской Федерации и ряде стран Центральной Азии, включая Казахстан, где разница в продолжительности жизни превышает 8 лет.

Гендерные различия обусловлены как биологическими, так и социальными, экономическими и поведенческими факторами. Социально-экономическое неравенство, уровень образования, особенности обращения за медицинской помощью и поведенческие риски продолжают усиливать различия в состоянии здоровья между мужчинами и женщинами.

Полученные данные подтверждают необходимость разработки и внедрения комплексных технологий формирования профилактической среды, ориентированных на мужское население, с учётом международного опыта и выявленных факторов риска.

1.2. Факторы, обуславливающие гендерный разрыв в показателях здоровья и продолжительности жизни мужчин

Гендерный разрыв в показателях здоровья и ожидаемой продолжительности жизни формируется под влиянием комплекса взаимосвязанных биологических, социальных, экономических, поведенческих и институциональных факторов. Современные исследования в области общественного здравоохранения подтверждают, что различия в состоянии здоровья мужчин и женщин не могут быть объяснены исключительно биологическими особенностями пола, а обусловлены многоуровневой системой социальных детерминант и моделей поведения [16-19].

Социально-экономические детерминанты

На состояние здоровья мужчин существенное влияние оказывают социально-экономические условия, включая уровень образования, доход, занятость, этническую принадлежность, инвалидность и социальный статус. Установлено, что неблагоприятное социально-экономическое положение ассоциируется с более высокими показателями летальности, заболеваемостью хроническими неинфекционными заболеваниями, и сокращенной продолжительностью жизни. Неравенство в уровне состояния здоровья отчётливо прослеживается среди мужчин: различия в ожидаемой продолжительности жизни в зависимости от уровня образования в ряде стран превышают 10 лет. Повышенные показатели смертности среди менее образованных мужчин трудоспособного возраста обусловлены более высокой распространённостью факторов риска, ограниченным доступом к медицинским услугам и более низкой медицинской грамотностью [20-22].

Дополнительными факторами неравенства выступают безработица, социальная изоляция, нестабильность занятости и бедность, которые способствуют росту психоэмоционального напряжения и формированию деструктивных моделей поведения.

Поведенческие факторы риска

Значительный вклад в гендерный разрыв вносят поведенческие факторы риска, распространённость которых среди мужчин выше, чем среди женщин. К ним относятся курение, чрезмерное употребление алкоголя, нерациональное питание и низкая физическая активность [23].

В Европейском регионе ВОЗ сохраняются наиболее высокие показатели потребления алкоголя на душу населения (9,7 литра в 2018 г.), при этом мужчины употребляют алкоголь чаще и в больших объёмах, чем женщины [24]. Уровень употребления табака среди мужчин также остаётся значительно выше: несмотря на снижение глобальной распространённости курения с 50% в 2000 году до 38,6% в 2018 году, данный фактор продолжает формировать

значительную долю глобального бремени болезней [25]. Избыточная масса тела и ожирение приобрели характер глобальной эпидемии. С 1975 года распространённость ожирения утроилась [26]. В ряде стран мужчины демонстрируют более высокие показатели избыточной массы тела и ожирения, что существенно увеличивает риск сердечно-сосудистых заболеваний. Снижение индекса массы тела ниже 25 кг/м^2 ассоциировано со значительным уменьшением десятилетнего риска ишемической болезни сердца у мужчин [27-28].

Неинфекционные заболевания как ведущая причина преждевременной смертности

Основное бремя преждевременной смертности среди мужчин формируют неинфекционные заболевания (НИЗ), прежде всего сердечно-сосудистые заболевания, онкологические болезни, сахарный диабет и хронические респираторные заболевания. В Регионе стран Америки вероятность смерти мужчин в возрасте 30–70 лет от четырёх основных НИЗ составляет 17,8%, что существенно выше, чем у женщин (12,6%) [29].

Во многих странах мира стандартизированные по возрасту показатели летальности от сахарного диабета у мужчин выше по сравнению с показателями летальности среди женщин [30,31]. Уровень заболеваемости онкологическими заболеваниями у мужчин также значительно превышает показатели женщин в среднем на 25% [32]. Сердечно-сосудистые заболевания остаются доминирующей причиной смерти мужчин до 80 лет, что объясняется как биологическими различиями, так и более высокой распространённостью факторов риска [33-34].

Психическое здоровье и суицидальное поведение

Гендерные различия отчётливо проявляются и в сфере психического здоровья. Мужчины значительно реже обращаются за профессиональной помощью при депрессии, тревожных расстройствах и других психоэмоциональных нарушениях [35–36]. Во многих странах на мужчин приходится до трёх четвертей смертей от самоубийств [36].

Социальные нормы маскулинности, предполагающие автономность, эмоциональную сдержанность и избежание демонстрации уязвимости, формируют барьеры для обращения за психологической поддержкой [37-38]. Мужчины чаще проявляют внешние формы реагирования (агрессия, злоупотребление психоактивными веществами), что может маскировать депрессивные состояния и затруднять своевременную диагностику [39].

Несмотря на общее снижение глобальных показателей смертности от суицида в период 2000–2016 гг., мужчины по-прежнему совершают суицид почти в два раза чаще женщин [40].

Медицинская активность и грамотность

Исследования демонстрируют, что мужчины реже проходят профилактические осмотры и скрининговые обследования (колоректальный рак, диабет, гиперхолестеринемия), реже пользуются услугами первичной

медико-санитарной помощи и чаще откладывают обращение за медицинской помощью [41-43].

Медицинская грамотность рассматривается как важный детерминант поведенческих моделей здоровья. Недостаточный уровень осведомлённости в вопросах здоровья связаны с широким распространением табакокурения, злоупотребление большим количеством алкоголя, ожирением и наличием имеющихся хронических заболеваний [44-46]. В некоторых странах разница в уровне медицинской грамотности между мужчинами и женщинами, не в пользу мужчин, уже подтверждены [47-49].

Формирование медицинской грамотности тесно связано с образовательным уровнем, доходом, социальными связями и доступом к медицинской информации. Недостаточная ориентация государственных стратегий на развитие медицинской грамотности мужчин ограничивает эффективность профилактических программ [50-52].

Гендерные аспекты инфекционных заболеваний и пандемии COVID-19

Пандемия COVID-19 выявила выраженные гендерные различия в течении заболевания. В ряде стран Европы показатели госпитализации и летальности среди мужчин старших возрастных групп существенно превышали аналогичные показатели среди женщин [53-57]. Мужчины чаще нуждались в интенсивной терапии, что свидетельствует о более тяжёлом течении заболевания.

Данный феномен подтверждает повышенную уязвимость мужского населения к тяжёлым инфекционным заболеваниям и подчеркивает необходимость учёта гендерных особенностей при разработке стратегий реагирования на чрезвычайные ситуации в сфере здравоохранения.

Обзор демонстрирует существующие расхождения в показателях, отражающих состояние здоровья и продолжительности жизни между мужчинами и женщинами во многом зависят и складываются от влияния нескольких факторов, таких как экономическое и социальное благополучие, установки в поведении, активность в отношении здоровья, осведомлённость, а также биологические и медико-эпидемиологические особенности.

Рискованное поведение в отношении здоровья и наличие факторов риска, не вовлечённость в медицинские организации, правила маскулинности и социальное давление и неравенство в состоянии здоровья между гендерами, все это формируют негативные последствия для состояния здоровья мужского сообщества. В следствии этого, решение вопросов снижения гендерного дисбаланса в состоянии здоровья должно включать и учитывать не только лечебные интервенции и технологии. Следует придерживаться целостного и межсекторального подхода, с учётом формирования среды при которой профилактические меры будут оказаны результативно, так как учёт нужд мужчин в повышении осведомлённости в вопросах здоровья, формирование здорового образа жизни играют немаловажную роль в корректировке поведения и отношения к собственному здоровью.

Таким образом, выявленные факторы обосновывают необходимость разработки и внедрения гендерно-ориентированных профилактических технологий как ключевого направления государственной политики, направленной на охрану здоровья мужского населения.

1.3 Охрана здоровья мужчин в фокусе сферы здравоохранения

За последние десять лет проблема охраны здоровья мужчин стала актуальной в глобальном масштабе [1]. Несмотря на данную тенденцию исследования здоровья мужчин были направлены на изучение причин травм, на проблемах и заболеваниях, связанных с репродуктивной системой мужчин [58-61]. Изучая достижения в области охраны здоровья мужчин были определены политические направления развития общественного здравоохранения, разработка специализированных программ, действия и инициатив. Вместе с тем, обнаруживаются пробелы определения базовых концепции и теоретических принципов, влияющие на повышение знания об уходе, направленного на мужское сообщество. Однако, уже имеющиеся данные о фактах реализации концепции и стратегии в области здравоохранения, аналитические факты и разработки, специализирующиеся на проблеме мужского здоровья, вносят значительный вклад в дополнении данного контекста проблем [62-64]. Следовательно, инициативы и концепции реализации программ по охране мужского здоровья, смогут решить ряд принципиальных задач, позволяющих приоритизировать действия и технологии, позволяющие повысить здоровье мужчин. Первостепенно, необходимо ориентироваться на реальные потребности мужского здоровья, обеспечение квалифицированной медицинской помощью и уходом, привлечение внимания медицинского и научного сообщества на данный контекст, а также усиление политической и лидерской воли у лиц, принимающих управленческие решения.

Anderson Reis de Sousa соавторами провели анализ концепции охраны здоровья мужчин сквозь призму системы здравоохранения и определили её основные предшествующие и последующие составляющие элементы [65]. Ими были определены термины, определяющие основные концептуальные мысли, также сделаны выводы о том, что концепция учитывала элементы заботы о здоровье мужчин, основанных на различиях между мужчинами и женщинами в аспектах поведения, стереотипов и отношения к собственному здоровью, влиянии окружающей среды и жизни. Исследователи в данной области учитывают необходимость более глубокого понимания современной практики предоставления медицинских услуг, а также разработки практических рекомендаций для их эффективного применения в повседневной деятельности.

При изучении составляющих элементов концепции охраны здоровья мужского населения выявлены явно выраженные особенности, имеющие различные последствия и причины, что и стало основой структурных изменений в предоставлении медицинской помощи, учитывая социальные, культурные, исторические особенности мужского бытия и гендерные

различия, принципы маскулинности, сексуальной идентичности, а также других детерминант здоровья (расы, этническая принадлежность, пол и т.д) [66-67].

Таким образом, были выделены следующие критерии: внутриличностный, поведенческий, межличностный, организационный, структурный, экологический и трансперсональный, рассматриваемые в социокультурном и территориальном аспектах.

При разработке концепции, основанной на выявлении важных элементов, выводы, касающиеся мужского здоровья, занимают более центральное значение и чаще появляются в отношении совокупности действий, установок, характеристик, понятий и определений, состояний, мотивов, ориентиры, восприятия, позиции, чувства и переживания вытекают из построенной мужской личности. Помимо этого, все они связаны с принципами, ценностями, субъективными ощущениями, воображением и смыслом, которые являются основанием при формировании установок поведения и образа жизни, влияющие на здоровье [68-70].

Вопросы здоровья у мужчин все еще остаются важным атрибутом субъектного аспекта личности, представления которого во многом продиктованы доминирующим чувством маскулинности. Данный факт способствует негативному проявлению в поведенческих установках мужчин, в том числе и по самоуходу, где проявляются единоличие и рискованные меры, особенно в самолечении, несвоевременном обращении в медицинские организации за помощью, также неприверженностью к профилактическим услугам и программам укрепления здоровья.

Еще одним особенным проявлением в концепции здоровья считается чрезмерное концентрация внимания на аспектах физического здоровья, что означает фокусирование на внешних проявлениях здоровья тела, питания, уходом и гигиеной, позволяющие облегчить уход при нарушении состояния здоровья, включающие терапевтические, диагностические и профилактические меры. Несмотря на это, концепции мужского здоровья не ограничивается вышеупомянутыми атрибутами. Обзор вариативности существующих моделей поведения мужчин, определяющие мужскую идентичность, позволяют развитие совершенных подходов к оказанию медицинских услуг, отражающие динамику прогрессивных изменений, временных и переходных процессов, влияющих как на индивидуальном, так и на популяционном уровне общества [71-72].

Основными атрибутами межличностного общения являются такие атрибуты, как наличие феноменов взаимоотношений, когда мужчины взаимодействуют с людьми, которые являются частью их социального окружения, а также между ними [73]. Эти атрибуты также связаны с существующими психосоциальными отношениями и устанавливаются на основе символических взаимодействий, наблюдаемых при доступе к медицинским услугам и/или обращении за ними, оказании или получении помощи и/или поддержки, таких как обмен, сближение и отношения в семейном окружении, работе, общении с друзьями и соседями, переживания,

связанные с интимными и сексуальными отношениями, а также медицинские услуги. Кроме того, выделяется влияние систем поддержки, медицинских дискурсов, терапевтических планов, которые основаны на популярных знаниях, получаемых в школьном образовательном процессе и через взаимоотношения в обществе [74].

Важные социальные элементы связаны с профессиональными достижениями, семейным положением, социально-экономическим уровнем, культурными и социальными идеологиями, а также с эволюционными отношениями к внутренним и международным характеристикам в обществе. Вопрос о здоровье мужчины связан с динамичным миром труда, социальным классом, мобильностью, проблемами, социальными конфликтами, а также жизненными проблемами. В этом смысле атрибуты раскрывают возникновение таких процессов, как сообщества, культурные влияния, репрезентации, жизненные истории, организация, повседневная жизнь, этика, процесс сохранения и укрепление здоровья, качество жизни, социальные реакции и опыт. При рассмотрении структуры этих атрибутов в организационных и структурных изменениях поднимаются важнейшие вопросы формирования личности человека в фокусе их социальной и политической принадлежности. При изучении составляющих элементов атрибутов большое внимание уделялось отношениям мужчин со своей профессиональной работой, положению, занимаемому в обществе, взаимоотношениям и обязанностям в обществе, а также то, как эти элементы влияют на охрану здоровья мужчин самых разных сообществах, будь то городских или сельских [75-77].

При определении базовых элементов, измеряемых экологическим положением и связанных со средой обитания, экологической ситуацией и близостью человека к поддержанию экосистемы, были выявлены специфические особенности. В частности, были определены такие аспекты, как сохранение местных традиций, занимаемое положение в обществе, взаимосвязь с физической и социальной средой, животным и растительным миром, а также связь с природой и землёй, вплоть до рассмотрения этих элементов в качестве важнейших компонентов здравоохранения. Следует отметить, что данные экологические атрибуты особенно выражены среди мужчин, находящихся в непосредственном контакте с землёй и земледелием, сельскохозяйственной деятельностью, а также среди мужчин, ориентированных на традиционные формы взаимодействия с окружающей средой и экологией. В некоторых случаях эти атрибуты рассматриваются как важнейшие компоненты системы здравоохранения [78]. Вместе с тем, атрибуты, связанные с этнической принадлежностью, в рассматриваемых исследованиях не анализировались, что обуславливает необходимость дальнейшего изучения данного аспекта. Кроме того, явления, происходящие в эмоциональной, умственной и духовной областях, включая мужское религиозное образование, являются частью важных трансперсональных атрибутов концепции мужского здоровья. Таким образом, атрибутами являются

переходный изменчивый период, религиозные верования, баланс выживания и существования, вера, позитив и человеческая ценность, также феномены, как здоровье, безопасность и сознание [78-82].

Концепция охраны здоровья мужчин включает следующие аспекты: внутриличностный, психологический и поведенческий, связанный с мужественностью, межличностный, макросоциальный, экологический, этнический, межкультурный и трансперсональный. Анализируемая концепция может быть полезна для поддержки практики, направленной на охрану здоровья мужчин, в различных действиях в области общественного здравоохранения, информирования и обучения, исследований и разработки государственной политики в интересах мужчин.

Инициативы системы здравоохранения, направленные на охрану здоровья мужчин

В последние годы гендерное равенство было объявлено целью политики здравоохранения во многих странах. Национальная политика мужского здоровья проводилась в Австралии, Ирландии, Бразилии и Иране [83].

Политика в области охраны здоровья мужчин, проводимая в Австралии и Ирландии, направлена на предотвращение ухудшения здоровья посредством инициатив на уровне общин и устранения социальных детерминант здоровья [84].

Ирландская политика в целом внесла значительный вклад в повышение важности проблемы мужского здоровья, обеспечивая основу для действий и достижение изменений [85-86].

Политика Австралии основана на развитии ресурсов по укреплению здоровья мужчин и поддержке деятельности Ассоциации австралийских мужских ассоциаций, а также в рамках этой политики было проведено обширное национальное исследование состояния здоровья мужчин. Правительство Австралии объявило о своём намерении разработать Национальную политику в области мужского здоровья в 2008 году [85]. Упор на профилактику был определён как основополагающий принцип разработки данной политики. Ведущие профессиональные организации, заинтересованные в сохранении мужского здоровья, и Национальное управление здравоохранения в сотрудничестве с национальной рабочей группой по профилактике заболеваний, Национальной группой первичной медико-санитарной помощи организовали дискуссии по вопросам мужского здоровья [86].

Ирландия стала первой страной в мире, принявшей Национальную политику в области охраны здоровья мужчин [85,87]. В 2017 году был реализован план действий "Здоровая Ирландия-мужчинам". В её рамках была разработана и внедрена обучающая программа "Engage" (вовлечение) для решения проблемы нехватки услуг для мужчин, учитывающая гендерные аспекты, а также для того, чтобы помочь местным жителям выстроить эффективные отношения с мужчинами всех возрастов и удовлетворить их потребности в области здравоохранения и благополучия. По данным Ирландского института общественного здравоохранения, существуют две

основные проблемы, которые способствуют недостаточному использованию услуг мужчинами: мужчины реже обращаются за помощью или принимают профилактические меры, и существуют явные пробелы в доступности услуг для мужчин. Недостаточный фокус внимания на проблемы со здоровьем мужчин, а также необходимость в конкретных стратегиях, ориентированных на мужчин, частично объясняется ограниченной историей мобилизации вокруг проблем со здоровьем мужчин. Недостатки в доступных услугах частично связаны с ограниченными знаниями о проблемах здоровья мужчин и отсутствием понимания того, что какие подходы или стратегии могут сделать услуги более доступными и подходящими для мужчин [87-88].

В США ведется работа по созданию департамента мужского здоровья. Эта инициатива была поддержана Панамериканской организацией здравоохранения (Доклад «Маскулинность и здоровье в регионах Северной и Южной Америки»), в котором высокий уровень смертности среди мужчин связан с проявлением доминирующей мужественности, социальных детерминант здоровье и отсутствие комплексных мер социального реагирования, способных разрешить и предотвратить эту текущую ситуацию [89].

Обеспокоенность по поводу недостаточного участия мужчин в службах первичной медико-санитарной помощи также сыграла важную роль в разработке бразильской политики в области охраны здоровья мужчин [90]. Однако эта политика придавала большое значение социальным детерминантам здоровья, гендерному равенству и роли мужчины в сексуальном и репродуктивном здоровье и благополучии [90-91].

В 2009 году Министерство здравоохранения Бразилии начало реализацию национальной политику всестороннего внимания к здоровью мужчин с целью обеспечения гуманных и решительных действий и расширения возможностей медицинских работников по уходу за мужчинами, посредством предложения стратегии содействия равенству среди различных социальных групп. В целях реализации этой политики Министерство здравоохранения начало этот процесс, выбрав 26 муниципалитетов с высоким уровнем смертности среди населения. Исследование, в котором изучалось влияние образования на здоровье путём внедрения образовательных практик в компаниях, показало, что лекции могут помочь повысить осведомлённость о важности профилактики, своевременной обращаемости за медицинской помощью и формировании здорового образа жизни [91].

Следует отметить важность бразильской политики в поощрении движения за мужское здоровье в других странах Латинской Америки, практика, которая подчёркивает удобство и доступность программ и мероприятий, направленных на снижение гендерного неравенства в отношении здоровья [85, 92].

Политика здравоохранения мужчины в Иране была вызвана опасениями по поводу растущего бремени неинфекционных заболеваний мужчин в Иране и их отсутствия в системе здравоохранения. Существует ряд причин, которые препятствуют доступу к медицинским услугам, например, культурные барьеры, в том числе стереотипные представления о том, что мужчины, будучи

сильным полом, не нуждаются в медицинских услугах [93]. Как и в некоторых других странах, в Иране наблюдается неравенство в здоровье мужчин и женщин. В Иране продолжительность жизни мужчины на три года ниже, чем у женщин [93-94].

Разработка иранского национального плана по охране здоровья мужчин впервые стала важным событием в реформировании системы здравоохранения Ирана, поскольку привела к изменениям как в предоставлении медицинских услуг, так и в их видах [95-96]. Опыт Ирана в разработке политики в области охраны здоровья мужчин так же важен, как и в других странах, таких как Австралия, Ирландия, Бразилия, Соединённые Штаты и Европейские страны [97]. План охраны здоровья мужчин, принятый на государственном уровне, расширяет понимание лиц, принимающих политические решения в области здравоохранения, и специалистов по планированию эффективных стратегических решений для улучшения системы предоставления медицинских услуг [98-99]. Это было осуществлено путём наблюдения и внедрения передовой практики других стран по общим проблемам мужского здоровья (например, факторы риска от образа жизни, сексуального и репродуктивного здоровья и структур предоставления услуг), принимая во внимание основные характеристики Ирана [100-101].

Действия, предпринимаемые странами для охраны здоровья мужчин, направлены на совершенствование и адаптацию моделей медицинского обслуживания, которые способствуют устранению социальных детерминант здоровья и сокращению неравенства в отношении здоровья между мужчинами и женщинами.

Таким образом, действия в области здравоохранения, направленные на сокращение гендерного неравенства в отношении здоровья, заслуживают самого пристального внимания лиц, принимающих управленческие решения, при определении приоритетов системы здравоохранения и должны поощрять реализацию программ или мероприятий в области здравоохранения, которые являются приемлемыми и доступными для мужчин.

2 МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Диссертационное исследование проводилось с использованием следующих количественных и качественных методов:

На предварительном этапе нами была реализована работа по обзору существующей актуальной научной литературы методом углублённого библиографического поиска публикации из международных базы данных доказательной медицины (систематические обзоры Кокрановской библиотеки, базы данных MEDLINE, Pubmed, Scopus, Web of Science, Google Scholar, eLibrary). Также, проведён тщательный анализ международных стратегических документов Всемирной Организации здравоохранения, Организации экономического сотрудничества и развития и Европейского бюро ВОЗ, а также официальной статистики и нормативно-правовых актов (Приказы МЗ РК, Указов и Постановлений Правительства РК), регулирующих организацию первичной медико-санитарной помощи, профилактические мероприятия и государственную политику в области здравоохранения, которые выступили в качестве материалов исследования. Дана оценка текущему состоянию здоровья мужчин в мире. Проанализирована политика охраны здоровья и стратегии общественного здравоохранения, направленные на укрепление и сохранения здоровья мужчин на основе литературных источников.

Эпидемиологический этап исследования:

Для реализации первой задачи по проведению оценки уровня предотвратимой смертности среди мужского населения в Республике Казахстан в разрезе предотвратимых и излечимых причин смертности был осуществлён ретроспективный анализ официальных статистических данных. Целью данного этапа являлось выявление гендерных и территориальных особенностей структуры предотвратимой смертности, а также оценка вклада популяционных профилактических мер и качества медицинской помощи в формирование показателей смертности. В анализ включены данные по РК в целом и по отдельным регионам, в том числе крупным урбанизированным центрам и областям с различными социально-экономическими характеристиками, что позволило провести сравнительный территориальный анализ.

Объектом исследования стала смертность населения, зафиксированная в период с 2015 по 2021 год.

Предметом исследования стали показатели предотвратимой смертности в разрезе превентивной и излечимой смертности мужского населения, а также их динамические и региональные особенности.

Источниками информации послужили официальные статистические данные Бюро национальной статистики Агентства по стратегическому планированию и реформам РК и РГП на ПХВ «Информационно-вычислительный центр». В исследование включены сведения о 633 109 случаях смерти за 2015–2021 гг., из которых 364 420 зарегистрированы среди мужчин и 268 689 — среди женщин. Деагрегация данных по полу и регионам обеспечила возможность выявления гендерных различий и территориальной

вариабельности показателей. Использование официальной государственной статистики, а также функционирование Единой информационной системы здравоохранения с 2012 года обеспечивают достаточную полноту и достоверность регистрационных данных.

Предотвратимая смертность состоит из двух компонентов – суммы предотвратимой и излечимой смертности. Предотвратимая смертность относится к факторам, приводящим к смерти, которые могут быть в значительной степени уменьшены благодаря успешной реализации стратегий общественного здравоохранения и первичных профилактических мероприятий. Эти мероприятия направлены на снижение частоты заболеваний или травм. С другой стороны, смертность, поддающаяся лечению, включает в себя причины смерти, которые могут быть значительно сведены к минимуму благодаря оперативным и эффективным медицинским вмешательствам, охватывающим как вторичная профилактика и эффективные меры лечения. Этот подход направлен на снижение смертности после того, как заболевания уже проявились. Перечень превентивных и излечимых смертности сформирован на основании совместного списка ОЭСР/Евростата (версия январь 2022 года), включающего 14 нозологических групп и 95 конкретных причин. Классификация причин смерти осуществлялась в соответствии с МКБ-10. Для обеспечения сопоставимости региональных и гендерных показателей использованы возраст-стандартизированные коэффициенты смертности на 100000 населения, рассчитанные на основе стандартной популяции ОЭСР 2015 года. В анализ включены возрастные группы от 0 до 74 лет, что соответствует международной практике оценки предотвратимой смертности. Полные и точные данные о смертности представлены в необходимом для проведения содержательной и репрезентативной оценки эффективности работы системы здравоохранения. Стоит отметить, что в Казахстане внедрена Единая информационная система здравоохранения. Система была начата в 2012 году, что значительно снизило риск получения неточных и неполных данных.

Задействование в работе количество случаев смертности, зарегистрированных с 2015 по 2021 год обеспечил научное и методически корректное основание, которое обусловлено некоторыми факторами, отображающие как цели исследования и препятствия в доступности и согласованности в показателях. Отчётный период характеризуется использованием стабильной целостной системы кодировки причин смертности в соответствии МКБ-10 в стране. При анализе предотвратимой значимости очень важным аспектом является методы регистрации случаев летальности, статистический и классификационный учёт случаев смертности, что снижает ошибки и сопоставимость данных собранных со всех регионов в едином формате, то есть выбранный временной период способствует корректному использованию данных в исследовании. Кроме того, за данный временной период были реализованы и внедрены ключевые этапы государственных программ развития системы здравоохранения в стране, основными направлениями которых стали борьба с основными факторами риска развития

неинфекционных хронических заболеваний, снижение показателей предотвратимой смертности среди населения и усиление позиции общественного здравоохранения. Все это даст возможность определить уровень смертности, которую могли бы устранить в действующей обстановке предоставления медицинских и профилактических интервенции и оперировать полученными данными как основой для доказательства необходимости внесения изменения в профилактические технологии.

Ещё одним фактором, можно назвать влияние пандемии коронавируса, которая очень сильно повлияло на уровень смертности и структуру причин смертности, а также на организационные аспекты предоставления медицинской помощи в период пандемии COVID-19. В связи с этим, охват данных за 2021 год вполне обоснован, закономерен и методологический достаточен для выявления динамики изменения в предотвратимой смертности у мужчин. Вместе с тем, семилетний временной период обусловлен практичностью применения разработанных мер профилактики и используемых форматов технологии работы с населением, так как принципиально важно применение актуальных и своевременных данных, отображающие реальные показатели здоровья мужчин, отвечающих современным тенденциям и возможностям.

Учитывая вышесказанное, период 2015-2021 гг. выбран как приемлемый, актуальный и статистически качественно полноценным интервалом, также соответствующим поставленным целям, и ни в коем случае не снижает научной ценности работы, а даже обеспечивает валидность и практическую важность.

Статистический анализ включал:

- расчёты абсолютной (на 100 тысяч населения) и относительной разницы в показателях смертности (%), представленные в разбивке по полу и периоду.

- определение доверительных интервалов (95% CIs) соответствующие 95% были рассчитаны в разбивке по полу.

- с помощью программы Joinpoint Regression Program версии 4.9.1.0.25 были рассчитаны годовые изменения (APC) и среднегодовые процентные изменения (AAPC, %) среди сравниваемых групп для определения изменения тенденции коэффициента предотвратимой смертности за анализируемый временной период с 2015 по 2021 года.

Данный фрагмент исследования был выполнен в рамках проекта “Технологии для оценки эффективности и анализа влияния систем на здоровье. Сравнительного анализа на международном уровне”, профинансированного Комитетом Науки Министерства Образования и науки Республики Казахстан (AP09058136).

Таким образом, методологический подход исследования обеспечил комплексную оценку предотвратимой смертности в Казахстане с учётом гендерных и региональных различий, что создаёт научную основу для разработки дифференцированных профилактических стратегий,

ориентированных на мужское население и учитывающих территориальные особенности системы здравоохранения.

Социологический: На следующем этапе проводилось исследование в виде одномоментного количественного исследования и структурированного интервью (самозаполнение анкет) с целью определения уровня грамотности и самосохранительного поведения мужского населения, направленного на поддержание здоровья (health literacy). В качестве объекта исследования выступали следующие составляющие медицинской грамотности и активности: факторы риска основных заболеваний, субъективная оценка здоровья, поведение в отношении здоровья и взаимодействия с поставщиками медицинских услуг. Единица наблюдения – мужчина в возрасте 18 лет и старше. Территория исследования: г. Алматы.

Исследование проводилось с октября 2023 года по февраль 2024 года. Опрос проводился в онлайн-формате с использованием Google-формы, а также в бумажной версии, в зависимости от предпочтений респондентов. Онлайн-формат был распространён через медсестёр первичного звена, которые оказывают профилактическую помощь обслуживаемому населению. Бумажные версии были собраны с предприятий и компании, с преимущественным мужским коллективом: среди представителей работников автовокзалов, строительных компаний (площадок) и компаний, ответственных за чистоту. Участники самостоятельно заполнили анкету. Также в начале анкеты была указана контактная информация исследователя. Объекты исследования: мужчины в возрасте 18 и старше. Для выполнения поставленных задач объем исследованной выборки должен быть не менее 384 единиц наблюдений. Объем выборки был рассчитан на основе общего числа мужчин старше 18 лет, зарегистрированных в городе Алматы (651 887). С точностью 5% и доверительным интервалом 95% минимальный охват должен был составлять 384 респондента. С учётом возможных потерь их число было увеличено. Использованный объем выборки превышал необходимый для исследования повышенной точности, что позволяет рассматривать использованную выборку в качестве репрезентативной генеральной совокупности. Всего было собрано 768 анкет. В ходе обработки были исключены 47 ответов, поскольку они не были заполнены, а на некоторые вопросы были даны неполные ответы. Всего в анализ была включена 721 анкета. Стратификация выборки по признакам:

- по возрасту (18-29 лет, 30-44 года, 45-59 лет и старше 60 лет).

- по профессиональным группам мужчин: (1) административные, управленческие и государственные служащие (офисные работники); 2) военнослужащие; 3) работники промышленности, технические и производственные специалисты, строители и транспортники, обслуживающий персонал и продавцы; и 4) неквалифицированные рабочие, включая подсобных рабочих, операторы производственного оборудования, сборщики и уборщики, работники склада и т.д.

Критерии включения: мужской пол; возраст старше 18 лет; проживание в Алматы; добровольное информированное согласие на участие в исследовании. Критерии исключения были отказ от участия; неполное заполнение анкеты; наличие противоречивых или недостоверных ответов.

В качестве материала исследования использован опросник, разработанный на основе Европейского инструмента оценки медицинской грамотности HLS-EU-Q16 (European Health Literacy Survey Questionnaire, Short Form), дополненный вопросами, касающимися поведенческих факторов риска, самооценки здоровья, компетентности и медицинской активности. Адаптация и тестирование опросника проводились в несколько последовательных этапов, что позволило обеспечить его валидность и надёжность в контексте исследуемой аудитории Казахстана. Опросник был переведён на казахский и русский языки с использованием методики двойного перевода (forward-backward translation) (Приложение Д). Содержательная валидность инструмента обеспечивалась путём экспертной оценки с участием специалистов в области общественного здравоохранения, эпидемиологии и организации здравоохранения. Эксперты оценивали соответствие формулировок целям исследования, полноту охвата ключевых компонентов медицинской грамотности и корректность терминологии.

Лингвистическая и культурная адаптация проводилась с учётом национального контекста системы здравоохранения и особенностей терминологии, используемой в ПМСП. После адаптации был проведён пилотный этап исследования (апробация анкеты) на ограниченной выборке респондентов для оценки понятности вопросов, логической последовательности блоков и времени заполнения. По результатам пилотирования были уточнены формулировки отдельных вопросов.

Надёжность инструмента оценивалась с использованием показателей внутренней согласованности (коэффициент α Кронбаха), что позволило подтвердить приемлемую согласованность шкал и корректность объединения вопросов в аналитические блоки.

При анализе ответственного отношения к своему здоровью респонденту предлагалось выбрать четыре варианта ответа на вопрос «Кто, по Вашему мнению, несёт ответственность за Ваше здоровье?». В качестве вариантов предусматривалось государство или государственные органы, система здравоохранения или организации здравоохранения и сам респондент, как наиболее ответственный субъект. Четвёртый вариант предусматривал возможность самостоятельно определить субъекта ответственного в наибольшей степени за здоровье опрашиваемого.

В анкету был включён вопрос о причинах посещения медицинских организаций. В качестве признака высокой медицинской активности рассматривали такие ответы, как «регулярно обращаюсь, даже если ничего не беспокоит, в целях профилактики» и «обращаюсь в связи с вновь возникающими проблемами, наблюдаюсь в связи с уже существующими». Низкий уровень медицинской активности характеризовали такие ответы, как «стараюсь не

обращаться» и «обращаюсь, только если привычный образ жизни более не возможен». Средний уровень медицинской активности характеризовал ответ «обращаюсь в том случае если что-то беспокоит». Для определения степени приверженности исследуемой группы к медицинским мероприятиям в анкету был включён ряд вопросов, касающихся соблюдения рекомендаций врача в целом, а также были включены частные вопросы, касающиеся регулярности и причин отказа от посещений врача, и организации. Также, вопросы выявляющие препятствия для получения медицинской помощи и оценивающие доступность и удовлетворённость качеством медицинского обслуживания строились по бинарному принципу (да/нет) и не предполагали развёрнутые ответы.

При исследовании осведомлённости о поведенческих факторах риска изучали частоту курения в настоящий момент, а также факт курения в прошлом. Также изучалась интенсивность курения (количество выкуриваемых сигарет в день) и возраст начала курения. При отсутствии факта курения в настоящем времени, но наличия курения в прошлом, изучался и возраст прекращения курения. В отличие от ранее проведённых исследований, задачей которых было описание набора факторов риска, целью настоящего исследования стало изучение зависимостей между детерминантами как основными признаками и характеристиками медицинской активности мужского населения разных возрастных групп.

Статистическая обработка данных включала описательный, сравнительный и многофакторный анализ. Для оценки различий между группами использовался непараметрический критерий χ^2 , различия считались статистически значимыми при уровне $p < 0,05$. Для выявления независимых предикторов ответственного отношения к здоровью и медицинской активности был проведён логистический регрессионный анализ. В качестве зависимых переменных рассматривались ответственное отношение к собственному здоровью (дихотомизированный показатель), уровень медицинской активности (высокий/низкий) и обращаемость за медицинской помощью. В модель были включены следующие независимые переменные: возраст, уровень образования, доход, профессиональная группа, семейное положение, статус курения, частота употребления алкоголя, физическая активность, удовлетворённость качеством медицинской помощи, соблюдение рекомендаций врача и посещение частных медицинских организаций. На первом этапе рассчитывались нескорректированные отношения шансов (OR) с 95% доверительными интервалами, на втором — строилась многофакторная модель с определением скорректированных отношений шансов (AOR) с учётом потенциальных смешивающих факторов. Это позволило определить факторы, независимо ассоциированные с медицинской активностью и отношением мужчин к своему здоровью.

Этическое одобрение: Исследование также получило одобрение Локальной этической Комиссии НАО Казахского национального медицинского университета им. С.Д.Асфендиярова (IRB00011496) в соответствии с протоколом № 4 (140) от 3 мая 2023 года (заявка № 1586).

На четвёртом этапе проведено качественное описательное исследование с участием медицинских работников организации ПМСП и мужчин с целью изучения представления заинтересованных сторон об использовании услуг ПМСП мужчинами и доступности услуг, а также выявления пробелов и возможности для привлечения заинтересованных сторон к внедрению программ, способствующих укреплению здоровья и повышению грамотности мужчин в отношении здорового поведения на местном уровне. Организация и проведение качественного исследования соответствовало критериям, включённым COREQ (Consolidated criteria for reporting qualitative research) (исследовательская группа и рефлексия, дизайн исследования, анализ и выводы). Интервью были расшифрованы и проанализированы с помощью программного обеспечения dedoose.

Метод отбора участников проводился путём целенаправленной выборки, то есть с учётом административно-территориальных участков города Алматы, с каждого района будет выбрана одна организация ПМСП. Город Алматы состоит из 8 районов, в них функционирует 39 организации ПМСП. При отборе организации первичной медико-санитарной помощи будет применена удобная выборка. Из 8 поликлиник приглашены на интервью медицинские работники отделов ЦСЗ и профилактики и психо-социальной помощи. С давшими согласие на участие в исследовании проведены полуструктурированные интервью. Мужчины отобраны из организации (преобладающими сотрудниками которых являются мужчины: автобусные парки, строительные компании, организации водоснабжения и тепло и энерго сетей, занимающиеся обеспечением порядка и чистоты в городе, и банковские и административные организации), ранее в которых было проведено исследование по выявлению уровня грамотности мужчин в отношении здоровья. Сотрудникам организации разослано приглашение через руководство организации. Приняли участие в интервью мужчины, выразившие желание на участие в исследовании. Участники интервью:

- 13 мужчин (ТОО «АВТОАЛМА-ТРАНС», ТОО "ДИАЛ-СТРОЙ», ТОО «Алматыэлектротранс», «Алматы Су», Народный Банк).

- 14 врачей ОВП и 11 медицинских сестер ОВП (ГП №17,9,5, Центр ПМСП на Толе би, ГП № 13, 29)

В исследовании используются данные, полученные в ходе индивидуальных глубинных интервью на одном из двух языках: казахском и русском языках. Интервью проведено с использованием структурированного инструмента, состоящего из закрытых вопросов, касающихся профессиональных, социальных характеристик участников, и открытых вопросов о центральной проблеме исследования. Ответы записаны с помощью устройства, принадлежащего авторам, также выписываться полевые заметки вовремя и / или после интервью, а затем расшифрованы. Чтобы предотвратить предвзятость в разговоре, исследователи избегали предложений, направленных на интересующие его вопросы, включая подачу сигналов. Кроме того, язык тела, выражения лица и слова исследователя оставались нейтральными.

Продолжительность каждого интервью составило: 40-60 минут. Проведён претест: пилотное тестирование с группой из 3 медицинских сестёр, чтобы гарантировать соответствие отчётов стандартам качества.

Собеседования проводились в частной обстановке: с медицинскими работниками на территории медицинской организации, с мужчинами на рабочем месте по предварительному графику и в удобное для респондентов время. Процесс сбора данных начиналось с предварительного посещения подразделений Центров семейного здоровья, чтобы представить результаты исследования врачам/медсёстрам, пригласить их принять участие и попросить тех, кто согласился, подписать форму информированного согласия. На рабочих местах заранее через руководство организации работники мужского пола проинформированы об исследовании. Исследователями гарантировалось сохранение права участников на автономию, а также конфиденциальность информации и анонимность респондентов. Собранные данные были организованы и систематизированы в соответствии представлений в индивидуальном измерениях, чтобы впоследствии их можно было сгруппировать в общие категории путём сопоставления схожих мнений, выраженных в различных утверждениях. Количество кодировщиков данных: 2-3 исследователя. Идентифицирована каждая цитата. На основе анализа методологических фигур, называемых ключевыми выражениями, основными идеями и привязками, которые способны представлять коллективные концепции, выраженные отдельными лицами. Все стенограммы прочитаны неоднократно, чтобы получить общее представление об интервью. Затем выполнено построчное кодирование стенограммы для детального определения концепций, высказанных участниками.

В конце кодирования для каждой стенограммы написана памятка, отражающая общее впечатление от каждого интервью, с целью формирования отдалённого представления о мнениях участников, в отличие от детального анализа построчного кодирования. На протяжении всего процесса сравнения, сортировки и кодирования были составлены памятки для фиксации и сохранения возникающих идей относительно концепций. Это также послужило рефлексивными заметками для исследователя, чтобы свести к минимуму потенциальную предвзятость при интерпретации стенограмм и сохранить концепции, основанные на данных.

Для выполнения последней задачи «Разработка приоритетной модели по формированию профилактической среды для мужчин» автором были систематизированы полученные результаты, выделены ключевые приоритеты в укреплении здоровья мужчин.

Последняя задача завершает логическую структуру исследования и направлена на прикладное использование полученных результатов. В рамках реализации данной задачи были использованы методы контент анализа, аналитического обобщения, а также экспертно-ориентированные подходы.

Источники и обоснование:

Разработка практических рекомендаций в рамках завершающей задачи диссертационного исследования опиралась на несколько взаимодополняющих источников и аналитических оснований. В первую очередь, основой послужили результаты, полученные в ходе выполнения предыдущих задач, включая анализ предотвратимой смертности, превентивной и излечимой смертности среди мужчин. Во-вторых, при формулировке рекомендаций были учтены действующие нормативно-правовые акты Министерства здравоохранения Республики Казахстан, регулирующие вопросы оказания первично медико-санитарной помощи (профилактическая направленность) и развития системы здравоохранения в области формирования здорового образа жизни населения. В-третьих, учитывался практический опыт взаимодействия с практическими организациями, с преобладающим контингентом работников мужского пола, в которых проводилось тестирование и апробация отдельных предложений. Эффективность предложенных решений подтверждена актами внедрения, оформленными совместно с ТОО «Темир Пром XXI» строительная компания SABA Group, ГКП на ПХВ «Алматы Су», АО «Тэртип», Поликлиникой при Региональном военном госпитале КНБ РК в городе Алматы, Поликлиникой при Городской клинической больнице №5 УОЗ города Алматы (Приложение Ж).

В целом разработка рекомендаций была приведена в соответствие с приоритетами и стратегическими целями, отражёнными в Государственных программах развития здравоохранения страны. Для формулирования приоритетных направлений и практических рекомендаций по совершенствованию профилактических мер по укреплению здоровья мужчин использовался комплекс методов, сочетающий аналитические, экспертные и прикладные подходы. Во-первых, применён контент анализ и систематизация ранее полученных результатов. Были выделены основные причины предотвратимой смертности у мужчин, а также изменения в тенденции излечимой и превентивной смертности, динамика смертности в разрезе регионов. Решения классифицированы по структуре причин предотвратимой смертности: направления профилактических вмешательств по устранению факторов риска развития заболеваний, организационные меры по взаимодействию по устранению факторов риска. Также, рекомендуемые инструменты прошли валидацию, а их применимость внедряемых инструментов подтверждена актами внедрения на базе рабочих мест мужчин. Валидация разработанного чек листа оценки факторов риска мужчин (Приложение Г) и краткого опросника для мужчин по оценке необходимости обращения в медицинские организации (Приложение Б, В) проводилась поэтапно. На первом этапе сформирована первичная версия инструментов на основе результатов собственного количественного и качественного исследования, а также анализа существующих подходов к сбору данных в практике общественного здравоохранения. Следующим этапом было выполнение экспертной оценки содержательной валидности с участием специалистов в области ПМСП и общественного здравоохранения, и

мужчинами на рабочих местах. Эксперты оценивали релевантность, ясность и практическую применимость каждого пункта инструмента (I-CVI), рассчитывались индекс содержательной валидности отдельного пункта и общий индекс содержательной валидности шкалы (S-CVI/Ave). На третьем этапе проводилась оценка понятности и удобства использования чек листа медсёстрами ПМСП (8 медсестер) методом когнитивного интервью. Пункты с недостаточным уровнем согласия экспертов подлежали пересмотру или исключению; итоговая версия инструмента формировалась после достижения высокого общего индекса содержательной валидности (пункты с $< 0,78$ пересмотрены).

В третьих, предложена модель взаимодействия участников с ПМСП, включающая: раннюю идентификацию поведенческих рисков и состояния здоровья мужчин, стратификацию групп мужчин по степени риска и использование цифровых технологии интегрированные в общую медицинскую информационную систему, через составление автоматических списков контингента мужчин подлежащих скринингу, распределение мужчин по степени риска, маршрутизация пациентов мужчин и мониторинга результатов обеспечивается постоянное непрерывное отслеживание и совершенствование профилактических услуг. Методы данной задачи соответствуют принципам доказательной эпидемиологии, цифровых изменений и стратегического планирования в общественном здравоохранении. Организационно методическая характеристика исследования представлена таблице 2.

Таблица 2 - Программа исследования.

Этапы исследования	Объект исследования	Предмет исследования	Методы исследования	Материалы исследования
Аналитический обзор литературы	Научные публикации, НПА РК (118 источников)	Современные подходы к укреплению здоровья мужчин	Библиографический контент анализ аналитический	Международные базы данных
Ретроспективное эпидемиологическое исследование	633 109 случаев смерти населения РК за 2015-2021 гг., из них 364 420 - мужчины, 268 689 -	Показатели предотвратимой смертности среди мужчин, гендерные и региональные особенности.	эпидемиологический анализ, сравнительный анализ, стандартизация показателей, статистический анализ временных трендов	Официальные статистические данные Бюро национальной статистики РК, перепись ОЭСР/евроста та, МКБ-10.

	женщины.		(Joinpoint Regression Program версии 4.9.1.0.25)	
Количественное социологическое исследование	Мужчины в возрасте 18 лет и старше, проживающие в г.Алматы, в анализ включены 721.	Уровень медицинской грамотности, установки в поведении и медицинская активность, поведенческие факторы риска мужчин.	Опрос, кодирование в Excel, экспорт в SPSS, описательная статистика, критерий χ^2 Пирсона, логистический регрессионный анализ	Бумажные и онлайн анкеты.
Качественное исследование	-13 мужчин -14 врачей ОВП -11 медсестер (ГП №17,9,5, Центр ПМСП на Толе би, ГП № 13, 29)	Представление об использовании услуг ПМСП мужчинами, барьеры профилактической активности.	тематический анализ, построчное кодирование, глубинные полуструктурированные интервью (програмное обеспечение dedoose).	Аудиозаписи интервью, транскрипты, заметки интервьюера, программное обеспечение dedoose.
Разработка модели	Результаты предыдущих этапов исследования, экспертные оценки специалистов	Приоритетные направления совершенствования профилактики помощи и укрепления здоровья мужчин.	Контент анализ, аналитическое обобщение, экспертная оценка, валидизация инструментов.	НПА МЗ РК, краткий опросник для мужчин, чек лист для медицинских сестер, акты внедрения.

Таким образом, комплекс применённых методов обеспечил научную обоснованность, надёжность и практическую значимость результатов исследования.

3. АНАЛИЗ ПРЕДОТВРАТИМОЙ СМЕРТНОСТИ У МУЖЧИН В КАЗАХСТАНЕ

Показатель предотвратимой смертности в последние десятилетия занял ключевое место в оценке эффективности систем здравоохранения и политики в области общественного здоровья. Под предотвратимой смертностью понимаются случаи смерти, которые могли бы и не наступить при оказании передовых и успешных услуг системы общественного здравоохранения, качественно оказанной медицинской помощи, а также при осуществлении политики с учётом межсекторального подхода, что оказывает влияние на устранение социальных и поведенческих детерминант здоровья. Оценка предотвратимой смертности демонстрирует эффективность государственной политики и организации системы оказания медицинских услуг для сохранения и укрепления здоровья населения.

Применение показателей предотвратимой смертности в деятельности лиц, принимающих управленческие решения, дает ряд преимуществ:

- инструмент оценки эффективности системы здравоохранения. Позволяет определить насколько затраченные ресурсы преобразовываются в фактическое повышение показателей продолжительности жизни.

- анализировать и сопоставлять данные с другими странами. Стандартизированные расчеты и методика обеспечивают возможность сравнения показателей между странами.

- обнаружение неравенств в вопросах здоровья. Ранжирование показателей в разрезе пола, возраста, региона и социальному и экономическому положению способствуют определению уязвимых групп населения.

- аргументация приоритетов в политических вопросах. Определение причин смерти позволит сфокусировать ресурсы на необходимых аспектах предоставления медицинской помощи, как в лечении, так и в профилактике.

- постоянное отслеживание результатов реализации ЦУР. Ряд показателей ЦУР зависят от снижения уровня компонентов предотвратимой смертности.

Значимые показатели предотвратимой смертности обосновывают целесообразность совершенствования профилактических мер, активизации межсекторального взаимодействия и повышения доступности медицинских услуг. Излечимая смертность, зависящая от организации медицинских услуг, определяет пробелы, имеющиеся в процессе оказания лечебных услуг, а также связанные с качеством и своевременностью и доступностью этих услуг.

Вместе с тем, оценка уровня предотвратимой смертности, способствует успешному стратегическому управлению системой здравоохранения за счет систематического учета и отслеживания установленных данных. Формируя отчетные данные системы здравоохранения обеспечивается постоянный мониторинг достижений целей, определенных политикой системы общественного здравоохранения [102-103].

3.1. Гендерные различия в предотвратимой смертности от ведущих нозологических форм в Республики Казахстан

Анализ стандартизированных по возрасту показателей предотвратимой смертности в Казахстане за 2015-2021 годы выявил чёткие изменения в динамике предотвратимой смертности, а также её составляющих - превентивной и излечимой смертности. В течение исследуемого периода наблюдались два разных периода: снижение показателей в 2015-2019 годах и резкий рост, совпавший с пандемией COVID-19 в 2020-2021 годах (Таблица 3).

Уровень предотвратимой смертности среди обоих полов снизился с 505,37 на 100 000 населения в 2015 году до 432,55 в 2019 году, что соответствует статистически значимому ежегодному снижению на 3,8% (АРС -3,8%; 95% ДИ: -5,7; -1,8; $p=0,015$). Однако в 2020-2021 годах произошёл резкий рост показателя до 587,95 на 100 000 населения, в то время как в 2021 году ежегодный темп роста за этот период составил 17,6% (95% ДИ: 11,3; 24,3; $p=0,006$).

В целом, среднегодовое процентное изменение (ААРС) в период с 2015 по 2021 год составило +2,9% (95% ДИ: 1,8; 4,0; $p<0,001$), что указывает на неблагоприятную конечную тенденцию, несмотря на предыдущее снижение.

Аналогичная тенденция наблюдалась и в отношении превентивного компонента предотвратимой смертности, на долю которой приходится большинство предотвратимых смертей. За период 2015-2019 гг, показатель снизился с 326,07 до 272,17 на 100 000 населения, снизившись на 5,3% от годовой статистической значимости (95% ДИ: -7,3; -3,3; $p=0,0008$).

Кроме того, в 2020-2021 годах уровень превентивной смертности значительно возрос до 382,50 на 100 000 населения при показателе АРС +19,5% (95% ДИ: 12,8; 26,7; $p=0,006$) в 2021 году.

Среднегодовой прирост за весь период составил +2,4% (95% ДИ: 1,2; 3,5; $p<0,001$). Результаты показывают, что превентивный компонент вносит наибольший вклад в увеличение общей смертности, которую можно предотвратить во время пандемии.

Динамика излечимой смертности была незначительной. В 2015-2019 годах этот показатель снизился с 179,30 до 160,38 на 100 тыс. населения, но изменения не достигли статистической значимости (АРС - 3,9%; $p=0,682$),

В 2020 году произошло резкое увеличение числа излечимых смертей до 215,87 на 100 000 населения, за которым последовало снижение до 205,45 в 2021 году. Несмотря на это, изменения не были статистически значимыми (АРС +10,8%; $p=0,306$). Среднегодовое процентное изменение (ААРС) составил +3,2% за весь период (95% ДИ: -7,7; 15,3; $p=0,584$), что указывает на отсутствие стабильной статистически значимой тенденции.

За все исследуемые годы предотвратимая смертность среди мужчин значительно превышала аналогичный показатель среди женщин. В 2015 году уровень предотвратимой смертности среди мужчин составил 763,36 на 100 000 населения, что в 2 раза выше, чем среди женщин (321,49). До 2019 года

наблюдалось устойчивое снижение предотвратимой смертности среди мужчин до 671,91 на 100 000 населения (АРС -3,0%; 95% ДИ: -4,6; -1,4; $p=0,016$). Однако в 2020-2021 годах этот показатель резко возрос до 830,08 на 100 000 населения в 2021 году (АРС +12,1%; 95% ДИ: 7,1; 17,3; $p=0,009$).

Превентивная смертность среди мужчин также снизилась в 2015-2019 годах (АРС -4,5%; $p=0,014$), но затем значительно возросла в 2020-2021 годах (АРС +12,7%; $p=0,016$). Излечимая смертность у мужчин демонстрировала относительную стабильность без статистически значимых изменений в периоды борьбы с пандемией COVID-19.

Процент среднегодового изменения в уровне предотвратимой смертности среди мужчин составила +1,8% (95% ДИ: 0,9; 2,7; $p<0,001$), что указывает на умеренное, но статистически значимое увеличение за весь период наблюдения. Тогда как, среди женщин динамика остаётся более выраженной. В 2015-2019 годах уровень предотвратимой смертности снизился с 321,49 до 277,85 на 100 000 населения (АРС -3,5%; $p=0,047$). Однако в 2020-2021 годах наблюдался самый быстрый рост по сравнению с мужчинами - до 413,46 на 100 000 населения в 2021 году.

Ежегодный темп прироста во время пандемии составил 23,1% (95% ДИ: 12,6; 34,6; $p=0,01$), что значительно превышало аналогичный показатель среди мужчин. Особенно выраженный рост показателей превентивной смертности среди женщин наблюдался в 2020-2021 годах, где показатель годового процентного изменения достиг +29,5% (95% ДИ: 17,6; 42,6; $p=0,007$).

Смертность от излечимых заболеваний как среди женщин, так и среди мужчин не претерпела статистически значимых изменений.

Среднегодовой прирост предотвратимой смертности среди женщин за весь период составил +4,7% (95% ДИ: 2,9; 6,5; $p<0,001$), что значительно выше, чем у мужчин. Аналогичная тенденция наблюдается и в отношении превентивной смертности (ААРС +5,1%; $p<0,001$).

Полученные результаты свидетельствуют о выраженном гендерном неравенстве в показателях предотвратимой смертности в Казахстане. Для мужчин на протяжении всего рассматриваемого периода характерны значительно более высокие уровни предотвратимой смертности, что может отражать гендерные различия в обращаемости за медицинской помощью, своевременности диагностики заболеваний, приверженности лечению, соблюдении профилактических мер.

Кроме того, период пандемии сопровождался резким относительным увеличением смертности среди женщин. Это может свидетельствовать о высокой чувствительности женского населения к ограничениям доступности профилактической и первичной медицинской помощи, а также к последствиям задержки с диагностикой и лечением хронических заболеваний в условиях пандемии.

Таким образом, в Казахстане в 2015-2019 годах наблюдалось устойчивое снижение предотвратимой смертности. Однако в 2020-2021 годах пандемия COVID-19 привела к резкому росту показателей, уравнив достигнутый

прогресс. Существенный вклад в ухудшение ситуации внёс рост превентивной (профилактической) смертности. Во время пандемии у мужчин сохранялись самые высокие абсолютные показатели смертности, в то время как у женщин наблюдались более высокие темпы роста. Отсутствие статистически значимых изменений в излечимой смертности может свидетельствовать об относительной стабильности стационарной медицинской помощи или высокой вариабельности показателей.

Таблица 3 - Уровень предотвратимой смертности в разбивке по полу в Казахстане с 2015 по 2021 год (стандартизованные по возрасту показатели) (на 100 000 населения; 95% доверительный интервал)

Годы	По РК		
	Предотвратимая	Превентивная	Излечимая
Оба пола			
2015	505,37 (501,38; 509,36)	326,07 (322,86; 329,28)	179,30 (176,93; 181,67)
2016	480,82 (476,96; 484,68)	308,74 (305,65; 311,84)	172,08 (169,77; 174,38)
2017	451,64 (447,94; 455,34)	287,51 (284,56; 290,46)	164,13 (161,9; 166,36)
2018	439,14 (435,56; 442,71)	277,68 (274,84; 280,53)	161,45 (159,29; 163,62)
2019	432,55 (429,07; 436,03)	272,17 (269,41; 274,94)	160,38 (158,27; 162,49)
2020	508,70 (504,94; 512,45)	292,83 (289,97; 295,68)	215,87 (213,43; 218,31)
2021	587,95 (583,92; 591,98)	382,50 (379,23; 385,77)	205,45 (203,08; 207,81)
ГПИ/АРС	-3,8* (-5,7; -1,8) ($P = ,015$)/2015-2019 17,6* (11,3; 24,3) ($P = ,006$)/2019-2021	-5,3* (-7,3; -3,3) ($P = ,0008$)/2015-2019 19,5* (12,8; 26,7) ($P = ,006$)/2019-2021	-3,9 (-33,3; 38,4) ($P = ,682$)/2015-2019 10,8 (-19,8; 53,0) ($P = ,306$)/2019-2021
СПИ/ААРС	2,9* (1,8; 4,0) ($P < ,001$)	2,4* (1,2; 3,5) ($P < ,001$)	3,2 (-7,7; 15,3) ($P = ,584$)
Мужчины			
2015	763,36 (755,93; 770,80)	525,66 (519,50; 531,82)	237,70 (233,54; 241,87)
2016	740,70 (733,40; 748,00)	508,43 (502,38; 514,47)	232,28 (228,18; 236,37)
2017	699,91 (692,86; 706,97)	473,50 (467,72; 479,28)	226,42 (222,37; 230,46)
2018	679,58 (672,76; 686,40)	457,38 (451,79; 462,96)	222,20 (218,29; 226,12)
2019	671,91 (665,25; 678,57)	449,71 (444,26; 455,16)	222,20 (218,37; 226,03)
2020	773,84 (766,71; 780,98)	476,29 (470,71; 481,87)	297,56 (293,11; 302,00)
2021	830,08 (822,77; 837,39)	563,47 (557,43; 569,50)	266,61 (262,49; 270,74)
ГПИ/АРС	-3,0* (-4,6; -1,4) ($P = ,016$)/2015-2019 12,1* (7,1; 17,3) ($P = ,009$)/2019-2021	-4,5* (-6,7; -2,2) ($P = ,014$)/2015-2019 12,7* (5,5; 20,4) ($P = ,016$)/2019-2021	-2,2 (-36,0; 49,5) ($P = ,845$)/2015-2019 8,6 (-25,4; 58,2) ($P = ,442$)/2019-2021
СПИ/ААРС	1,8* (0,9; 2,7) ($P < ,001$)	0,9 (-0,3; 2,2) ($P = ,134$)	3,1 (-9,4; 17,3) ($P = ,643$)

Продолжение таблицы 3

Женщины			
2015	321,49 (317,15; 325,83)	183,25 (179,93; 186,56)	138,24 (135,45; 141,04)
2016	302,51 (298,33; 306,70)	170,26 (167,08; 173,45)	132,25 (129,53; 134,96)
2017	287,79 (283,75; 291,84)	162,30 (159,22; 165,38)	125,50 (122,87; 128,12)
2018	284,46 (280,49; 288,43)	159,05 (156,04; 162,06)	125,41 (122,82; 128,00)
2019	277,85 (274,02; 281,68)	154,73 (151,83; 157,63)	123,12 (120,61; 125,63)
2020	337,23 (333,07; 341,38)	170,82 (167,83; 173,81)	166,40 (163,52; 169,28)
2021	413,46 (408,94; 417,98)	251,87 (248,31; 255,44)	161,58 (158,81; 164,36)
ГПИ/АРС	-3,5* (-6,8; 0,1) ($P = ,047$)/2015-2019 23,1* (12,6; 34,6) ($P = ,01$)/2019-2021	-5,3* (-8,7; -1,7) ($P = ,024$)/2015-2019 29,5* (17,6; 42,6) ($P = ,007$)/2019-2021	-4,0 (-32,0; 35,6) ($P = ,664$)/2015-2019 11,3 (-18,1; 51,3) ($P = ,271$)/2019-2021
СПИ/ААРС	4,7* (2,9; 6,5) ($P < ,001$)	5,1* (3,2; 7,1) ($P < ,001$)	3,4 (-6,9; 14,9) ($P = ,534$)

Сравнительный анализ предотвратимой смертности в разрезе по полу за 2015-2021 годы выявил постоянное превышение показателей среди мужчин почти по всем группам причин смерти. Наиболее выраженные гендерные различия наблюдались при заболеваниях системы кровообращения, травмах, заболеваний органов дыхания, онкологических заболеваниях, а также смертности, связанной с употреблением алкоголя и наркотиков (Таблица 4).

При заболеваниях системы кровообращения уровень предотвратимой смертности среди мужчин оставался очень высоким на протяжении всего периода наблюдения. В 2021 году этот показатель составлял 246,75 на 100 000 населения по сравнению с 110,88 для женщин (95% ДИ для мужчин: 201,42–246,75; для женщин: 77,02–110,88). Кроме того, после постепенного спада в 2015-2019 годах в обеих группах наблюдался резкий рост в 2020-2021 годах (Рисунок 1).

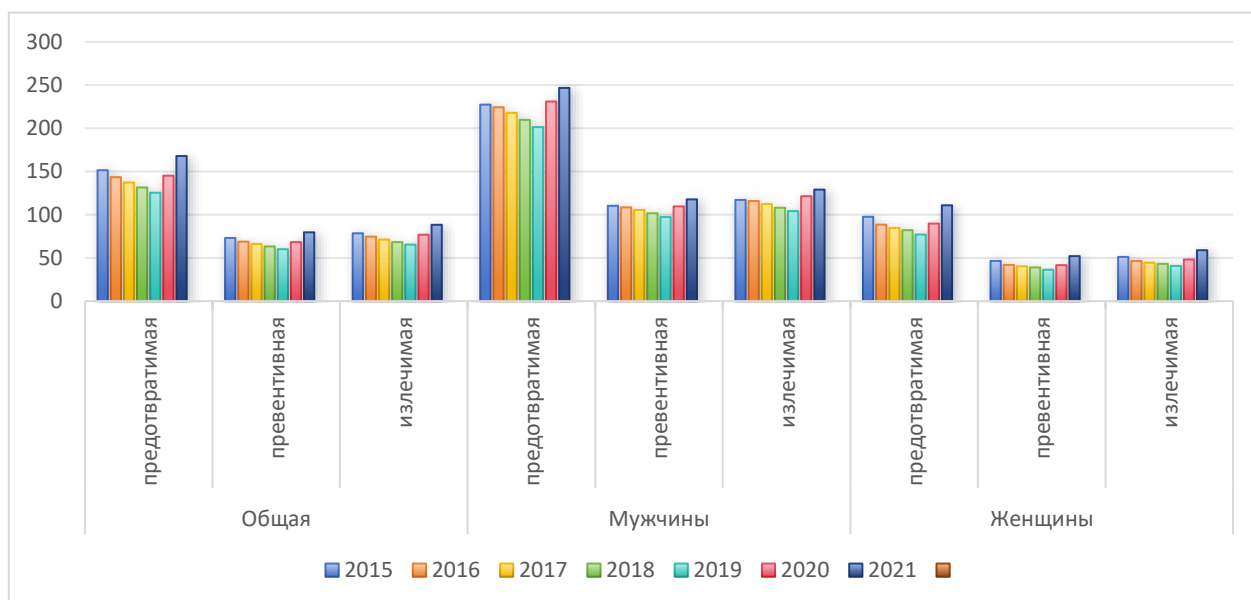


Рисунок 1 - Сравнительная динамика предотвратимой (превентивной и излечимой) смертности от болезней системы кровообращения среди мужчин и женщин в Казахстане с 2015 по 2021 год, (на 100 000 населения)

Таблица 4 - Стандартизованные по возрасту показатели предотвратимой смертности (на 100 000 человек), Доверительный интервал 95%) в разбивке по полу и заболеваниям в Казахстане с 2015 по 2021 год

Причины смерти	Годы	Общая			Мужчины			Женщины		
		предотвратимая	превентивная	излечимая	предотвратимая	превентивная	излечимая	предотвратимая	превентивная	излечимая
Инфекционные заболевания (туберкулез)	2015	9,10	4,26	4,84	13,56	6,59	6,97	5,53	2,33	3,20
	2016	8,09	3,84	4,25	11,76	5,89	5,87	5,02	2,10	2,93
	2017	8,14	3,81	4,33	11,74	5,88	5,86	5,22	2,06	3,16
	2018	7,37	3,54	3,83	10,88	5,45	5,43	4,52	1,96	2,55
	2019	7,57	3,42	4,15	10,95	5,06	5,88	4,91	2,06	2,85
	2020	6,86	2,89	3,97	9,96	4,49	5,47	4,40	1,57	2,83
	2021	7,71	2,87	4,84	10,83	4,35	6,48	5,00	1,58	3,43
Онкологические заболевания	2015	83,09	55,89	27,20	112,18	94,77	17,40	65,29	30,01	35,28
	2016	77,84	51,80	26,04	106,99	89,88	17,10	60,52	26,78	33,74
	2017	72,12	47,14	24,98	97,24	80,10	17,14	58,17	25,99	32,18
	2018	69,47	45,74	23,72	95,87	80,26	15,61	55,43	24,09	31,34
	2019	66,32	43,59	22,73	92,16	76,52	15,64	52,32	22,86	29,46
	2020	64,81	42,53	22,28	88,54	73,37	15,17	51,67	22,77	28,90
	2021	61,07	39,04	22,03	80,53	66,16	14,37	48,48	20,26	28,22
Эндокринные и метаболические заболевания	2015	21,94	10,65	11,29	22,27	10,97	11,29	21,65	10,39	11,27
	2016	23,63	11,61	12,02	23,63	11,77	11,87	24,06	11,70	12,36
	2017	23,26	11,36	11,90	23,40	11,56	11,84	24,01	11,63	12,39
	2018	25,46	12,52	12,94	26,99	13,35	13,64	26,02	12,73	13,29
	2019	26,01	12,79	13,23	27,76	13,73	14,03	26,41	12,94	13,48
	2020	32,51	16,12	16,39	35,37	17,63	17,75	32,09	15,84	16,25
	2021	35,44	17,65	17,79	36,28	18,12	18,16	34,86	17,33	17,53
Болезни органов нервной системы	2015	1,74	0,00	1,74	2,41	0,00	2,41	1,20	0,00	1,20
	2016	2,00	0,00	2,00	2,76	0,00	2,76	1,41	0,00	1,41
	2017	1,57	0,00	1,57	2,16	0,00	2,16	1,10	0,00	1,10
	2018	1,54	0,00	1,54	2,22	0,00	2,22	1,04	0,00	1,04
	2019	1,71	0,00	1,71	2,50	0,00	2,50	1,12	0,00	1,12
	2020	1,61	0,00	1,61	2,01	0,00	2,01	1,30	0,00	1,30
	2021	1,66	0,00	1,66	2,17	0,00	2,17	1,23	0,00	1,23

Болезни системы кровообращения	2015	151,48	73,01	78,47	227,40	110,30	117,11	97,61	46,50	51,11
	2016	143,46	68,83	74,63	224,33	108,45	115,88	88,41	41,88	46,53
	2017	137,21	66,03	71,18	217,80	105,52	112,28	84,67	40,27	44,40
	2018	131,51	63,26	68,25	209,72	101,67	108,05	82,10	38,96	43,14
	2019	125,44	60,06	65,38	201,42	97,28	104,13	77,02	36,26	40,76
	2020	145,15	68,30	76,85	231,00	109,61	121,39	89,72	41,60	48,13
	2021	167,90	79,59	88,31	246,75	117,72	129,03	110,88	52,02	58,86
Заболевания органов дыхания	2015	81,66	57,55	24,12	133,57	95,65	37,92	45,80	31,98	13,82
	2016	79,98	57,95	22,03	135,39	100,82	34,57	43,74	30,59	13,14
	2017	72,52	51,77	20,75	126,95	92,81	34,14	38,49	26,84	11,65
	2018	68,76	47,48	21,28	116,90	83,09	33,81	39,42	26,65	12,78
	2019	67,87	45,32	22,56	117,03	80,99	36,04	37,80	24,44	13,36
	2020	107,37	45,32	62,04	168,61	80,25	88,36	70,16	24,39	45,77
	2021	89,10	53,55	35,56	136,41	88,89	47,52	56,83	30,07	26,76
Заболевания органов пищеварения	2015	11,78	0,00	11,78	17,74	0,00	17,74	7,22	0,00	7,22
	2016	11,47	0,00	11,47	17,26	0,00	17,26	7,17	0,00	7,17
	2017	11,10	0,00	11,10	16,31	0,00	16,31	7,50	0,00	7,50
	2018	10,58	0,00	10,58	16,19	0,00	16,19	6,80	0,00	6,80
	2019	11,69	0,00	11,69	17,61	0,00	17,61	7,63	0,00	7,63
	2020	11,42	0,00	11,42	17,53	0,00	17,53	7,12	0,00	7,12
	2021	11,37	0,00	11,37	17,17	0,00	17,17	6,91	0,00	6,91
Заболевания органов мочеполовой системы	2015	11,46	0,00	11,46	17,36	0,00	17,36	7,74	0,00	7,74
	2016	11,91	0,00	11,91	18,39	0,00	18,39	7,92	0,00	7,92
	2017	11,56	0,00	11,56	19,36	0,00	19,36	6,90	0,00	6,90
	2018	12,41	0,00	12,41	19,43	0,00	19,43	8,48	0,00	8,48
	2019	12,13	0,00	12,13	18,86	0,00	18,86	8,33	0,00	8,33
	2020	14,19	0,00	14,19	22,05	0,00	22,05	9,67	0,00	9,67
	2021	15,94	0,00	15,94	23,77	0,00	23,77	10,72	0,00	10,72
Травмы	2015	74,57	74,57	0,00	128,13	128,13	0,00	29,13	29,13	0,00
	2016	69,46	69,46	0,00	119,34	119,34	0,00	27,15	27,15	0,00
	2017	64,37	64,37	0,00	110,27	110,27	0,00	25,45	25,45	0,00
	2018	62,27	62,27	0,00	106,02	106,02	0,00	24,77	24,77	0,00
	2019	61,61	61,61	0,00	105,37	105,37	0,00	24,27	24,27	0,00

	2020	53,87	53,87	0,00	93,67	93,67	0,00	19,84	19,84	0,00
	2021	56,74	56,74	0,00	96,27	96,27	0,00	22,10	22,10	0,00
Смерти, связанные с употреблени ем алкоголя и наркотиков	2015	48,06	48,06	0,00	73,63	73,63	0,00	28,45	28,45	0,00
	2016	43,27	43,27	0,00	67,00	67,00	0,00	25,57	25,57	0,00
	2017	40,91	40,91	0,00	61,89	61,89	0,00	25,50	25,50	0,00
	2018	40,84	40,84	0,00	62,42	62,42	0,00	25,32	25,32	0,00
	2019	43,48	43,48	0,00	65,84	65,84	0,00	27,62	27,62	0,00
	2020	43,66	43,66	0,00	67,09	67,09	0,00	26,43	26,43	0,00
	2021	47,24	47,24	0,00	71,47	71,47	0,00	28,27	28,27	0,00
COVID-19	2020	18,08	18,08	0,00	25,11	25,11	0,00	14,12	14,12	0,00
	2021	83,91	83,91	0,00	95,76	95,76	0,00	76,07	76,07	0,00

Смертность от онкологических заболеваний также характеризовалась значительным преобладанием мужских показателей. В 2021 году уровень предотвратимой смертности среди мужчин составил 80,53 на 100 тыс. населения, а среди женщин—48,48 (95% ДИ: 92,16–80,53 и 52,32–48,48 соответственно) (Рисунок 2). Несмотря на общую тенденцию к снижению смертности в обеих группах, различия между полами сохранялись в течение периода исследования.

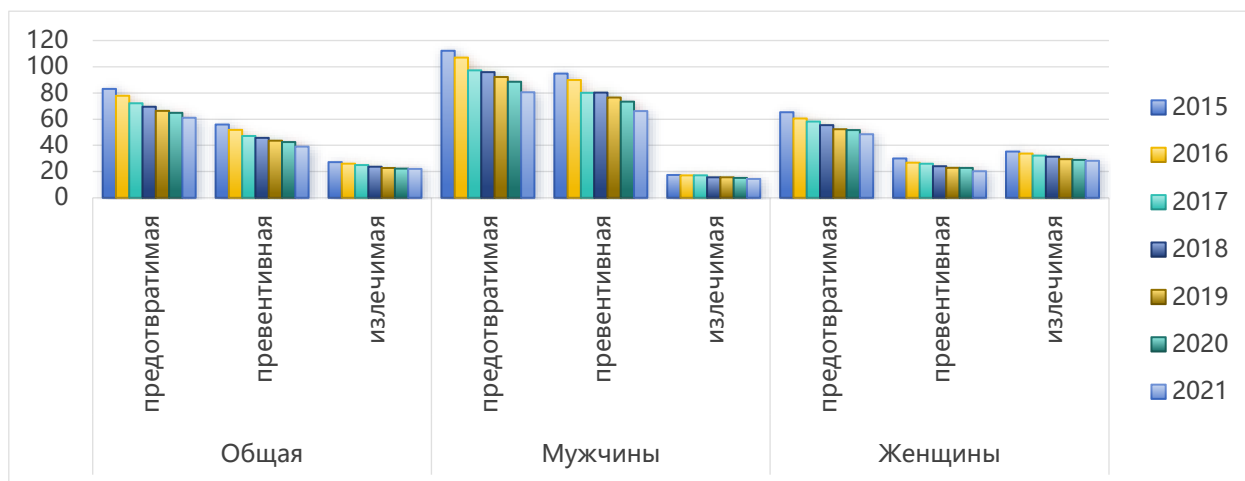


Рисунок 2 - Сравнительная динамика предотвратимой (превентивной и излечимой) смертности от онкологических заболеваний среди мужчин и женщин в Казахстане с 2015 по 2021 год, (на 100 000 населения)

Наиболее выраженный гендерный разрыв выявлен в травмах. В 2021 году уровень смертности среди мужчин достиг 96,27 на 100 000 населения, что в 4 раза выше, чем среди женщин — 22,10 (95% ДИ: 105,37–96,27 и 24,27–22,10 соответственно). Несмотря на тенденцию к снижению в обеих группах, смертность мужчин оставалась стабильно значительно выше (Рисунок - 3).

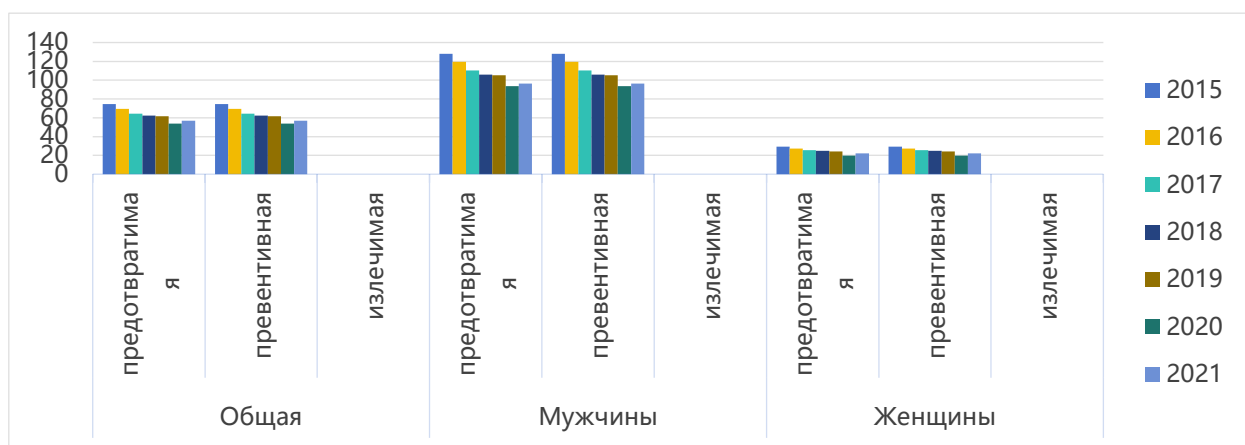


Рисунок 3 - Сравнительная динамика предотвратимой и превентивной смертности от травм среди мужчин и женщин в Казахстане с 2015 по 2021 год, (на 100 000 населения)

Аналогичная ситуация наблюдалась и со смертностью, связанной с употреблением алкоголя и наркотиков. Среди мужчин этот показатель составлял 71,47 на 100 тыс.населения в 2021 году по сравнению с 28,27 среди женщин (95% ДИ: 61,89–71,47 и 25,50–28,27 соответственно). После снижения до 2018 года в обеих половых группах наблюдалась тенденция к многократному увеличению смертности (Рисунок - 4).

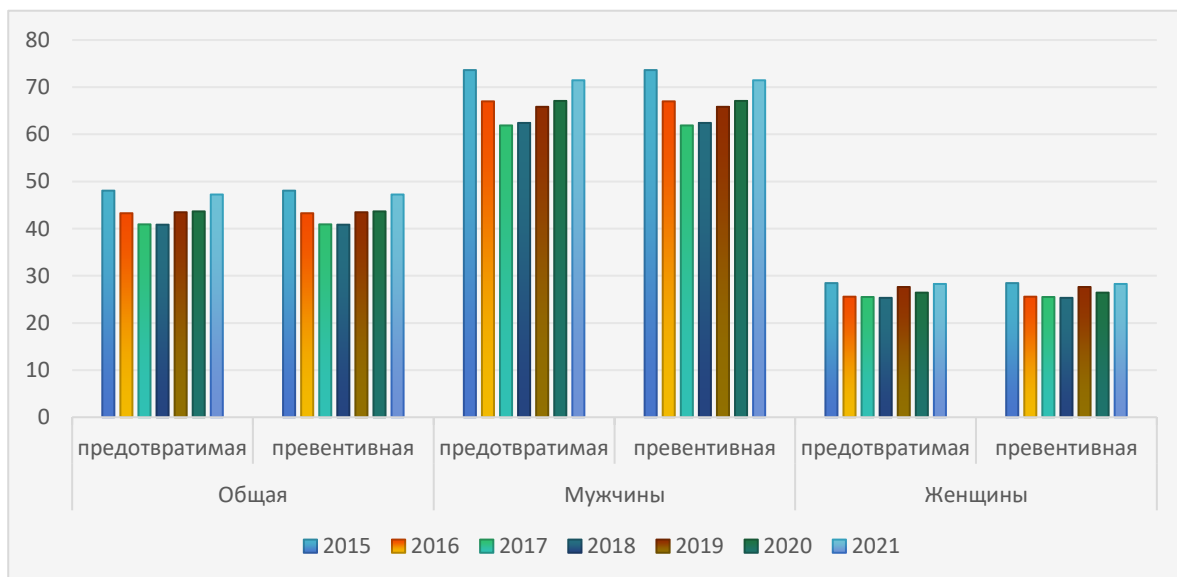


Рисунок 4 - Сравнительная динамика предотвратимой и превентивной смертности от причин, связанных с употреблением алкоголя и наркотиков среди мужчин и женщин в Казахстане с 2015 по 2021 год, (на 100 000 населения)

По заболеваниям органов дыхания смертность среди мужчин также значительно превышала показатели женщин (Рисунок 5). Во время пандемии COVID–19 наблюдался особенно заметный рост: в 2020 году смертность среди мужчин достигла 168,61 на 100 000 населения, а среди женщин–70,16 (95% ДИ: 117,03-168,61 и 37,80-70,16 соответственно). В 2021 году показатели снизились, но значительно выше, чем до пандемии.

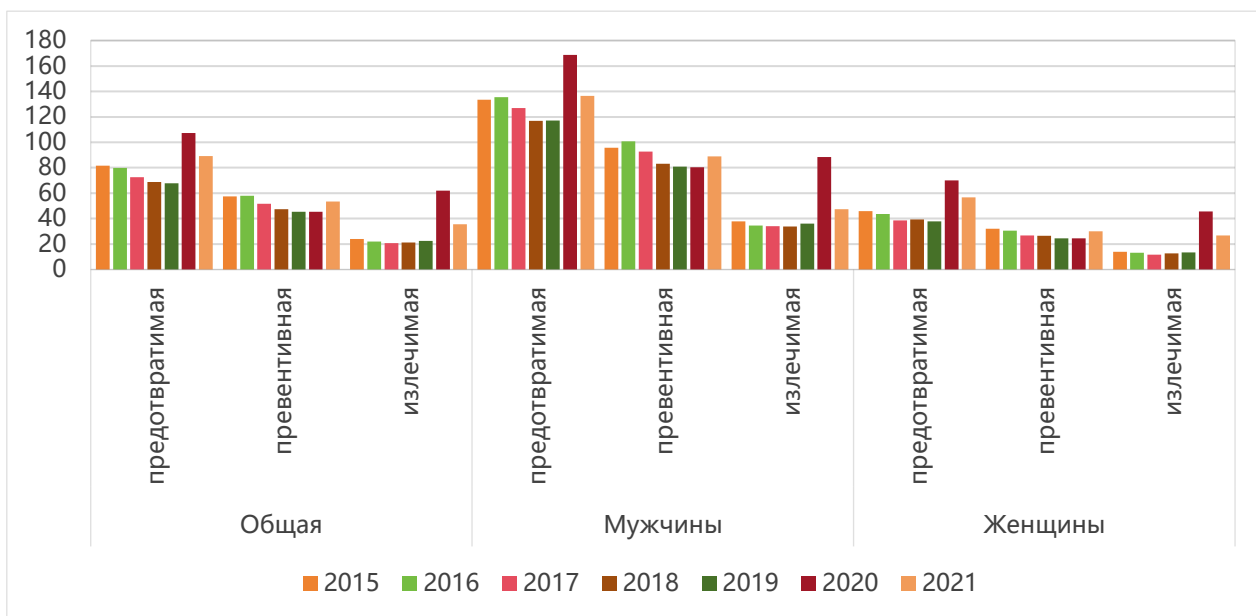


Рисунок 5 - Сравнительная динамика предотвратимой (превентивной и излечимой) смертности от болезней системы органов дыхания среди мужчин и женщин в Казахстане с 2015 по 2021 год, (на 100 000 населения)

Гендерные различия были менее заметны при эндокринных и метаболических заболеваниях. В 2021 году эти показатели составили 36,28 среди мужчин и 34,86 среди женщин на 100 тыс. населения (95% ДИ: 22,27–36,28 и 21,65–34,86 соответственно) (Рисунок -6). Обе группы характеризовались устойчивым ростом смертности в более поздний период.

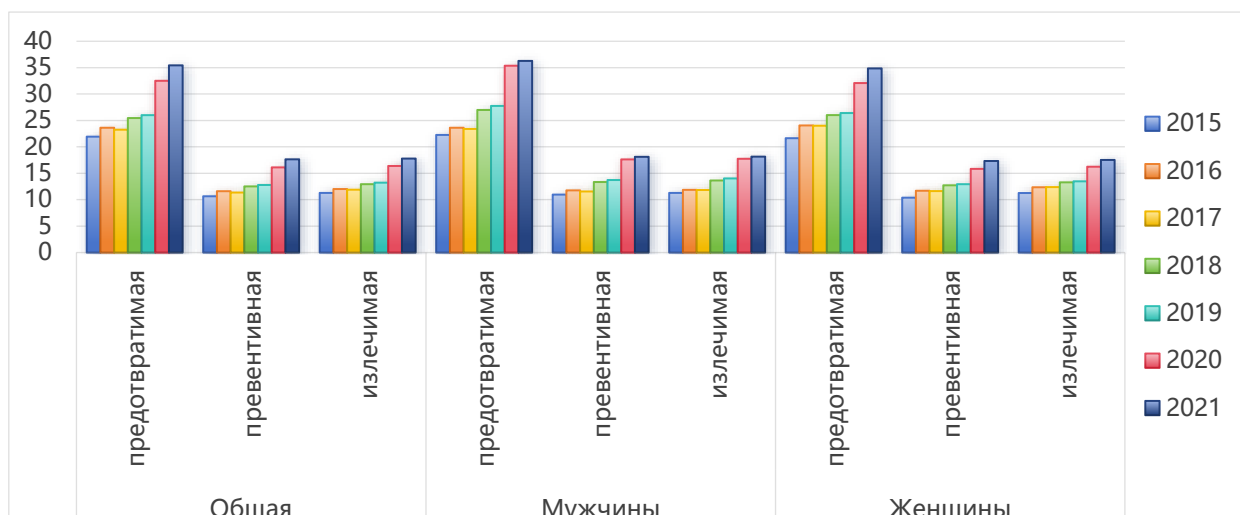


Рисунок 6 - Сравнительная динамика предотвратимой (превентивной и излечимой) смертности от эндокринных и метаболических заболеваний среди мужчин и женщин в Казахстане с 2015 по 2021 год, (на 100 000 населения)

Смертность от инфекционных заболеваний, включая туберкулёз, также была выше среди мужчин. В 2021 году этот показатель составил 10,83 против

5,00 на 100 000 населения среди женщин (95% ДИ: 9,96–10,83 и 4,40–5,00 соответственно). Кроме того, у мужчин преобладали предотвратимые и излечимые компоненты смертности.

При сравнении 2021 и 2020 годов смертность от COVID-19, которую можно было предотвратить, увеличилась в четыре раза, с 18,08 до 83,91 на 100 000 населения, причём у мужчин этот показатель был выше, чем у женщин (Таблица - 3). На протяжении всего исследуемого периода показатели мужчин неизменно превышали показатели женщин, что свидетельствует о большей уязвимости мужского населения к неблагоприятным последствиям пандемии. В общей популяции уровень предотвратимой смертности от COVID-19 увеличился с 18,08 до 83,91 на 100 000 населения (95% ДИ: 18,08–83,91). Среди мужчин этот показатель увеличился с 25,11 до 95,76 на 100 000 населения (95% ДИ: 25,11–95,76), в то время как среди женщин — с 14,12 до 76,07 на 100 000 населения (95% ДИ: 14,12–76,07) (Рисунок -7). Следует отметить, что структура смертности от COVID-19 в основном была представлена предотвратимым компонентом, в то время как излечимый компонент отсутствовал. Это подчёркивает решающую роль профилактических мер, своевременной диагностики, вакцинации и организационной готовности системы здравоохранения в снижении смертности во время пандемии.

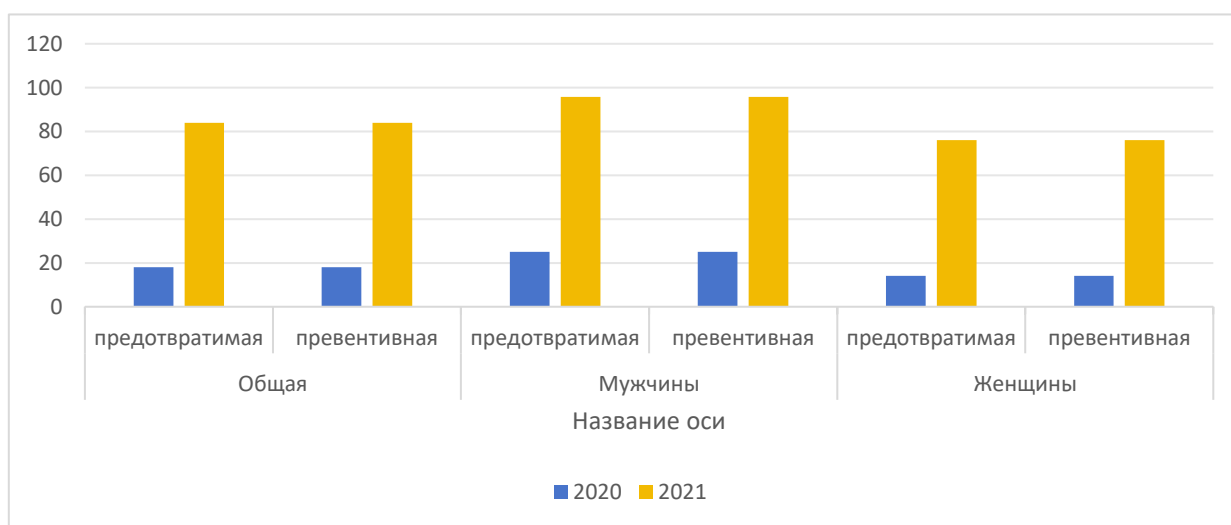


Рисунок 7- Сравнительная динамика предотвратимой и превентивной смертности от COVID-19 среди мужчин и женщин в Казахстане с 2015 по 2021 год, (на 100 000 населения)

Оценка уровня предотвратимой смертности от основных заболеваний у мужчин, способствует более полному пониманию ключевых областей, в которых могут быть осуществлены целенаправленные вмешательства, направленные на мужское население для внесения позитивных изменений в стратегии здравоохранения страны. Совершенствование системы здравоохранения необходимо для полной реализации политики всеобщего медицинского страхования и укрепления здоровья населения, в частности

мужского населения за счёт снижения смертности, которой можно избежать [104].

Таким образом, результаты анализа показывают явное гендерное неравенство в предотвратимой смертности. Мужчины характеризовались значительно более высокими показателями практически по всем основным причинам смерти, особенно по внешним причинам, заболеваниям системы кровообращения и респираторным заболеваниям. Женщины имели более низкий уровень смертности и имели более стабильную динамику. Наиболее неблагоприятные изменения в обеих группах наблюдались в 2020-2021 годах из-за последствий пандемии COVID-19.

3.2. Уровень региональных показателей предотвратимой смертности у мужчин и женщин в РК

Следующим шагом исследования было выявление особенностей в уровне предотвратимой смертности среди обоих полов в разрезе регионов страны. Две области страны и два крупнейших городских мегаполисов были отобраны как объекты исследования: города Алматы и Астана, и Восточно Казахстанская и Актыбинская области. Сравнение показателей в данных выбранных территориальных площадках, отражает широкий охват объектом исследования, что способствует корректному сопоставлению показателей.

Таблица 5 - Уровень предотвратимой смертности в городе Алматы среди обоих полов за период 2015-2021 год (стандартизированные по возрасту коэффициенты)

Годы	Город Алматы		
	Предотвратимая	Превентивная	Излечимая
мужчины			
2015	629,36(605,35;653,37)	419,41(399,82;438,99)	209,95(196,06;223,85)
2016	582,22(558,88;605,55)	375,96(357,06;394,86)	206,26(192,57;219,95)
2017	546,17(523,44;568,89)	346,51(328,47;364,55)	199,66(185,83;213,48)
2018	602,19(579,32;625,06)	375,31(357,33;393,3)	226,88(212,75;241)
2019	617,99(595,88;640,1)	386,36(368,96;403,77)	231,63(218;245,26)
2020	641,58(619,63;663,53)	359,27(342,88;375,65)	282,31(267,71;296,92)
2021	763,03(739,51;786,55)	503,14(484,01;522,27)	259,89(246,21;273,58)
Среднегодовой прирост ДИ (95%)	3,25(0,03;6,57)	2,04(-2,7;7,00)	5,19(2,43;8,02)
Женщины			
2015	244,96(232,72;257,2)	127,13(118,26;136,01)	117,83(109,4;126,26)
2016	266,73(253,87;279,58)	142,08(132,66;151,49)	124,65(115,9;133,4)
2017	295,44(281,9;308,98)	161,43(151,37;171,49)	134,01(124,94;143,07)
2018	278,72(266,32;291,12)	140,89(132,06;149,72)	137,83(129,12;146,54)
2019	252,84(241,4;264,27)	126,27(118,16;134,38)	126,57(118,5;134,63)
2020	269,89(258,48;281,31)	120,21(112,58;127,84)	149,68(141,19;158,17)
2021	380,11(366,96;393,27)	224,91(214,75;235,07)	155,2(146,84;163,56)

Среднегодовой прирост ДИ (95%)	4,33(-0,39;9,26)	4,12(-3,85;12,75)	4,14(2,15;6,16)
Оба пола			
2015	401,38(389,36;413,4)	246,18(236,77;255,6)	155,2(147,73;162,67)
2016	390,64(378,75;402,53)	233,34(224,13;242,55)	157,3(149,79;164,81)
2017	386,63(374,87;398,39)	229,45(220,42;238,49)	157,18(149,65;164,7)
2018	407,91(396,26;419,56)	234,95(226,13;243,77)	172,96(165,35;180,57)
2019	400,1(389;411,2)	231,46(223,03;239,89)	168,64(161,41;175,86)
2020	418,4(407,38;429,41)	215,96(208,05;223,88)	202,43(194,76;210,1)
2021	530,48(518,36;542,59)	334,54(324,89;344,19)	195,94(188,62;203,26)
Среднегодовой прирост ДИ (95%)	3,67(0,49;6,94)	2,8(-2,52;8,42)	4,66(2,73;6,62)

За исследуемый период с 2015 по 2021 год уровень предотвратимой смертности среди мужчин города Алматы в значительном темпе снижался до 2017 года (с 629,36 на 100 тыс. нас. до уровня 546,17 на 100 тыс. нас. в 2017 году). Данная тенденция была выражена в показателях превентивной смертности. Затем с 2018 года, как превентивная и, так и излечимая смертность начали расти и достигли максимальных значений за весь период (Таблица 5). Среднегодовой прирост предотвратимой смертности составил +3,25%, тогда как более выраженные темпы прироста обнаружены по излечимой смертности. Изменения в значениях показателей по предотвратимой смертности среди жительниц города Алматы указывают на неустойчивые изменения, как в превентивной, так и при излечимой смертности. Данные объединяющие показатели среди обоих полов также выражены относительной стабильностью до 2021 года, после чего зарегистрированы резкие скачки в показателях. Особенно, темпы прироста излечимой смертности выражены значительно, что указывает на несоответствующий уровень организации и предоставления медицинских услуг.

У мужчин, проживающих в Астане, за анализируемый период уровень предотвратимой смертности характеризуется изменчивыми показателями роста и снижения, но темпы среднегодового изменения составили всего лишь +0,65%, что отражает в целом стабильные показания. (Таблица 6). Впрочем, среднегодовой тренд изменении снижен (- 0,83%) при излечимой смертности у мужчин. Постоянное снижение показателей предотвратимой смертности среди женщин столицы наблюдается до 2019 года, затем начинает расти и к 2021 году достиг отметки 340,26 на 100 тыс. нас. Среднегодовой прирост по показателю предотвратимой смертности составил +1,28%, а вот по уровню излечимой смертности наблюдается даже снижение на -3,9%.

Обобщенно, в городе Астана уровень предотвратимой смертности характеризуется условной устойчивостью и среднегодовые тренды менее интенсивны.

Таблица 6 - Уровень предотвратимой смертности г. Астана среди обоих полов за период 2015-2021 год (стандартизированные по возрасту коэффициенты)

годы	Астана		
	Предотвратимая	Превентивная	Излечимая
мужчины			
2015	594,67(554,68;634,66)	394,55(362,05;427,05)	200,12(176,82;223,42)
2016	615,28(574,07;656,5)	397,66(364,74;430,59)	217,62(192,83;242,42)
2017	484,86(449,92;519,81)	314,54(286,6;342,47)	170,32(149,33;191,32)
2018	504,85(471,71;537,98)	330,97(304,49;357,45)	173,88(153,95;193,8)
2019	485,8(455,43;516,17)	317,17(292,61;341,72)	168,63(150,76;186,51)
2020	561,72(531,36;592,07)	337,88(314,38;361,37)	223,84(204,62;243,06)
2021	670,85(638,84;702,86)	488,54(461,05;516,04)	182,3(165,91;198,7)
Среднегодовой прирост ДИ (95%)	0,65(-4,37;5,93)	1,16(-5,17;7,91)	-0,83(-5,42;3,98)
Женщины			
2015	270,52(248,38;292,65)	134,89(119,23;150,55)	135,63(119,98;151,28)
2016	268,96(246,86;291,07)	133,77(118,06;149,48)	135,19(119,64;150,74)
2017	215,75(196,94;234,56)	105,95(92,65;119,24)	109,8(96,49;123,11)
2018	198,24(181,21;215,27)	94,95(83,21;106,7)	103,29(90,96;115,62)
2019	187,51(172,28;202,75)	90,97(80,39;101,56)	96,54(85,59;107,49)
2020	244,49(228,08;260,9)	116,22(104,95;127,49)	128,28(116,35;140,21)
2021	340,26(321,6;358,91)	239,15(223,33;254,98)	101,1(91,23;110,98)
Среднегодовой прирост ДИ (95%)	1,28(-6,82;10,09)	4,69(-7,73;18,79)	-3,9(-8,35;0,76)
Оба пола			
2015	407,09(386,37;427,8)	244,17(228,2;260,13)	162,92(149,73;176,11)
2016	414,47(393,49;435,45)	244,95(228,9;261,01)	169,52(156,02;183,02)
2017	328,33(310,54;346,13)	193,71(180,11;207,32)	134,62(123,15;146,09)
2018	326,97(310,3;343,63)	194,52(181,82;207,22)	132,45(121,66;143,25)
2019	311,38(296,27;326,49)	184,95(173,34;196,55)	126,43(116,76;136,11)
2020	376,45(360,85;392,06)	208,47(196,91;220,03)	167,98(157,5;178,46)
2021	477,25(460,27;494,22)	342,63(328,12;357,14)	134,62(125,82;143,42)
Среднегодовой прирост ДИ (95%)	0,83(-5,31;7,37)	2,34(-6;11,42)	-2,31(-6,84;2,44)

Самые высокие показатели уровня предотвратимой смертности зафиксированы в Восточно-Казахстанской области страны. Тенденция, наблюдаемая в значениях смертности среди мужчин региона, характеризуется колебаниями, то есть по 2019 год - снижение уровня, и с 2020 года резкий скачок показателей предотвратимой смертности с 803,95 на 100 тыс. нас. До 962,86 на 100 тыс. нас. Однако, превентивная смертность была снижена (-2,02%), в то время как излечимая смертность показала значительный прирост в изменении в целых +4,58%, что подтверждает достаточно высокую роль

оказанных медицинских вмешательств в снижении смертности среди мужчин. Аналогичная тенденция изменении от года в год в уровне предотвратимой смертности фиксируется и у женщин исследуемом регионе (Таблица 7).

Таблица 7 - Уровень предотвратимой смертности по Восточно-Казахстанской области среди обоих полов за период 2015-2021 год (стандартизированные по возрасту коэффициенты)

годы	ВКО		
	Предотвратимая	Превентивная	Излечимая
мужчины			
2015	912,42(884,93;939,9)	649,23(626,22;672,25)	263,18(248,16;278,21)
2016	895,71(867,97;923,46)	625,07(602,01;648,13)	270,64(255,21;286,07)
2017	843,88(816,83;870,94)	597,05(574,38;619,72)	246,84(232,07;261,6)
2018	841,15(814,79;867,51)	574,56(552,93;596,18)	266,59(251,51;281,67)
2019	803,95(778,95;828,94)	540,19(519,89;560,49)	263,76(249,17;278,34)
2020	858,48(833,17;883,79)	555,88(535,62;576,14)	302,6(287,44;317,76)
2021	962,86(936,51;989,2)	599,92(579,25;620,58)	362,94(346,61;379,27)
Среднегодовой прирост ДИ (95%)	0,1(-2,32;2,58)	-2,02(-3,87;-0,13)	4,58(1,01;8,28)
Женщины			
2015	364,62(349,83;379,42)	208,71(197,51;219,91)	155,92(146,25;165,58)
2016	323,1(308,93;337,27)	185,55(174,79;196,31)	137,55(128,33;146,77)
2017	316,94(302,84;331,04)	178,26(167,67;188,85)	138,68(129,37;147,99)
2018	314,25(300,38;328,13)	173,52(163,23;183,81)	140,73(131,42;150,04)
2019	305,3(292,08;318,52)	165,56(155,8;175,32)	139,74(130,82;148,65)
2020	347,35(333,52;361,17)	184,46(174,33;194,58)	162,89(153,47;172,3)
2021	408,79(394;423,57)	209,47(198,81;220,13)	199,32(189,07;209,57)
Среднегодовой прирост ДИ (95%)	1,62(-2,33;5,73)	-0,27(-3,8;3,4)	3,94(-0,47;8,54)
Оба пола			
2015	601,4(587,07;615,74)	400,02(388,38;411,66)	201,39(193,02;209,75)
2016	569,55(555,38;583,71)	375,46(364;386,92)	194,08(185,76;202,41)
2017	544,54(530,62;558,47)	359,67(348,39;370,96)	184,87(176,71;193,04)
2018	542,64(528,97;556,31)	348,77(337,87;359,66)	193,87(185,62;202,12)
2019	521,9(508,88;534,93)	330,13(319,8;340,46)	191,77(183,84;199,71)
2020	567,08(553,76;580,4)	345,49(335,09;355,89)	221,59(213,27;229,91)
2021	646,79(632,77;660,81)	379,56(368,8;390,31)	267,23(258,24;276,23)
Среднегодовой прирост ДИ (95%)	0,6(-2,25;3,53)	-1,45(-3,71;0,86)	4,19(0,39;8,14)

Таким образом, уровень предотвратимой смертности по Восточно-Казахстанской области стал самым высоким по сравнению с другими регионами, особенно в постковидный период, а также выраженным уровнем

смертности, которую можно было бы избежать мерами медицинских вмешательств.

Изменения в показателях предотвратимой смертности по Актюбинской области характеризуется частыми колебаниями уровня, особенно среди мужчин, показатели которых достигли максимальных значений в 2021 году, и составил 899,28 на 100 тыс. нас. Среднегодовой прирост показателей мужчин был значительным в излечимом составляющем предотвратимой смертности в +4,64%. В актюбинской области у женщин показатели также нестабильные, до 2016 года идёт в рост, затем до 2019 года наблюдается снижение показателей и опять показатели растут к 2021 году достигнув уровню 421,86 на 100 тыс. нас. (Таблица 8). Среднегодовой прирост незначительный всего +2,46% составило, однако в аспекте излечимого вклада в значения смертности прирост очень резко повышается, что скорее всего связаны с оказанием медицинских услуг в условиях пандемического периода.

Таблица 8 - Уровень предотвратимой смертности (излечимой и превентивной) по Актюбинской области среди обоих полов за период 2015-2021 год (стандартизированные по возрасту коэффициенты)

годы	Актюбе		
	Предотвратимая	Превентивная	Излечимая
мужчины			
2015	825,22(783,8;866,64)	594,1(559,17;629,04)	231,12(208,86;253,38)
2016	688,51(655,25;721,77)	480,33(452,72;507,94)	208,18(189,65;226,72)
2017	733,42(693,82;773,03)	539,12(505,08;573,16)	194,3(174,07;214,54)
2018	713,32(676,46;750,18)	521,75(489,89;553,6)	191,58(173,03;210,12)
2019	706,63(670,97;742,29)	496,03(466,11;525,95)	210,6(191,2;230,01)
2020	875,13(836,72;913,54)	563,47(532,45;594,5)	311,66(289,01;334,3)
2021	899,28(861,66;936,89)	636,8(604,97;668,63)	262,48(242,44;282,52)
Среднегодовой прирост ДИ (95%)	2,53(-1,4;6,62)	1,6(-2,19;5,53)	4,64(-1,44;11,09)
Женщины			
2015	328,11(306,09;350,13)	196,7(179,54;213,87)	131,41(117,62;145,19)
2016	403,87(370,68;437,06)	262,38(234,54;290,22)	141,49(123,42;159,56)
2017	289,93(269,45;310,42)	171,29(155,19;187,39)	118,65(105,97;131,32)
2018	297,14(276,55;317,72)	176,24(160,19;192,3)	120,89(108,01;133,78)
2019	302,32(282,58;322,06)	173,23(158,1;188,36)	129,09(116,4;141,78)
2020	381,46(360,08;402,84)	198,51(182,95;214,07)	182,95(168,29;197,61)
2021	421,86(400,2;443,52)	271,05(253,53;288,56)	150,81(138,07;163,55)
Среднегодовой прирост ДИ (95%)	2,46(-3,5;8,79)	1,49(-6,07;9,67)	3,68(-1,58;9,22)
Оба пола			
2015	541,53(520,22;562,83)	367,99(350,47;385,51)	173,54(161,41;185,67)
2016	507,71(486,78;528,63)	341,16(323,96;358,37)	166,55(154,64;178,45)
2017	478,33(458,27;498,39)	328,51(311,76;345,26)	149,82(138,77;160,86)

2018	477,7(458,23;497,17)	325,77(309,57;341,97)	151,93(141,13;162,73)
2019	475,8(457,08;494,53)	312,33(297,1;327,56)	163,47(152,57;174,37)
2020	592,51(572,31;612,71)	354,4(338,68;370,11)	238,11(225,43;250,8)
2021	625,34(605,29;645,4)	427,26(410,58;443,94)	198,09(186,96;209,21)
Среднегодовой прирост ДИ (95%)	2,66(-1,26;6,74)	1,71(-2,24;5,82)	4,38(-1,21;10,27)

Исследование по оценке уровня предотвратимой смертности в разрезе регионов страны продемонстрировало местные географические особенности за анализируемый период. Наименее благоприятной ситуация оказалась в Восточно-Казахстанской области, в которой зафиксированы высокие значения уровня предотвратимой смертности, преимущественно среди мужчин. В Актюбинской области и г.Алматы наблюдалось повышение уровня в 2020-2021 года, в то время как по городу Астана тенденция характеризовалась относительной стабильностью. В целом, по всем исследуемым регионам фиксируется стремительно растущая динамика уровня предотвратимой смертности во время пандемии короновирусной инфекции, что связана с излечимым аспектом предотвратимой смертности, зависящие от своевременности, доступности и качества оказанной медицинской помощи. Установленные в исследовании различия доказывают о целесообразности и потребности в реализации профилактических стратегий, учитывающие как областные и городские, а также гендерные особенности.

4 РЕЗУЛЬТАТЫ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ УРОВНЯ ГРАМОТНОСТИ В ВОПРОСАХ ЗДОРОВЬЯ МУЖЧИН НА ПРИМЕРЕ ГОРОДА АЛМАТЫ.

4.1 Медицинская грамотность и профилактическая осведомленность мужчин в разрезе возрастных и профессиональных групп

Социальные и демографические характеристики опрошенных в сравниваемых группах по возрастам установлены статистически значимые различия: по уровню образования, режиму труда, социальному и семейному положению и по уровню дохода ($p=0,001$). Лица с незаконченным высшим образованием (28,3%) преобладали в самой молодой возрастной группе мужчин, тогда как в более старшей возрастной группе мужчин доля лиц с высшим образованием составило 54,8%. По социальному статусу преобладающее большинство мужчин - 56,7% были рабочие, в более молодой возрастной группе 32,2 % были обучающимися - студентами, и 45,2% мужчин в группе 60 лет и старше были пенсионерами. Большинство опрошенных мужчин трудятся в стандартном режиме (68,5%) и 33,3% лиц старшего возраста отметили гибкий режим труда.

Среди возрастной группы 18-29 лет большинство мужчин, не состоявших в браке (63,9%), тогда как в группе 30-44 лет - 65,7% и 45-59 лет - 70,3% мужчин респондентов состояли в зарегистрированном браке. Почти 55% участников мужчин находились в зарегистрированном браке. По уровню дохода: в молодой возрастной группе 22,7% мужчин имели самый низкий заработок (от 50 000 до 100 тысяч тенге), тогда как в более возрастной группе доходы составили от 300 тысяч до 500 тысяч тенге (в группе 30-44 лет - 24,7%; старше 60 лет - 28,6%). Выявленные различия показывают о существующих возрастных особенностях в социальном и экономическом статусе респондентов, что имеет значение при интерпретировании показателей состояния здоровья и здоровьесберегающего поведения (Таблица 9).

Таблица 9- Социально-экономическая характеристика мужчин-респондентов в зависимости от возрастной группы (χ^2 , p)

Вопросы	Варианты ответа	18-29 лет N (%)	30-44 лет N (%)	45-59 лет N (%)	60 ≤ N (%)	Всего N (%)	χ^2	P
Уровень образования	Неполное среднее образование	9(3,9)	20(7,4)	11(6,3)	3(7,1)	43(6,0)	94.9	0.001
	Полное среднее образование	31(13,3)	52(19,2)	23(13,1)	6(14,3)	112(15,5)		
	Среднее специальное образование	49(21,0)	59(21,8)	57(32,6)	10(23,8)	175(24,3)		
	Незаконченное высшее образование	66(28,3)	13(4,8)	9(5,1)	0 (0,0)	88(12,2)		
	Высшее	78(33,5)	127(46,9)	75(42,9)	23(54,8)	303(42,0)		
	Всего	233(100,0)	271(100,0)	175(100,0)	42(100,0)	721(100,0)		
Социальный статус	Рабочий	125(53,6)	177(65,3)	99(56,6)	8(19,0)	409(56,7)	414.5	0.001
	Служащий / Наёмный работник	21(9,0)	50(18,5)	49(28,0)	11(26,2)	131(18,2)		
	Пенсионеры	2(0,9)	2(0,7)	5(2,9)	19(45,2)	28(3,9)		
	Бизнесмен / Предприниматель	2(0,9)	17(6,3)	14(8,0)	2(4,8)	35(4,9)		
	Безработный	6(2,6)	12(4,4)	4(2,3)	1(2,4)	23(3,2)		
	Военнослужащий	2(0,9)	10(3,7)	1(0,6)	0 (0,0)	13(1,8)		
	Инвалид	0 (0,0)	0 (0,0)	2(1,1)	0 (0,0)	2(0,3)		
	Студент	75(32,2)	1(0,4)	0 (0,0)	1(2,4)	77(10,7)		
	Другое	0 (0,0)	2(0,7)	1(0,6)	0 (0,0)	3(0,4)		
Режим труда	Стандартный режим труда	153(65,6%)	196(72,3%)	123(70,3%)	22(52,4%)	494(68,5%)		0.001
	Нестандартный режим	50(21,5)	54(19,9)	34(19,4)	6(14,3)	144(20,0)		
	Стандартный режим с гибким режимом труда	30(12,9)	21(7,7)	18(10,3)	14(33,3)	83(11,5)		
Семейное положение	Никогда не состоял(а) в браке	149(63,9)	49(18,1)	14(8,0)	6(14,3)	218(30,2)	197.2	0.001
	Состою в зарегистрированном браке	66(28,3)	178(65,7)	123(70,3)	29(69,0)	396(54,9)		
	Состою в незарегистрированном браке	9(3,9)	14(5,2)	16(9,1)	2(4,8)	41(5,7)		
	Вдовец	4(1,7)	5(1,8)	7(4,0)	2(4,8)	18(2,5)		
	Разведён	5(2,1)	25(9,2)	15(8,6)	3(7,1)	48(6,7)		
Среднемесячный доход (в тенге, РК)?	50 000 - 99 999	53(22,7)	9(3,3)	12(6,9)	0 (0,0)	74(10,3)	75.5	0.001
	100 000 - 149 999	32(13,7)	36(13,3)	18(10,3)	9(21,4)	95(13,2)		
	150 000 - 199 999	22(9,4)	28(10,3)	24(13,7)	6(14,3)	80(11,1)		
	200 000 - 249 999	35(15,0)	54(19,9)	38(21,7)	5(11,9)	132(18,3)		
	250 000 - 299 000	33(14,2)	37(13,7)	28(16,0)	7(16,7)	105(14,5)		
	300 000 - 499 999	41(17,6)	67(24,7)	34(19,4)	12(28,6)	154(21,4)		
	Свыше 500 000	17(7,3)	40(14,8)	21(12,0)	3(7,1)	81(11,2)		

Анализ поведенческих факторов риска выявил статистически значимые возрастные различия по многим показателям ($p < 0,05$). В настоящее время распространенность курения увеличивается с возрастом: если 22,7% курят среди людей в возрасте 18-29 лет, то 35,4% среди людей в возрасте 45-59 лет ($p = 0,014$). Кроме того, почти половина всех респондентов (43,1%) никогда не пробовали курить, но доля тех, кто никогда не курил, снижается в пожилых группах. Большинство участников (75,9%) знают о высоком вреде табака, хотя около 10% считают, что он не оказывает никакого влияния на здоровье. Потребление алкоголя также демонстрирует явную возрастную тенденцию ($P = 0,001$): 49,8% молодых людей никогда не употребляли алкоголь, а в группе старше 60 лет этот показатель снижается до 7,1%. Регулярное потребление (2-4 раза в месяц и более) чаще встречается в возрастных группах 30-59 лет. Наиболее распространенным объемом потребления является 1-2 единицы алкоголя за раз (31,9%), однако около 9,5% респондентов потребляют 5 или более единиц, что указывает на рискованное поведение.

67,8% респондентов отметили, что занимаются физической активностью ($p < 0,001$), а мужчин отметил, что 52,8% занимаются только 1-2 дня в неделю. Кроме того, около 20% мужчин не занимаются спортом или вообще не занимаются спортом. Что касается вопросов о возрастных привычках питания ($p < 0,001$), были получены данные: молодые мужчины часто употребляли фаст - фуд-11,6% потребляли его почти ежедневно; когда пожилые мужчины (старше 45 лет) следовали принципам здорового питания, они употребляли домашнюю пищу. Воздействие стресса и беспокойства не показало статистически значимых различий между сопоставимыми возрастными группами ($P = 0,194$), в то время как примерно 30,5% опрошенных мужчин отметили, что они часто или почти всегда находились в неблагоприятном психоэмоциональном состоянии (таблица. 10). Таким образом, результаты показывают неравномерное распределение факторов, определяющих поведение здоровья в отношении здоровья, среди возрастных групп.

Таблица 10. Практика и знания мужчин в отношении курения, употребления алкоголя и здорового образа жизни

Вопросы	Варианты ответа	18-29 лет	30-44 лет	45-59 лет	60 ≤	Всего	Критерий Хи- квадрат Пирсона	P
Курите ли вы в настоящее время?	Нет	149(64)	127(46,9)	89(50,9)	24(57,1)	389(54,0)	25.1	0.014
	Да	53(22,7)	84(31,0)	62(35,4)	10(23,8)	209(29,0)		
	Иногда	19(8,2)	45(16,6)	15(8,6)	7(16,7)	86(11,9)		
	Уволился в течение прошлого года	8(3,4)	9(3,3)	5(2,9)	1(2,4)	23(3,2)		
	Бросил (уже бросил), но снова начал курить	4(1,7)	6(2,2)	4(2,3)	0(0,0)	14(1,9)		
В каком возрасте вы впервые попробовали курить?	Младше 10 лет	7(3,0)	11(4,1)	9(5,1)	2(4,8)	29(4,0)	38.0	0.001
	11–13 лет	10(4,3)	15(5,5)	9(5,1)	4(9,5)	38(5,3)		
	14–16 лет	17(7,3)	43(15,9)	32(18,3)	3(7,1)	95(13,2)		
	Старше 16 лет	64(27,5)	104(38,4)	64(36,6)	16(38,1)	248(34,4)		
	Никогда не пробовал(а)	135(57,9)	98(36,2)	61(34,9)	17(40,5)	311(43,1)		
Насколько, по вашему мнению, вредно употребление табака для организма человека?	Малые дозы допустимы и не вредны для человека	31(13,3)	43(15,9)	23(13,1)	6(14,3)	103(14,3)	12.1	0.060
	Опасно для жизни и здоровья человека	185(79,4)	189(69,7)	140(80,0)	33(78,6)	547(75,9)		
	Не оказывает никакого влияния	17(7,3)	39(14,4)	12(6,9)	3(7,1)	71(9,8)		
В каком возрасте вы впервые попробовали алкогольные напитки?	Младше 10 лет	3(1,3)	8(3,0)	2(1,1)	0(0,0)	13(1,8)	77.4	0.001
	11–13 лет	9(3,9)	22(8,1)	9(5,1)	1(2,4)	41(5,7)		
	14–16 лет	21(9,0)	50(18,5)	21(12,0)	6(14,3)	98(13,6)		
	Старше 16 лет	84(36,0)	129(47,6)	101(57,7)	32(76,2)	346(48,0)		
	Никогда не пробовал(а)	116(49,8)	62(22,9)	42(24,0)	3(7,1)	223(30,9)		
Как часто вы употребляете алкогольные напитки?	Никогда	157(67,4)	124(45,8)	77(44,0)	14(33,3)	372(51,6)	42.9	0.001
	Приблизительно один раз в месяц или реже	50(21,5)	78(28,8)	53(30,3)	14(33,3)	195(27,0)		
	2–4 раза в месяц	14(6,0)	39(14,4)	27(15,4)	9(21,4)	89(12,3)		
	2–3 раза в неделю	8(3,4)	18(6,6)	14(8,0)	4(9,5)	44(6,1)		
	4 раза в неделю или чаще	4(1,7)	12(4,4)	4(2,3)	1(2,4)	21(3,0)		

Сколько алкогольных единиц вы обычно употребляете за один раз?	1-2	45(19,3)	96(35,4)	68(38,9)	21(50,0)	230(31,9)	55.0	0.001
	3-4	22(9,4)	40(14,8)	19(10,9)	5(11,9)	86(11,9)		
	5-6	12(5,2)	14(5,2)	13(7,4)	3(7,1)	42(5,8)		
	7-9	1(0,4)	10(3,7)	3(1,7)	0(0,0)	14(1,9)		
	10 или более	5(2,1)	4(1,5)	4(2,3)	0(0,0)	13(1,8)		
	Совсем не употребляю	148(63,5)	107(39,5)	68(38,9)	13(31,0)	336(46,6)		
Занимаетесь ли вы физической активностью?	Нет	70(30,0)	96(35,4)	54(30,9)	12(28,6)	232(32,2)	2.2	0.535
	Да	163(70,0)	175(64,6)	121(69,1)	30(71,4)	489(67,8)		
Сколько дней в неделю вы занимаетесь физическими упражнениями?	0	47(20,2)	50(18,5)	37(21,1)	6(14,3)	140(19,4)	9.4	0.398
	1-3	124(53,2)	156(57,6)	78(44,6)	23(54,8)	381(52,8)		
	4-5	23(9,9)	20(7,4)	21(12,0)	4(9,5)	68(9,4)		
	6-7	39(16,7)	45(16,6)	39(22,3)	9(21,4)	132(18,3)		
Вы употребляете продукты быстрого приготовления	Да, почти каждый день	27(11,6)	30(11,1)	11(6,3)	1(2,4)	69(9,6)	93.7	0.001
	1-2 раза в неделю	75(32,2)	54(19,9)	20(11,4)	6(14,3)	155(21,5)		
	1-2 раза в месяц	103(44,2)	132(48,7)	63(36,0)	13(31,0)	311(43,1)		
	Я не пользуюсь	28(12,0)	55(20,3)	81(46,3)	22(52,4)	186(25,8)		
Как вы оцениваете свой рацион питания?	Здоровое питание	41(17,6)	64(23,6)	46(26,3)	10(23,8)	161(22,3)	27.9	0.001
	Близок к принципам здорового питания	105(45,1)	80(29,5)	62(35,4)	23(54,8)	270(37,4)		
	Я не придерживаюсь каких-либо принципов в питании	59(25,3)	90(33,2)	38(21,7)	8(19,0)	195(27,0).		
	Затрудняюсь ответить	28(12,0)	37(13,7)	29(16,6)	1(2,4)	95(13,2)		
Как часто вы испытывали чувство стресса или тревоги в своей повседневной жизни за последний месяц?	Почти всегда	27(11,6)	37(13,7)	19(10,9)	2(4,8)	85(11,8)	15.9	0.194
	Часто	54(23,2)	47(17,3)	28(16,0)	6(14,3)	135(18,7)		
	Иногда	60(25,8)	72(26,6)	58(33,1)	18(42,9)	208(28,8)		
	Редко	52(22,3)	64(23,6)	39(22,3)	13(31,0)	168(23,3)		
	Никогда	40(17,2)	51(18,8)	31(17,7)	3(7,1)	125(17,3)		

Результаты логистического регрессионного анализа показывают, что в общей модели (OR) статистически значимая связь с отношением мужчин к своему здоровью была выявлена только для некоторых поведенческих факторов. Возраст не выявил выраженной связи (ОШ=1,00; 95% ДИ 0,99–1,03), однако скорректированная модель показала небольшое увеличение вероятности более ответственного отношения к здоровью с возрастом (ОШ=1,02; 95% ДИ 1,00–1,04), что указывает на умеренную возрастную зависимость (Таблица 11).

Социальный статус в целом не выявил статистически значимых различий ни в общей, ни в скорректированной модели, поскольку доверительные интервалы во всех категориях превышают 1,0. Это указывает на отсутствие убедительной связи между профессиональной принадлежностью и самооценкой отношения к здоровью в данной выборке.

Что касается курения, то в общей модели была обнаружена статистически значимая связь: курящие мужчины имеют более низкие шансы на позитивное отношение к своему здоровью по сравнению с некурящими (ОШ=0,63; 95% ДИ 0,40-0,99). Однако после учёта сопутствующих факторов (ОШ=1,34; 95% ДИ 0,34–5,24) статистическая значимость теряется, что указывает на влияние смешивающих переменных. Аналогичным образом, для частоты употребления алкоголя в общей модели была отмечена значимая отрицательная зависимость для группы "2-4 раза в месяц" (OR=0,37; 95% ДИ 0,21–0,65), что отражает снижение вероятности ответственного отношения к здоровью, но в скорректированной модели связь также теряет свою значимость (AOR=1,02; 95% ДИ 0,28–3,81).

В целом, после поправки на сопутствующие переменные, ни один из поведенческих факторов не продемонстрировал статистически значимой независимой связи с отношением мужчин к вашему здоровью. Это может свидетельствовать о комплексном характере формирования здоровьесберегающего поведения, где влияние индивидуальных факторов нивелируется за счёт учёта возраста, социального статуса и других особенностей.

Таблица 11 - Данные логистического регрессионного анализа по определению факторов, влияющих на поведение мужчин в отношении здоровья

Индикатор	OR (CI) общий коэффициент шансов	AOR (CI) скорректированный коэффициент шансов
Возраст	1,00 (0,99-1,03)	1,02(1,00-1,04)
Работник	1,00	1,00
Служащий	0,99(0,57-1,74)	1,04(0,58-1,86)
Предприниматель	0,67(0,28-1,61)	0,8(0,32-2,04)
Военнослужащий	2,02(0,26-15,85)	1,92(0,24-15,32)
Обучающийся (студент)	1,01(0,50-2,03)	1,14(0,53-2,47)
Факт курения: нет	1,00	1,00

Факт курения: да	0,63(0,4-0,99)	1,34(0,34-5,24)
Факт курения: иногда	0,98(0,49-1,98)	1,09(0,28-4,27)
Бросил курение в течение последнего года	3,17(0,42-24,05)	1,77(0,41-7,67)
но начали курить	0,53(0,14-1,96)	5,43(0,49-60,31)
Как часто вы употребляете алкогольные напитки: никогда	1,00	1,00
Раз в месяц	0,79(0,47-1,33)	1,37(0,37-5,09)
2-4 раза в месяц	0,37(0,21-0,65)	1,02(0,28-3,81)
2-3 раза в неделю	0,57(0,25-1,31)	0,47(0,12-1,77)
4 раза и более	0,76(0,22-2,70)	0,67(0,15-2,88)

Что касается частоты посещений медицинских работников за прошедший год, то мужчины также показали разный уровень, почти треть мужчин (28,2%) вообще не посещали врача, и большинство мужчин были из возрастной группы 45-59 лет (33,1%); и возрастной группы 60 лет, а пожилые люди чаще всего обращались к медицинским работникам (40,5% - более 3 посещений в год). Осведомлённость мужчин о целях скрининговых обследований была относительно выше, около 75% ответили правильно. Однако практическое участие мужчин и их осведомлённость об организационных аспектах скрининга остаются низкими - 73,6% мужчин подтвердили, что они не получали профилактических разъяснений, 70,2% заявили, что во время скрининга не проводились антропометрические измерения, и, что более важно, 76,6% респондентов отметили, что их не информировали о необходимости проведения скрининга. скрининг. медицинские работники. Также большинство респондентов (82,4%) отмечают, что врачи/медсестры не были приглашены на скрининговые обследования (Таблица 12).

Таким образом, при высоком уровне знаний о скринингах и профилактических осмотрах был зафиксирован низкий уровень лечения в профилактических целях в организациях ПМСП. Это свидетельствует о несоответствии между осведомлённостью и практикой предоставления профилактических услуг, особенно среди мужчин, занятых на работе.

В приложении А отражены обобщённые результаты опроса, демонстрирующие сравнительную информацию о знаниях и поведенческих особенностях мужчин в отношении собственного здоровья в разбивке по возрастным группам.

Таблица 12 - Оценка знаний и мнений мужчин об профилактической работе ПМСП

Вопросы		18-29 лет	30-44 года	45-59 лет	60 ≤	Всего	Pearson Chi-Square test	P
Оценка собственного здоровья	плохо	12(5,2%)	10(3,7%)	9(5,1%)	3(7,1%)	34(4,7%)	31.6	0.002
	удовлетворительно	63(27,0%)	89(32,8%)	61(34,9%)	23(54,8%)	236(32,7%)		
	хорошо	103(44,2%)	139(51,3%)	79(45,1%)	11(26,2%)	332(46,0%)		
	отлично	45(19,3%)	27(10,0%)	16(9,1%)	3(7,1%)	91(12,6%)		
	Затрудняюсь с ответом	10(4,3%)	6(2,2%)	10(5,7%)	2(4,8%)	28(3,9%)		
Мнение мужчин относительно вопроса о том, кто несёт ответственность за их здоровье	я	207(88,8%)	234(86,3%)	144(82,3%)	31(73,8%)	616(85,4%)	23.2	0.026
	и члены моей семьи (мать, жена, дочь)	2(0,9%)	11(4,1%)	8(4,6%)	2(4,8%)	23(3,2%)		
	государство	4(1,7%)	12(4,4%)	5(2,9%)	3(7,1%)	24(3,3%)		
	система здравоохранения	16(6,9%)	14(5,2%)	14(8,0%)	6(14,3%)	50(6,9%)		
	другое	4(1,7%)	0 (0,0%)	4(2,3%)	0 (0,0%)	8(1,1%)		
Мнение мужчин на вопрос, насколько хорошо вы заботитесь о своём здоровье	да	138(59,2%)	156(57,6%)	93(53,1%)	23(54,8%)	410(56,9%)	13.5	0.143
	нет	47(20,2%)	75(27,7%)	41(23,4%)	10(23,8%)	173(24,0%)		
	Затрудняюсь с ответом	43(18,5%)	40(14,8%)	37(21,1%)	9(21,4%)	129(17,9%)		
	другое	5(2,1%)	0 (0,0%)	4(2,3%)	0 (0,0%)	9(1,2%)		
Количество посещений семейного врача/врача общей практики или терапевта в поликлинике за последние 12 месяцев	никогда не посещал	68(29,2%)	72(26,6%)	58(33,1%)	5(11,9%)	203(28,2%)	23.6	0.023
	один или два раза	90(38,6%)	127(46,9%)	67(38,3%)	17(40,5%)	301(41,7%)		
	от 3 до 5 раз	39(16,7%)	35(12,9%)	21(12,0%)	11(26,2%)	106(14,7%)		
	более 5 раз	12(5,2%)	14(5,2%)	17(9,7%)	6(14,3%)	49(6,8%)		
	Затрудняюсь с ответом	24(10,3%)	23(8,5%)	12(6,9%)	3(7,1%)	62(8,6%)		
Мужчины считают, что скрининговые обследования направлены на раннее выявление и профилактику различных заболеваний на ранней стадии	правильно	173(74,2%)	206(76,0%)	129(73,7%)	31(73,8%)	539(74,8%)	4.1	0.662
	неправильно	12(5,2%)	19(7,0%)	8(4,6%)	1(2,4%)	40(5,5%)		
	Затрудняюсь ответить	48(20,6%)	46(17,0%)	38(21,7%)	10(23,8%)	142(19,7%)		
мнение мужчин о том, что	нет	184(79,0%)	207(76,4%)	138(79,3%)	32(76,2%)	561(77,9%)	0.8	0.852

скрининговое обследование проводится на платной основе	да	49(21,0%)	64(23,6%)	36(20,7%)	10(23,8%)	159(22,1%)		
Предоставляет ли врач или медицинский персонал поликлиники по результатам опроса профилактическую консультацию и рекомендации по изменению поведения?	нет	173(74,2%)	198(73,1%)	137(78,3%)	23(54,8%)	531(73,6%)	9.7	0.021
	да	60(25,8%)	73(26,9%)	38(21,7%)	19(45,2%)	190(26,4%)		
Проводятся ли антропометрические измерения (вес, рост, окружность талии) во время скринингового обследования?	нет	163(70,0%)	188(69,4%)	128(73,1%)	27(64,3%)	506(70,2%)	1.5	0.677
	да	70(30,0%)	83(30,6%)	47(26,9%)	15(35,7%)	215(29,8%)		
Информирует ли семейный врач/терапевт общей практики о необходимости и условиях прохождения скрининговых обследований	нет	182(78,1%)	212(78,2%)	126(72,0%)	32(76,2%)	552(76,6%)	2.8	0.429
	да	51(21,9%)	59(21,8%)	49(28,0%)	10(23,8%)	169(23,4%)		
Приглашает ли вас медсестра или фельдшер на скрининговые обследования?	нет	198(85,0%)	227(83,8%)	134(76,6%)	35(83,3%)	594(82,4%)	5.5	0.136
	да	35(15,0%)	44(16,2%)	41(23,4%)	7(16,7%)	127(17,6%)		
Проводится ли обследование в ходе скринингового обследования для выявления факторов риска заболеваний (избыточная масса тела, физическая активность, курение, чрезмерное употребление алкоголя)	нет	171(73,4%)	214(79,0%)	123(70,3%)	28(66,7%)	536(74,3%)	5.9	0.114
	да	62(26,6%)	57(21,0%)	52(29,7%)	14(33,3%)	185(25,7%)		
Можно ли провести скрининговые обследования в любом медицинском учреждении	нет	190(81,5%)	225(83,0%)	149(85,1%)	33(78,6%)	597(82,8%)	1.5	0.689
	да	43(18,5%)	46(17,0%)	26(14,9%)	9(21,4%)	124(17,2%)		

Полученные результаты установили, что уровень медицинской грамотности мужчин в значительной степени связан с возрастом. Мужчины в возрасте 18-29 лет демонстрируют более высокий уровень осведомленности о поведенческих факторах риска и чаще придерживаются здорового образа жизни, что также подтверждается результатами исследования Hiroven et al. (2016) [105]. Несмотря на это наше исследование подтверждает о имеющемся недостатке знаний о профилактических осмотрах и порядке предоставления профилактических мер среди молодой возрастной группы мужчин по сравнению более возрастной группой мужчин, что частично расходится с результатами исследования Brittain et al. (2016) [106].

В отличии от результатов Duong (2015) [107], где медицинская грамотность снижалась с возрастом мужчин, результаты нашего исследования показали, что пожилые респонденты лучше ориентируются в вопросах предоставления профилактических услуг и активно вовлечены в профилактические меры, что согласуются с результатами исследования Parker et al. (2017) [108], которые подтверждают рост использования медицинских услуг с возрастом. Образованность и профессиональная занятость тоже ассоциируется с достаточной медицинской осведомленностью мужчин, что подтверждается данными Veia et al. (2021) [109].

Вместе с тем, 67,5% респондентов имели доходы ниже среднего уровня установленной минимальной заработной платы по стране согласно определению Национального бюро статистики Агентства по стратегическому планированию и реформам РК [110], что также может быть фактором, препятствующим ведению здорового образа жизни и проявлению профилактической активности, которое подтверждена в исследовании проведенного Hiroven et al [105].

Таким образом результаты исследования подчеркивают, что на медицинскую грамотность и поведение мужчин в отношении собственного здоровья существенное влияние оказывает возрастные. Молодые мужчины хорошо знают о вреде рискованного поведения и факторах риска, в тоже время недостаточно информированы о профилактических программах и услугах, тогда как пожилые мужчины активно вовлечены в предоставляемые медицинские услуги. Данные обосновывают о целесообразности применения стратегий по укреплению и сохранения здоровья мужчин, ориентированные и учитывающие возрастные особенности.

4.2. Результаты изучения доступности и удовлетворённости мужчин условиями оказания первично медико-санитарной помощи (в разрезе профессиональных групп)

Между сравниваемыми профессиональными группами мужчин статистические значимые различия были выявлены: по возрастной структуре ($p < 0,001$), по уровню образования ($p < 0,001$), семейному положению ($p = 0,007$) и по уровню заработной платы ($p < 0,001$). По уровню образования наибольшая доля лиц с высшим образованием выявлена в группе 1 (руководители и государственные служащие) (62,2%), тогда как в группе 3 - 40,6%, в группе 2 этот показатель был 27,0%, а в группе 4 - лишь 9,1%.

Напротив, люди с полным и неполным средним образованием чаще встречались в группе 4 (22,7%) и группе 2 (18,9%), что свидетельствует о выраженной дифференциации образования по профессиям. Семейное положение также значительно различалось ($p = 0,007$). Наибольшая доля состоящих в браке людей была обнаружена в группах 1 (57,8%) и 3 (57,0%), в то время как во 2-й группе чаще встречались мужчины, которые никогда не были женаты (51,4%). В группе 4 доля людей, состоящих в незарегистрированном браке (15,9%) и разведённых (9,1%), относительно выше. Были обнаружены заметные различия в уровне дохода ($p < 0,001$). В группе 1 чаще встречались респонденты с доходами свыше 500 000 тенге (16,3%) и от 250 000 до 499 999 тенге (11,9%). Во 2-й группе наибольшая доля пришлась на малообеспеченные группы (до 149 000 тенге) - 32,4%, что значительно выше по сравнению с другими группами. В группе 3 средний доход составил 250 000-499 999 тенге (17,0%). Низкий доход чаще регистрировался в группе 4 (22,7%).

Возрастная структура также отличалась ($p < 0,001$). Во 2-й группе преобладали мужчины в возрасте 18-29 лет (56,8%), в то время как в 3-й группе преобладали мужчины в возрасте 30-44 лет (39,0%). В группе 4 была относительно большая доля людей старше 60 лет (13,6%) по сравнению с другими профессиональными группами (таблица 13).

Таким образом, профессиональные группы существенно различаются по уровню образования, семейному положению, доходам и возрастной структуре, что отражает выраженную социально-экономическую стратификацию обследованной выборки. Различия в текущем статусе курильщика не достигли статистической значимости ($p = 0,105$), но структура ответов была разной: наибольшая доля курильщиков была обнаружена в 1-й группе (36,3%) и 3-й группе (28,5%), в то время как во 2-й группе преобладали некурящие (81,1%). Однако возраст первой пробы табака значительно различается ($p = 0,011$): в 4-й группе 22,7% с большей вероятностью начали курить в возрасте до 13 лет, в то время как во 2-й группе большинство (67,6%) никогда не пробовали курить. Осведомлённость о вреде табака статистически не отличается ($p = 0,309$): в целом, 75,9% считают курение опасным для жизни и здоровья.

В потреблении алкоголя были выявлены выраженные профессиональные различия. Возраст первой пробы алкоголя был статистически значимым

($p < 0,001$): в 4-й группе доля ранних случаев употребления алкоголя была выше (45,5% в возрасте до 16 лет), в то время как во 2-й группе 67,6% никогда не пробовали алкоголь. Частота употребления алкоголя также варьируется ($p = 0,005$): в 3-й группе чаще употребляют алкоголь 2-4 раза в месяц и более (16,7% от общего числа употребляют алкоголь более 2 раз в месяц), а во 2-й группе преобладают непьющие (70,3%). Объем единовременного потребления также статистически значим ($p = 0,007$): в 4-й группе доля потребляемых 5-6 единиц выше (18,2%), в то время как во 2-й группе 70,3% полностью воздерживаются от потребления.

Таблица 13 - Общая характеристика респондентов в сравниваемых профессиональных группах.

Показатели		группа 1 N(%)	группа 2 N(%)	группа 3 N(%)	группа 4 N(%)	Всего N(%)	Критерии Хи квадрат Пирсона	Показатели значимости (P)
Уровень образования	полное среднее + неполное среднее	18(13,3%)	8(21,6%)	117(23,2%)	12(27,3%)	155(21,5%)	48,72	0,001
	среднее специальное + незаконченное высшее	33(24,4%)	19(51,4%)	183(36,2%)	28(63,6%)	263(36,5%)		
	высшее	84(62,2%)	10(27,0%)	205(40,6%)	4(9,1%)	303(42,0%)		
Семейное положение	никогда не состоял в браке	39(28,9%)	19(51,4%)	147(29,1%)	13(29,5%)	218(30,2%)	27,52	0,007
	состою в зарегистрированном браке.	78(57,8%)	11(29,7%)	288(57,0%)	19(43,2%)	396(54,9%)		
	состою в незарегистрированном браке (сожительство –	8(5,9%)	2(5,4%)	24(4,8%)	7(15,9%)	41(5,7%)		
	вдовец	6(4,4%)	1(2,7%)	10(2,0%)	1(2,3%)	18(2,5%)		
	разведен	4(3,0%)	4(10,8%)	36(7,1%)	4(9,1%)	48(6,7%)		
Средний доход в месяц (в тенге)?	До 1490000 тенге	26(19,2%)	24(64,9%)	101(20,0%)	18(40,9%)	169(23,4%)	57,85	0,001
	150 000 - 249 999 тенге	36(26,7%)	6(16,2%)	153(30,3%)	17(36,8%)	212(29,4%)		
	250 000 - 499 999 тенге	51(37,8%)	5(13,5%)	195(38,6%)	8(18,2%)	259(36,0%)		
	свыше 500 000 тенге	22(16,3%)	2(5,4%)	56(11,1%)	1(2,3%)	81(11,2%)		
Возраст	18-29 лет	42(31,1%)	21(56,8%)	155(30,7%)	15(34,1%)	233(32,3%)	22,17	0,001
	30-44 лет	48(35,6%)	10(27,0%)	197(39,0%)	16(36,4%)	271(37,6%)		
	45-59 лет	33(24,4%)	4(10,8%)	131(25,9%)	7(15,9%)	175(24,3%)		
	60 лет и старше	12(8,9%)	2(5,4%)	22(4,4%)	6(13,6%)	42(5,8%)		
<p>Группа 1 - работники сферы управления, менеджеры и госслужащие (офисные работники); группа 2 - военнослужащие; группа 3 - промышленные рабочие, технические и производственные специалисты, работники строительства и транспорта, сферы услуг. и продавцы; группа 4 - разнорабочие в качестве неквалифицированных подсобных рабочих, операторы производственного оборудования, сборщики и уборщики, работники склада и т.д.</p>								

Физическая активность статистически не отличается ($p=0,503$), но есть существенные различия в частоте занятий ($p=0,004$): в группе 1 вероятность выполнения упражнений 6-7 дней в неделю выше (29,6%), а в группе 4 доля неполных тренировок выше (29,5%). Нет существенных различий в потреблении фаст-фуда ($p=0,624$). Самооценка диеты близка к статистической значимости ($p=0,060$): в группе 4 часто указывается отсутствие принципов здорового питания (45,5%). Уровень стресса существенно не отличался ($p=0,235$), однако в группе 4 чаще встречаются ответы "почти всегда" и "часто" (всего 45,5%) (Таблица 14).

Таким образом, наиболее очевидные профессиональные различия зависят от раннего начала и частоты употребления алкоголя, объёма потребления, возраста первого образца табака и частоты физической активности. Группа операторов и водителей (4) характеризуется неблагоприятным поведенческим профилем, в то время как военнослужащие и специализированные работники (2) демонстрируют наименьшую распространённость курения и употребления алкоголя.

Готовность немедленно записаться на приём к врачу статистически значительно варьируется между профессиональными группами ($p<0,001$). Самая высокая доля этой модели поведения наблюдалась среди руководителей и государственных служащих (группа 1)-63,7%. В группе рабочих и специалистов (группа 3) этот показатель составляет 43,0%, в группе операторов производственного оборудования и водителей (группа 4) — 38,6%, а среди представителей группы 2 — 29,7%. Это говорит о том, что уровень управления более чётко ориентирован на своевременное лечение.

Стратегия консультирования вашего партнёра (жены, дочери, матери) при принятии решения о посещении врача также показывает статистически значимые различия ($p=0,015$). Такую модель поведения чаще всего выбирают представители 3-й группы (21,4%), тогда как в 1-й группе показатель составляет 11,1%, во 2-й группе-16,2%, а в 4-й группе-9,1%. Эти данные демонстрируют более чёткую картину социальной и семейной поддержки в решении проблем общественного здравоохранения между работниками и профессионалами.

Также были выявлены значительные различия в оценке навыков самоконтроля и отсутствия знаний о хронических заболеваниях ($p=0,006$). О недостатке знаний часто сообщают представители группы 1 (72,6%) и группы 4 (70,5%), чуть меньше в группе 2 (67,6%), а самое низкое значение наблюдалось в группе 3 (57,6%). Это отражает продолжающуюся потребность во всех профессиональных категориях, особенно среди управленческого персонала и операторов производственного оборудования, в образовательных и профилактических программах (Таблица 15).

Таблица 14 - Осведомлённость мужчин и поведенческие факторы риска

Показатели		группа 1 N(%)	группа 2 N(%)	группа 3 N(%)	группа 4 N(%)	Всего N(%)	Критерии Хи квадрат Пирсона	Показатель и значимост и (P)
Курите ли Вы в настоящее время?	нет	63(46,7%)	30(81,1%)	270(53,5%)	26(59,1%)	389(54,0%)	18.38	0,105
	да	49(36,3%)	4(10,8%)	144(28,5%)	12(27,3%)	209(29,0%)		
	иногда	16(11,9%)	2(5,4%)	64(12,7%)	4(9,1%)	86(11,9%)		
	бросил в течение последнего года	6(4,4%)	1(2,7%)	15(3,0%)	1(2,3%)	23(3,2%)		
	бросил (бросал), но начал курить снова	1(0,7%)	0 (0,0%)	12(2,4%)	1(2,3%)	14(1,9%)		
В каком возрасте Вы попробовали курить впервые.	меньше 10 лет	5(3,7%)	0 (0,0%)	20(4,0%)	4(9,1%)	29(4,0%)	25.97	0,011
	11-13 лет	4(3,0%)	1(2,7%)	27(5,3%)	6(13,6%)	38(5,3%)		
	14-16 лет	23(17,0%)	2(5,4%)	64(12,7%)	6(13,6%)	95(13,2%)		
	старше 16 лет	49(36,3%)	9(24,3%)	182(36,0%)	8(18,2%)	248(34,4%)		
	никогда не пробовал	54(40,0%)	25(67,6%)	212(42,0%)	20(45,5%)	311(43,1%)		
Как Вы считаете, насколько вредно употребление табачных изделий для организма человека?	Малые дозы допустимы и не вредны человеку	23(17,0%)	3(8,1%)	73(14,5%)	4(9,1%)	103(14,3%)	7.3	0,309
	Опасны для жизни и здоровья человека	96(71,1%)	33(89,2%)	381(75,4%)	37(84,1%)	547(75,9%)		
	Не оказывает никакого влияния	16(11,9%)	1(2,7%)	51(10,1%)	3(6,8%)	71(9,8%)		
В каком возрасте Вы впервые попробовали алкогольные напитки?	меньше 10 лет	2(1,5%)	0(0,0)	10(2,0%)	1(2,3%)	13(1,8%)	50.78	<0,001
	11-13 лет	2(1,5%)	0(0,0)	32(6,3%)	7(15,9%)	41(5,7%)		
	14-16 лет	20(14,8%)	3(8,1%)	63(12,5%)	12(27,3%)	98(13,6%)		
	старше 16 лет	73(54,1%)	9(24,3%)	253(50,1%)	11(25,0%)	346(48,0%)		
	ни разу не пробовал	38(28,1%)	25(67,6%)	147(29,1%)	13(29,5%)	223(30,9%)		
Как часто Вы употребляете напитки с содержанием алкоголя?	никогда	60(44,4%)	26(70,3%)	265(52,5%)	21(47,7%)	372(51,6%)	28.38	0,005
	Примерно раз в месяц или реже	44(32,6%)	6(16,2%)	137(27,1%)	8(18,2%)	195(27,0%)		
	2-4 раза в месяц	19(14,1%)	2(5,4%)	62(12,3%)	6(13,6%)	89(12,3%)		
	2-3 раза в неделю	12(8,9%)	3(8,1%)	22(4,4%)	7(15,9%)	44(6,1%)		
	4 раза в неделю или чаще			19(3,8%)	2(4,5%)	21(2,9%)		
Сколько единиц алкоголя Вы обычно выпиваете за раз?	1-2	53(39,3%)	6(16,2%)	162(32,1%)	9(20,5%)	230(31,9%)	31.58	0,007
	3-4	17(12,6%)	5(13,5%)	57(11,3%)	7(15,9%)	86(11,9%)		
	5-6	7(5,2%)	0(0,0)	27(5,3%)	8(18,2%)	42(5,8%)		
	7-9	1(,7%)	0(0,0)	12(2,4%)	1(2,3%)	14(1,9%)		
	10 и более	3(2,2%)	0(0,0)	10(2,0%)	0(0,0)	13(1,8%)		
	не употребляю вовсе	54(40,0%)	26(70,3%)	237(46,9%)	19(43,2%)	336(46,6%)		

Выполняете ли Вы физическую нагрузку?	нет	45(33,3%)	9(24,3%)	167(33,1%)	11(25,0%)	232(32,2%)	2.35	0,503
	да	90(66,7%)	28(75,7%)	338(66,9%)	33(75,0%)	489(67,8%)		
Сколько дней в неделю Вы выполняете физические нагрузки?	0	23(17,0%)	8(21,6%)	96(19,0%)	13(29,5%)	140(19,4%)	24.49	0,004
	1-3	58(43,0%)	19(51,4%)	280(55,4%)	24(54,5%)	381(52,8%)		
	4-5	14(10,4%)	7(18,9%)	44(8,7%)	3(6,8%)	68(9,4%)		
	6-7	40(29,6%)	3(8,1%)	85(16,8%)	4(9,1%)	132(18,3%)		
Употребляете ли Вы в питании продукцию «фаст-фуд»	Да, практически ежедневно	12(8,9%)	5(13,5%)	49(9,7%)	3(6,8%)	69(9,6%)	7.13	0,624
	1-2 раза в неделю	25(18,5%)	12(32,4%)	105(20,8%)	13(29,5%)	155(21,5%)		
	1-2 раза в месяц	59(43,7%)	12(32,4%)	222(44,0%)	18(40,9%)	311(43,1%)		
	Не употребляю	39(28,9%)	8(21,6%)	129(25,5%)	10(22,7%)	186(25,8%)		
Как Вы оцениваете свой рацион питания?	Здоровое питание	37(27,4%)	6(16,2%)	109(21,6%)	9(20,5%)	161(22,3%)	16.37	0,060
	Приближенный к принципам здорового питания	55(40,7%)	17(45,9%)	186(36,8%)	12(27,3%)	270(37,4%)		
	Не придерживаюсь никаких принципов в питании	24(17,8%)	10(27,0%)	141(27,9%)	20(45,5%)	195(27,0%)		
	Затрудняюсь с ответом	19(14,1%)	4(10,8%)	69(13,7%)	3(6,8%)	95(13,2%)		
Как часто вы испытывали чувство стресса или тревоги в своей повседневной жизни за последний месяц?	почти всегда	17(12,6%)	3(8,1%)	56(11,1%)	9(20,5%)	85(11,8%)	15.12	0,235
	часто	24(17,8%)	4(10,8%)	96(19,0%)	11(25,0%)	135(18,7%)		
	иногда	35(25,9%)	16(43,2%)	143(28,3%)	14(31,8%)	208(28,8%)		
	редко	38(28,1%)	9(24,3%)	115(22,8%)	6(13,6%)	168(23,3%)		
	никогда	21(15,6%)	5(13,5%)	95(18,8%)	4(9,1%)	125(17,3%)		
Группа 1 - работники сферы управления, менеджеры и госслужащие (офисные работники); группа 2 - военнослужащие; группа 3 - промышленные рабочие, технические и производственные специалисты, работники строительства и транспорта, сферы услуг и продавцы; группа 4 - разнорабочие в качестве неквалифицированных подсобных рабочих, операторы производственного оборудования, сборщики и уборщики, работники склада и т.д.								

Выявлены статистически значимые различия между профессиональными группами по уровню доверия к медицинскому персоналу ($p=0,001$). Самый высокий уровень доверия наблюдается между руководителями и государственными служащими (60,7%) и работниками 2-й группы (59,5%), в то время как среди рабочих и специалистов (3-я группа) он низкий (43,8%), а среди операторов и водителей производственного оборудования (4-я группа) минимальный (27,3%). В группе 4 также выше доля людей, испытывающих неуверенность в себе (29,5%), и на них труднее реагировать (43,2%), что указывает на более критическое или неуверенное отношение к системе здравоохранения.

В критериях выбора врача обнаружены достоверные различия. Общение как важный фактор чаще отмечали представители 1-й группы (42,2%) по сравнению с 3-й группой (24,6%) ($p<0,001$). Территориальная доступность была более важна для 4-й группы (29,5%) и 3-й группы (20,4%) ($p=0,042$), что указывает на более выраженную зависимость выбора врача от условий материально-технического обеспечения в этих категориях. За последние 12 месяцев были выявлены статистически значимые различия в частоте обращений к врачу ($p=0,005$). В 4 группах доля обращений мужчин к врачу 3-5 раз значительно выше (38,6%), в то время как в остальных группах преобладает 1-2 посещения в год (около 40-43%).

Различия наблюдались и в структуре обращений в частные медицинские центры: представители 1-й и 2-й групп чаще всего обращаются к терапевту (по 51%) ($p=0,040$), к нефрологу - в основном представители 1-й группы (9,6%) ($p=0,015$), к стоматологу - представители из 3-й группы (45,1%) ($p=0,002$). В то же время общая удовлетворённость качеством медицинской помощи не выявила статистически значимых различий между профессиональными группами (Таблица 16).

Анализ статистически значимых различий ($p<0,05$) показал, что барьеры на пути к получению медицинской помощи варьируются в зависимости от профессионального соответствия. Удалённость поликлиники увеличили представители 4 групп (операторы и водители) — на 36,4%, а также 2 группы — на 29,7%, а среди рабочих и специалистов (3 группы) - на 19,8% ($p=0,042$). Нехватку персонала на уровне поликлиники чаще ощущают руководители (21,5%) и работники (18,4%) по сравнению с 4-й группой (4,5%) ($p=0,028$) (Таблица 17). Отсутствие надлежащей организации медицинского обслуживания чаще всего отмечали представители 4-й группы (20,5%) и 3-й группы (17,4%) ($p=0,038$). Категория "другое" как барьер также различалась между группами ($p=0,014$), наиболее часто выражаясь в 1-й группе (14,1%). Среди причин, по которым люди избегали обращения за медицинской помощью, статистически значимым фактором было убеждение "я могу сам о себе позаботиться" ($p=0,019$). Наиболее ярко это выражено во 2-й группе (40,5%), затем в 4-й группе (29,5%) и 3-й группе (25,7%), а среди менеджеров этот показатель составил 17,0%.

Таблица 15 -Отношение мужчин к своему здоровью

Показатели		группа 1 N(%)	группа 2 N(%)	группа 3 N(%)	группа 4 N(%)	Всего N(%)	Критерии Хи квадрат Пирсона	Показа тели значим ости (P)
Как Вы оцениваете состояние своего здоровья	плохое	6 (4,4%)	1 (2,7%)	23 (4,6%)	4 (9,1%)	34 (4,7%)	10.33	0,587
	удовлетворительное	42(31,1%)	15(40,5%)	162(32,1%)	17(38,6%)	236(32,7%)		
	хорошее	66(48,9%)	13(35,1%)	234(46,3%)	19(43,2%)	332(46,0%)		
	отличное	13(9,6%)	6(16,2%)	68(13,5%)	4(9,1%)	91(12,6%)		
	затрудняюсь ответить	8(5,9%)	2(5,4%)	18(3,6%)	0 (0,0)	28(3,9%)		
Кто, по Вашему мнению, несёт ответственность за Ваше здоровье	я сам	109(80,7%)	32(86,5%)	439(86,9%)	36(81,8%)	616(85,4%)	10.48	0,574
	члены семьи (мать, жена, дочь)	5(3,7%)	1(2,7%)	14(2,8%)	3(6,8%)	23(3,2%)		
	государство	4(3,0%)	1(2,7%)	17(3,4%)	2(4,5%)	24(3,3%)		
	система здравоохранения	16(11,9%)	2(5,4%)	29(5,7%)	3(6,8%)	50(6,9%)		
	другое	1(,7%)	1(2,7%)	6(1,2%)	0 (0,0)	8(1,1%)		
Как, по-вашему, достаточно ли Вы заботитесь о своём здоровье	да	78(57,8%)	22(59,5%)	291(57,6%)	19(43,2%)	410(56,9%)	16.58	0,056
	нет	25(18,5%)	7(18,9%)	121(24,0%)	20(45,5%)	173(24,0%)		
	затрудняюсь ответить	29(21,5%)	8(21,6%)	87(17,2%)	5(11,4%)	129(17,9%)		
	другое	3(2,2%)	0 (0,0)	6(1,2%)	0 (0,0)	9(1,2%)		
Занимаетесь ли Вы самолечением	нет, я всегда обращаюсь к врачу и придерживаюсь его рекоменд	37(27,4%)	5(13,5%)	147(29,1%)	10(22,7%)	199(27,6%)	6.08	0,414
	иногда, при простудных заболеваниях, при обострении хроничес	61(45,2%)	23(62,2%)	234(46,3%)	21(47,7%)	339(47,0%)		
	да, к врачам обращаюсь в исключительных случаях	37(27,4%)	9(24,3%)	124(24,6%)	13(29,5%)	183(25,4%)		
Укажите, насколько тщательно Вы соблюдаете рекомендации Вашего лечащего врача в целом	тщательно	54(40,0%)	9(24,3%)	165(32,7%)	17(38,6%)	245(34,0%)	10.48	0,106
	не всегда/иногда	64(47,4%)	27(73,0%)	276(54,7%)	20(45,5%)	387(53,7%)		
	не соблюдаю	17(12,6%)	1(2,7%)	64(12,7%)	7(15,9%)	89(12,3%)		
Каковы ваши первые шаги в случае возникновения проблем со здоровьем:								
запишитесь на прием к терапевту/ семейному врачу/ВОП прямо сейчас (да)		86(63,7%)	11(29,7%)	217(43,0%)	17(38,6%)	331(45,9%)	23.81	0,001
проведёте поиск информации в интернете или в библиотеке (да)		18(13,3%)	10(27,0%)	96(19,0%)	10(22,7%)	134(18,6%)	4.76	0,190
подожду, пока симптомы не станут невыносимыми и не помешают работоспособности (да)		23(17,0%)	5(13,5%)	76(15,0%)	12(27,3%)	116(16,1%)	4.75	0,191

буду следить за симптомами и проведу самодиагностику (да)	21(15,6%)	9(24,3%)	76(15,0%)	9(20,5%)	115(16,0%)	2.92	0,404
буду следить за симптомами в надежде, что они пройдут сами по себе (да)	8(5,9%)	7(18,9%)	53(10,5%)	2(4,5%)	70(9,7%)	7.48	0,058
поговорите с другом, коллегой по работе, чтобы оценить необходимость посещения врача (да)	6(4,4%)	4(10,8%)	30(5,9%)	3(6,8%)	43(6,0%)	2.16	0,539
поговорите с партнёром (женой подругой, мамой), чтобы оценить необходимость посещения врача (да)	15(11,1%)	6(16,2%)	108(21,4%)	4(9,1%)	133(18,4%)	10.41	0,015
Другое (да)	4(3,0%)	1(2,7%)	15(3,0%)	1(2,3%)	21(2,9%)	0.78	0,994
Отмечаете ли Вы дефицит навыков самоконтроля и знаний о хронических заболеваниях (да)	98(72,6%)	25(67,6%)	291 (57,6%)	31(70,5%)	445(61,7%)	12.30	0,006
Группа 1 - работники сферы управления, менеджеры и госслужащие (офисные работники); группа 2 - военнослужащие; группа 3 - промышленные рабочие, технические и производственные специалисты, работники строительства и транспорта, сферы услуг. и продавцы; группа 4 - разнорабочие в качестве неквалифицированных подсобных рабочих, операторы производственного оборудования, сборщики и уборщики, работники склада и т.д.							

Таблица 16. Удовлетворённость качеством медицинской помощи

Показатели		группа 1 N(%)	группа 2 N(%)	группа 3 N(%)	группа 4 N(%)	Всего N(%)	Критерий Хи-квадрат Пирсона	Показатель значимости (P)
Довольны ли Вы качеством медицинского обслуживания в течение последнего года (да)		79(58,5%)	24(64,9%)	276(54,7%)	23(52,3%)	402(55,8%)	2.13	0,546
НЕ довольны качеством медицинского обслуживания	невнимательность медицинского персонала на приеме	35(25,9%)	8(21,6%)	124(24,6%)	8(18,2%)	175(24,3%)	1,25	0,741
	большая очередь или время ожидания после записи на прием	56(41,5%)	16(43,2%)	214(42,4%)	22(50,0%)	308(42,7%)	1,07	0,785
	недовольство назначенным лечением медицинским персоналом	16(11,9%)	4(10,8%)	65(12,9%)	5(11,4%)	90(12,5%)	0.26	0,967
	ограниченное время приёма медицинского персонала	16(11,9%)	5(13,5%)	62(12,3%)	2(4,5%)	85(11,8%)	2.44	0,486
	грубость медицинского персонала при обслуживании	13(9,6%)	6(16,2%)	68(13,5%)	7(15,9%)	94(13,0%)	2.11	0,549
	другое	21(15,6%)	4(10,8%)	55(10,9%)	7(15,9%)	87(12,1%)	2.87	0,412
Ваше отношение к медицинскому персоналу в целом	Доверяю	82(60,7%)	22(59,5%)	221(43,8%)	12(27,3%)	337(46,7%)	27.46	0,001
	Не доверяю	22(16,3%)	4(10,8%)	80(15,8%)	13(29,5%)	119(16,5%)		
	Затрудняюсь ответить	30(22,2%)	11(29,7%)	200(39,6%)	19(43,2%)	260(36,1%)		
	другое	1(0,7%)	0(0,0%)	4(0,8%)	0(0,0%)	5(0,7%)		
Критериями для выбора врача:	коммуникабельность (да)	57(42,2%)	14(37,8%)	124(24,6%)	14(31,8%)	209(29,0%)	17.89	0,001
	Квалификация (да)	76(56,3%)	22(59,5%)	334(66,1%)	23(52,3%)	455(63,1%)	7.11	0,068
	Территориальная доступность (да)	18(13,3%)	4(10,8%)	103(20,4%)	13(29,5%)	138(19,1%)	8.19	0,042
	пол врача (да)	8(5,9%)	5(13,5%)	30(5,9%)	2(4,5%)	45(6,2%)	3.66	0,300
	другое (да)	5(3,7%)	1(2,7%)	20(4,0%)	1(2,3%)	27(3,7%)	0.44	0,931
Количество посещений семейного врача/ Врача общей практики либо терапевта в поликлинике за последние 12 месяцев?	Всё не посещал	38(28,1%)	9(24,3%)	148(29,3%)	8(18,2%)	203(28,2%)	28.58	0,005
	1 или 2 раза	55(40,7%)	15(40,5%)	215(42,6%)	16(36,4%)	301(41,7%)		
	От 3 до 5 раз	18(13,3%)	7(18,9%)	64(12,7%)	17(38,6%)	106(14,7%)		
	Более 5 раз	14(10,4%)	1(2,7%)	33(6,5%)	1(2,3%)	49(6,8%)		
	Затрудняюсь ответить	10(7,4%)	5(13,5%)	45(8,9%)	2(4,5%)	62(8,6%)		

Как часто Вы обращаетесь в частные медицинские центры/клиники за платными медицинскими услугами?	Почти всегда	20(14,8%)	6(16,2%)	82(16,2%)	10(22,7%)	118(16,4%)	8.39	0,754
	Часто	21(15,6%)	6(16,2%)	73(14,5%)	7(15,9%)	107(14,8%)		
	Иногда	53(39,3%)	12(32,4%)	164(32,5%)	15(34,1%)	244(33,8%)		
	Редко	30(22,2%)	10(27,0%)	118(23,4%)	10(22,7%)	168(23,3%)		
	Никогда	11(8,1%)	3(8,1%)	68(13,5%)	2(4,5%)	84(11,7%)		
К какому специалисту в частные медицинских клиниках/ центрах Вы обращаетесь чаще всего:	Терапевту (да)	69(51,1%)	19(51,4%)	210(41,6%)	13(29,5%)	311(43,1%)	8.33	0,040
	Эндокринологу (да)	20(14,8%)	3(8,1%)	41(8,1%)	3(6,8%)	67(9,3%)	6.09	0,107
	Кардиологу (да)	20(14,8%)	8(21,6%)	58(11,5%)	7(15,9%)	93(12,9%)	4.20	0,241
	Офтальмологу (да)	15(11,1%)	4(10,8%)	61(12,1%)	8(18,2%)	88(12,2%)	1.69	0,639
	урологу/андрологу	31(23,0%)	5(13,5%)	85(16,8%)	4(9,1%)	125(17,3%)	5.54	0,136
	Нефрологу (да)	13(9,6%)	2(5,4%)	19(3,8%)		34(4,7%)	10.49	0,015
	Хирургу (да)	14(10,4%)	3(8,1%)	54(10,7%)	6(13,6%)	77(10,7%)	0.67	0,879
	Стоматологу (да)	47(34,8%)	16(43,2%)	228(45,1%)	8(18,2%)	299(41,5%)	15.16	0,002
Другое (да)	13(9,6%)	1(2,7%)	57(11,3%)	4(9,1%)	75(10,4%)	2.94	0,400	
Как Вы относитесь к идее организации услуг в поликлиниках, ориентированных на мужчин?	положительно	95(70,4%)	25(67,6%)	294(58,2%)	23(52,3%)	437(60,6%)	10.10	0,120
	негативно	8(5,9%)	3(8,1%)	61(12,1%)	7(15,9%)	79(11,0%)		
Количество посещений семейного врача/ Врача общей практики либо терапевта в поликлинике за последние 12 месяцев?	Вовсе не посещал	32(23,7%)	9(24,3%)	150(29,7%)	14(31,8%)	205(28,4%)		
<p>Группа 1 - работники сферы управления, менеджеры и госслужащие (офисные работники); группа 2 - военнослужащие; группа 3 - промышленные рабочие, технические и производственные специалисты, работники строительства и транспорта, сферы услуг. и продавцы; группа 4 - разнорабочие в качестве неквалифицированных подсобных рабочих, операторы производственного оборудования, сборщики и уборщики, работники склада и т.д.</p>								

Таблица 17. Барьеры на пути получения медицинской помощи

Показатели	группа 1 N(%)	группа 2 N(%)	группа 3 N(%)	группа 4 N(%)	Всего N(%)	Критерии Хи квадрат Пирсона	Показате ли значимос ти (P)
Препятствия для получения медицинской помощи							
Отдалённое месторасположение поликлиники (да)	32(23,7%)	11(29,7%)	100(19,8%)	16(36,4%)	159(22,1%)	8.12	0,042
Неудобный график приёма врачей в поликлинике (да)	40(29,6%)	8(21,6%)	167(33,1%)	14(31,8%)	229(31,8%)	2.44	0,487
Сложность с записью на прием к узким специалистам (кардиолог, эндокринолог, уролог, онколог и т.д.) (да)	53(39,3%)	11(29,7%)	158(31,3%)	12(27,3%)	234(32,5%)	3.38	0,280
Длительное ожидание в очереди на прием к участковому врачу (да)	41(30,4%)	8(21,6%)	147(29,1%)	7(15,9%)	203(28,2%)	4.60	0,204
Недостаточное диагностическое обследование, в том числе урологическое (да)	18(13,3%)	2(5,4%)	65(12,9%)	3(6,8%)	88(12,2%)	3.16	0,368
Низкая оснащённость оборудованием (да)	20(14,8%)	4(10,8%)	81(16,0%)	4(9,1%)	109(15,1%)	2.12	0,547
Нехватка кадров на уровне поликлиник (да)	29(21,5%)	3(8,1%)	93(18,4%)	2(4,5%)	127(17,6%)	9.10	0,028
Недоброжелательное отношение медработников к пациенту(да)	8(5,9%)	3(8,1%)	55(10,9%)	4(9,1%)	70(9,7%)	3.14	0,371
Отсутствие должного порядка в поликлинике и организации оказания медицинских услуг (да)	11(8,1%)	4(10,8%)	88(17,4%)	9(20,5%)	112(15,5%)	8.43	0,038
Отсутствие услуг по профилактике заболеваний и укреплению здоровья (да)	10(7,4%)	2(5,4%)	63(12,5%)	2(4,5%)	77(10,7%)	6.04	0,110
Другое (да)	19(14,1%)	2(5,4%)	31(6,1%)	2(4,5%)	54(7,5%)	10.56	0,014
Причины, по которым Вы избегаете посещения медицинской организации и/или врача в поликлинике							
не интересуюсь здоровьем в целом	25(18,5%)	3(8,1%)	52(10,3%)	6(13,6%)	86(11,9%)	7.50	0,058
считаю, что могу позаботиться о себе сам	23(17,0%)	15(40,5%)	130(25,7%)	13(29,5%)	181(25,1%)	9.93	0,019
нет полной информации о медицинских услугах	19(14,1%)	8(21,6%)	88(17,4%)	12(27,3%)	127(17,6%)	4.42	0,220
хотите защитить частную жизнь	19(14,1%)	2(5,4%)	40(7,9%)	5(11,4%)	66(9,2%)	5.74	0,125
считаю, что обращение за помощью - это признак слабости	6(4,4%)	2(5,4%)	25(5,0%)	4(9,1%)	37(5,1%)	1.59	0,662
трудности при обсуждении личных проблем с врачом	5(3,7%)	1(2,7%)	27(5,3%)	2(4,5%)	35(4,9%)	1.03	0,794
обеспокоен возможными финансовыми затратами	23(17,0%)	7(18,9%)	93(18,4%)	5(11,4%)	128(17,8%)	1.46	0,691
боялся того, что может обнаружить врач	8(5,9%)	3(8,1%)	22(4,4%)	3(6,8%)	36(5,0%)	1.75	0,627
слишком занят другими приоритетами	25(18,5%)	5(13,5%)	81(16,0%)	7(15,9%)	118(16,4%)	0.72	0,868

предполагаю, что проблема устранится сама собой	12(8,9%)	3(8,1%)	35(6,9%)	6(13,6%)	56(7,8%)	2.85	0,415	
важнее заботиться о близких, чем о себе самом	15(11,1%)	2(5,4%)	47(9,3%)	3(6,8%)	67(9,3%)	1.51	0,679	
Другое	19(14,1%)	4(10,8%)	54(10,7%)	4(9,1%)	81(11,2%)	1.45	0,694	
Группа 1 - работники сферы управления, менеджеры и госслужащие (офисные работники); группа 2 - военнослужащие; группа 3 - промышленные рабочие, технические и производственные специалисты, работники строительства и транспорта, сферы услуг и продавцы; группа 4 - разнорабочие в качестве неквалифицированных подсобных рабочих, операторы производственного оборудования, сборщики и уборщики, работники склада и т.д.								

Таблица 18. Результаты регрессионного анализа поведенческих факторов здоровья мужчин

Показатели		Скорректированное соотношение шансов (95% ДИ)	Нескорректированные показатели соотношения шансов (95% ДИ)
Возраст		1,01 (0,98;1,03)	0,99 (0,98;1,01)
Пожалуйста, укажите, насколько тщательно вы в целом выполняете рекомендации своего лечащего врача?	Я внимательно выполняю	3,24 (1,25;8,42)	4,64 (2,49;8,62)
	Не всегда/ иногда	2,26 (0,90;5,67)	1,82 (1,01;3,31)
	Не выполняю	1,00	1,00
Если у вас есть какие-либо проблемы со здоровьем, в первую очередь запишитесь на приём к терапевту/семейному врачу	да	1,00	1,00
	нет	2,56 (1,48;4,42)	2,49 (1,76;3,53)
или подождите, пока симптомы не станут невыносимыми и не помешают работе	да	1,00	1,00
	нет	1,38 (0,61;3,13)	2,53 (1,51;4,24)
Занимаетесь ли вы самолечением?	Нет. соблюдаю рекомендации врача по лечению.	1,00	1,00
	Иногда. но, при не осложнённых ситуациях, простудных заболеваниях	1,54 (0,73;3,24)	1,54 (1,03;2,30)
	да, я обращаюсь к врачам в исключительных случаях	1,46 (0,73;2,93)	2,79 (1,72;4,53)
Довольны ли вы качеством медицинского обслуживания за прошедший год?	нет	1,00	1,00
	да	4,27 (2,41;7,57)	5,22 (3,57;7,61)
Недовольны качеством медицинской помощи из-за невнимательности медперсонала	нет	1,00	1,00
	да	1,19 (0,61;2,30)	1,73 (1,15;2,62)
Недоволен качеством медицинской помощи из-за грубости медперсонала	нет	1,00	1,00
	да	1,90 (0,73;4,94)	3,74 (2,04;6,87)
пол врача является для вас критерием при выборе врача	нет	2,44 (0,73;8,09)	3,39 (1,37;8,38)
	да	1,00	1,00
Количество посещений семейного врача/врача общей практики или терапевта в поликлинике за последние 12 месяцев?	Вовсе не посещал	1,00	1,00
	1 или 2 раза	2,54 (0,69;9,38)	0,65 (0,43;0,99)
	От 3 до 5 раз	2,33 (0,64;8,45)	1,65 (0,93;2,93)
	более 5 раз	1,59 (0,40;6,41)	0,88 (0,42;1,86)

	Затрудняюсь ответить	1,82 (0,40;8,29)	2,28 (1,08;4,80)
Считаете ли вы, что скрининговые (профилактические) обследования направлены на раннее выявление и предотвращение развития различных заболеваний на ранней стадии?	верно	1,00	1,00
	Не верно	2,12 (0,97;4,61)	2,39 (1,08;5,27)
	Я не уверен как ответить	2,97 (0,71;12,47)	2,15 (1,37;3,37)
Сложность записи на прием к узким специалистам (кардиологу, эндокринологу, урологу, онкологу и т.д.) является для вас препятствием на пути получения медицинской помощи	нет	1,00	1,00
	да	1,37 (0,76;2,48)	1,43 (0,99;2,08)
Нехватка персонала на уровне поликлиники является препятствием для получения вами медицинской помощи	нет	1,00	1,00
	да	1,38 (0,65;2,90)	2,09 (1,29;3,39)
Недружелюбное отношение медицинских работников к пациенту является для вас препятствием на пути получения медицинской помощи	нет	1,00	1,00
	да	1,08 (0,38;3,04)	2,35 (1,27;4,34)
Как часто вы обращаетесь в частные медицинские центры/клиники за платными медицинскими услугами?	почти всегда	1,00	1,00
	часто	0,90 (0,35;2,27)	2,86 (1,49;5,48)
	иногда	1,11 (0,50;2,44)	2,09 (1,08;4,02)
	редко	2,68 (1,15;6,26)	1,85 (1,06;3,23)
	никогда	2,33 (0,86;6,30)	1,02 (0,57;1,82)
в частных медицинских клиниках/центрах вы чаще всего консультируетесь с терапевтом/семейным врачом?	нет	1,00	1,00
	да	1,41 (0,84;2,37)	1,42 (1,01;2,00)
Причины, по которым вы избегаете посещения медицинской организации и/или врача в поликлинике: Я считаю, что обращение за помощью - это признак слабости	нет	1,00	1,00
	да	2,21 (0,64;7,64)	2,42 (1,01;5,76)
Как вы относитесь к идее организации обслуживания в клиниках, ориентированных на мужчин?	позитивно	1,00	1,00
	негативно	1,35 (0,65;2,80)	1,90 (1,09;3,31)

Основными причинами избежания посещения медицинских организации ПМСП зафиксированы: уверенность мужчин в том, что они могут самостоятельно управлять своим здоровьем, а также беспокойство по поводу потенциальных финансовых потерь, отсутствия точной информации о том, как организованы и предоставляются медицинские услуги, и конкурирующих жизненных приоритетов. Согласно нашим результатам, неквалифицированные работники реже обращаются в частные клиники, что может быть связано с более низкой заработной платой. Кроме того, большинство мужчин предпочитают услуги узких специалистов, в первую очередь посещение стоматолога, терапевта, кардиолога и уролога/андролога. В рамках системы обязательного медицинского страхования доступны услуги всех этих специалистов, за исключением стоматологов, которые охватывают только определённые группы населения [111].

Данное предпочтение частной медицинской помощи может быть вызвано неудовлетворённостью предыдущим опытом оказания государственной первичной медико-санитарной помощи или низкой осведомлённостью о доступных услугах, что приводит к увеличению расходов на медицинское обслуживание из собственных средств в Казахстане [112].

Результаты проведённого логистического регрессионного анализа установил основные факторы, обуславливающие поведение мужчин по обращению за медицинской помощью, такие как удовлетворённость качеством медицинских услуг, приверженность к рекомендациям врача и частое обращение в частные клиники и центры (Таблица 18). Полученные данные соответствуют с результатами других авторов, которые подтверждают на высокий уровень вовлеченности в медицинские организации тесно взаимосвязаны с уровнем высокого доверия и положительным опытом взаимодействия с медицинскими работниками [113-114]. Приверженность к советам и рекомендациям врача также определены как основным предиктором, эффективности леченых и профилактических вмешательств [115-116]. Вместе с тем, регулярная обращаемость за платными медицинскими услугами может быть обусловлена высоким уровнем оснащённости и сервиса в данных организациях, доступностью, характеризующаяся оперативным реагированием на нужды мужчин по поводу здоровья. Полученные нами данные акцентируют значимость повышения качества медицинских услуг и осведомлённости важности строгого соблюдения медицинских назначений и рекомендации при реализации программ активизации вовлеченности и обращаемости в организации здравоохранения.

Результаты исследования свидетельствуют о наличии не только организационных структурных барьеров, но и недостаточной ответственности к состоянию здоровья как приверженность к самолечению. Так, мужчины из группы 4 продемонстрировали более рискованное поведение в вопросах здоровья: курят и употребляют чаще алкогольные напитки и не занимаются физической активностью. Вместе с тем, данная группа проявляет низкий уровень доверия к системе здравоохранения и менее осведомлены в вопросах

здоровья, хотя отмечается частое обращение за медицинской помощью в поликлинику. Скорее всего это связано с финансовым бременем и недоверием к системе здравоохранения. Наряду с этим, среди мужчин не только 4 группы, но и среди представителей 1 группы (высококвалифицированные, более образованные) обнаружен недостаточный уровень знаний и осведомлённости о хронических заболеваниях и навыках действия при проблем со здоровьем. Это в свою очередь, показывает, что имеющаяся проблема недостаточности в медицинской грамотности носит комплексный характер.

Мужчины чаще прибегают к методам самолечения, поздней обращаемостью к медицинской помощи, что связаны с гендерными нормами и маскулинностью. В этой связи, роль членов семьи и партнёров (супруги), влияющих на решения мужчин о совершении визитов к врачу становится существенной.

Удовлетворённость качеством медицинской помощи, соблюдение рекомендаций врача и опыт обращения в частные клиники оказались значимыми факторами, влияющими на вовлеченность мужчин в систему здравоохранения. Основными препятствиями являются организационные проблемы (очереди, неудобный график, удалённость поликлиники), неосведомлённость и вера в то, что "вы справитесь сами".

Полученные результаты подчёркивают необходимость адаптации ПМСП к потребностям мужчин, принимая во внимание их профессиональную занятость, повышение медицинской грамотности и укрепление доверия к системе здравоохранения. Разработка программ профилактики на рабочем месте и вовлечение семьи могут быть эффективными стратегиями для расширения участия мужчин в профилактике и своевременного доступа к медицинской помощи.

4.3. Практика взаимодействия мужчин с организациями ПМСП: барьеры и возможности.

Качественный анализ интервью с мужчинами

На основе анализа транскрибированных интервью были выделены темы и совершена категоризация ответов мужчин для каждого направления исследования. Анализ ответов мужчин показал неоднородность опыта обращения мужчин за медицинской помощью в организации ПМСП. Большинство респондентов охарактеризовали свой опыт взаимодействия с ПМСП как редкий и нерегулярный. Лишь небольшая часть участников интервью сообщила о постоянных обращениях в или положительных контактах с медицинскими организациями. Мужчины в возрасте 28-50 лет продемонстрировали различную степень вовлеченности в медицинские и профилактические услуги. Молодые мужчины, в возрасте до 35 лет реже обращались в медицинские организации и были склонны игнорированию профилактические услуги. Основными причинами назывались отсутствие времени, нежелание получить медицинские консультации и установки мужчин о достаточном самостоятельном контроле за состоянием здоровья (Таблица 19).

Мужчины среднего возраста (35-49 лет) чаще сообщали о редких обращении за медицинской помощью. Вместе с тем, данная группа мужчин упоминали о имеющихся барьерах, связанных с доступностью предоставляемых медицинских услуг., длительными ожиданиями приема врача и недостаточности эффективности медицинской помощи. В некоторых интервью также затронуты вопросы скептицизма к компетентности медицинских работников, что снижает уровень доверия к системе здравоохранения. Также мужчинами чаще затрагивались темы о несвоевременных обращениях в медицинские организации, только при проявлении серьезных симптомов заболеваний.

Мужчины очень редко обращаются в медицинские организации с целью предупреждения заболеваний, с целью прохождения профилактических осмотров. В нескольких интервью участники сообщили о перегруженности медицинских работников, ограничивающих доступность оказываемой медицинской помощи. Большинство участников интервью отметили, что они чаще прибегают к самолечению и проводят поиск медицинской информации вне медицинских организации. Мужчины сообщали о предпочтении информации, касающихся здоровья и лечения получать от близких или от членов семьи, и больше полагались на информацию представленную в интернет просторах. По версии участников интервью, такое положение дел позволяла им избегать посещения медицинской организации. Однако, некоторые участники проявили доверие и положительно оценили деятельность работников ПМСП. Единицы отметили важность профилактических обращений, выражали доверие к работе медицинских специалистов и активно обращались с целью прохождения профилактических осмотров. Они также отмечают о важности необходимого повышения информированности мужчин о доступных

профилактических программах, реализуемых на уровне ПМСП. Вопросы доступности медицинских услуг, также были отмечены как важный элемент, влияющий на вовлеченность мужчин в медицинские организации. В ходе интервью определены препятствия, такие как организационные аспекты предоставления медицинской помощи - долгое ожидание приема врача, очереди, ограничения с записью на прием врача и временные ограничения при получении консультации врача. Тогда как, альтернативные формы организации оказания медицинской помощи (выездные консультации, мобильные медицинские бригады) мужскому населению были признаны и оценены положительно со стороны участников интервью.

Таблица 19 - Краткий обзор на результаты интервью с мужчинами.

Участник	Возраст	Опыт взаимодействия с ПМСП	Краткое резюме
Участник 1	29	редкий	Имеет негативный опыт. Полагается на свою жену. Считает первичную медико-санитарную помощь неэффективной.
Участник 2	47	нерулярный	Избегает первичной медико-санитарной помощи, лечится самостоятельно. Настроен скептически. Уровень доверия низкий.
Участник 3	35	единичный	Считает услуги недоступными. Не доверяет врачам. Частично информирован.
Участник 4	42	редкий	Знает о скрининге. Считает, что пол врача не имеет значения. Просвещенный.
Участник 5	31	положительный	Я открыт для медицины. Понимает важность профилактики. Мне хотелось бы получить больше информации.
Участник 6	50	нерулярный	Есть опасения. При необходимости обращается за помощью. Считает, что система перегружена.
Участник 7	36	положительный	Он доверяет врачам. Участвует в профилактике. Заботясь о своем здоровье.
Участник 8	45	редкий	Я уверен в самолечении. Он критически относится к очередям

			и врачам. Не доверяет ПМСП.
Участник 9	28	низкий	Мало информирован. Он не считает это важным. Нет времени на визиты.
Участник 10	38	минимальный	У меня были трудности с доступом к нему. Считает услуги неэффективными.
Участник 11	41	средний	Считает здоровье своей личной обязанностью. Я получил помощь. Ищет информацию в Интернете.
Участник 12	30	минимальный	Редко обращается. Не чувствует, что может изменить ситуацию. Недоверие к врачам.
Участник 13	43	средний	Я столкнулся с препятствиями. Считает, что доступ ограничен. Положительно относится к выездным службам.

Проведенное интервью с мужчинами показало, что имеются проблемы с доступностью медицинской помощью и во многом согласуется с субъективным мнением и уровнем доверия к медицинским работникам с существующими организационными фактами, ограничивающие доступность оказания медицинской помощи. Выявленные результаты интервью показывают о необходимости выработки целенаправленных стратегий усиления деятельности по информированию мужчин о предоставляемых профилактических программах, а также повышению доступности оказанных медицинских услуг на уровне ПМСП.

На основе тематического анализа определены несколько тем, характеризующих особенности взаимодействие и отношение мужчин к организациям, оказывающим ПМСП (Таблица 20). Более очевидной темой выделен недостаточный уровень обращаемости в медицинские организации, связанных с личными убеждениями и опытом взаимодействия, так и существующими организационными препятствиями. Многие подтвердили, что обращаются к медицинским работником только при возникновении серьезных нарушений, связанных со здоровьем, тогда как визиты совершают с профилактической целью очень редко. Помимо, всего определен недостаточный уровень доверия к системе здравоохранения, которому способствовал предыдущий негативный опыт взаимодействия. Что в свою очередь, сформировало поведение приверженное к самолечению и обращение за медицинской консультацией к близким и членам семьи, или поиску медицинской информации из интернет ресурсов.

Таблица 20- Результаты тематического анализа интервью с мужчинами

Обобщенные темы	Подтемы	Цитаты участников
Низкая обращаемость мужчин в ПМСП	Обращение только при выраженных симптомах	"Обычно я не хожу к врачу. Если станет совсем плохо, я пойду". (Участница 6, 50 лет)
	Отсутствие времени на визиты с целью профилактики	"Нет времени на работу, семью, бизнес, клинику". (Участница 9, 28 лет)
Недоверие к системе здравоохранения	Скептическое/ не доверительное отношение к эффективности лечения	"Честно говоря, я не вижу особой пользы. Часто что-то прописывают. (Участница 1, 29 лет)
	Негативный предыдущий опыт обращения	"Когда я подавала заявление, мне пришлось долго ждать, и в результате они не сказали ничего нового". (Участница 10, 38 лет)
Склонность к самолечению	Использование интернет контента для поиска медицинской информации	"Сейчас все можно найти в Интернете. Сначала я позанимаюсь, а потом решу, идти к врачу или нет. (Участница 11, 41 год)
	Прислушивание к советам членов семьи и близкого окружения	"Если меня что-то беспокоит, я сначала спрашиваю жену, она это хорошо знает". (Участник 1, 29 лет)
Организационные трудности	Очереди, трудности с записью	"Главная проблема - очереди. Можно потерять полдня. (Участник 8, 45 лет)
	Ограниченная доступность врачей	"Иногда невозможно записаться на прием к нужному специалисту". (Участница 3, 35 лет)
Положительное отношение к профилактике	Осознание значимости профилактических программ	"Я стараюсь проходить обследование раз в год, потому что так лучше предотвратить заболевание". (участница 7, 36 лет)
	Нужда в информации о профилактических программах	"Если бы профилактика была больше связана с профилактикой, я думаю, многие ходили бы чаще". (Участник 5, 31 год)

Данные полученные в ходе проведенных тринадцати интервью с мужчинами позволяют сделать ряд важных заключений об отношении мужчин к медицинским организациям и опыте взаимодействия с организациями ПМСП, а также сформировать рекомендации по совершенствованию организации оказания медицинской помощи.

Низкая активность мужчин в сфере здравоохранения обусловлена сочетанием личностных установок и внешних факторов. Многие мужчины не обращаются за медицинской помощью до тех пор, пока болезнь не ухудшится. Причины этого – психологические (нежелание проявления уязвимости), организационные (трудности с доступом к услугам в удобное время, очереди), социально-экономические (нехватка времени, связанного с работой, страх потерять доход, отсутствие поддержки). Мужчины недооценивают важность профилактики и не имеют привычки проходить регулярные осмотры.

Широко распространено недоверие к системе здравоохранения. Многие респонденты придерживаются мнения, что бесплатное медицинское обслуживание низкого качества, что врачи либо некомпетентны, либо безразличны. Негативный опыт отдельных ситуаций (грубость, служебная деятельность, ошибочный диагноз) обобщён на всю систему. В результате мужчины предпочитают работать без врачей или, если возможно, посещать частный сектор. Это недоверие является основным препятствием, которое необходимо устранить.

Осведомлённости о программах профилактики недостаточно. Многие мужчины не знают о обследованиях и других профилактических услугах, предлагаемых клиникой. Они не участвуют в медицинском осмотре, не получают уведомления (или не обращают на них внимания). Их знания о здоровом образе жизни, как правило, хороши (все знают о пользе спорта, вреде курения), но у них нет знаний о конкретных шагах (например, сдача экзаменов один раз в год). Информационный вакуум частично заполнен интернетом, но есть много непроверенных источников. Роль участкового врача как "консультанта по здравоохранению" также не ощущается – мужчины не получают от них профилактических рекомендаций.

Ещё одним важным пунктом отражена роль семьи и женщин, влияющие на поведение мужчин. Из интервью видно, что женщины и матери часто являются инициаторами посещения врачей. Они убеждают, пишут, следят за процессом. Если эта ссылка отсутствует (мужчина один или жена безразлична к своему здоровью), вероятность посещения резко снижается. Тем не менее, мужчинам неудобно заботиться о себе "для себя", но они готовы сделать это "для семьи" – например, понять, что для воспитания детей им нужно быть здоровыми. Таким образом, опора на семейные ценности может быть эффективной стратегией мотивации.

Первостепенным приоритетом для мужчин является трудовая деятельность, его работа, по сравнению с вопросами ответственного поведения в отношении собственного здоровья и значимости здоровья. На работе они проводят большинство времени, работа также является источником стрессовых переживаний, где они испытывают серьезное перенапряжение и переутомление, что в свою очередь приводит к развитию подверженности к рискованному поведению в отношении здоровья.

Пол медицинских специалистов не был выделен как фактор, препятствующий мужчинам активному посещению медицинской организации,

однако очень важно учитывать поведенческие особенности мужского сообщества. Для мужчин значительно важно осознать профессиональную компетенцию медицинского работника, тогда они проявляют готовность получить медицинскую консультацию врача, вне зависимости от пола, главное чтобы врач был профессионалом и кважительным в обращении. Также важно отметить и сознательные ощущения мужчин в контексте «не проявлять слабость», которые формируют поведение отражающие мужественные характеристики - «не жаловаться, не показывать уязвимость». вместе с тем, мужчины нуждаются в рациональном подходе, в аргументации фактами и прислушиваются к авторитетным мнениям, а также зависят от стиля равноправного партнерского взаимодействия в вопросах лечения и профилактики.

Во время интервью с мужчинами определены основные барьеры, ограничивающие доступ к медицинским услугам. Самые частые упоминания касались, барьеров, связанных с недостаточной информированностью о предоставляемых профилактических программах и скрининговых осмотрах, из 13 интервью в 10 случаях это было упомянуто (Таблица 21). Это показывает о недостаточной работе по проведению информирования мужского населения о имеющихся услугах, предоставляемых в рамках ПМСП. В 9 интервью озвучены препятствия из за которых невовлеченность мужчин остается все еще нерешенной проблемой, и приводящие к случаям самолечения и это недоверие к медицинским работникам и системе здравоохранения в целом. Данный факт также подтверждается частыми случаями предупреждений об отказе от обращения за медицинской помощью и предпочтением лечиться самостоятельно. Более половины случаев упоминаний мужчинами также стали длительное время ожидания и очереди в медицинской организации, которые отражают организационную эффективность процесса оказания медицинской помощи. В добавок к этому, отмечены занятость мужчин работой и приоритет семьи, что еще больше снижает вероятность своевременного обращения в медицинские организации.

Каждый третий участник интервью подтвердил важную роль членов семьи и партнеров по браку в формировании ответственного поведения в отношении собственного здоровья, что является основным фактором обращения за медицинской помощью. Большинство участников отметили, что для них играет огромную роль профессиональные компетенции медицинского работника и его коммуникативные навыки при обращении с мужчинами. Хотя и не так часто упоминалось о финансовых и социальных препятствиях, для некоторых мужчин респондентов они считались бременем и ограничивали возможность своевременного обращения за медицинской помощью. Частота повторяющихся тем во время интервью наглядно представлены на рисунке 8.

Таблица 21- Частота по повторяющимся темам в интервью.

Тема	Частота упоминаний
Недостаточная осведомлённость о ПМСП и скринингах	10
Недоверие к врачам и системе здравоохранения	9
Долгое ожидание и очереди	7
Самолечение и избежание медицинской помощи	8
Низкая мотивация и приоритет семьи/работы	6
Влияние жены/членов семьи на поведение	5
Роль пола врача - нейтрально или второстепенно	9
Пожелания по улучшению условий предоставления медицинских услуг	6
Финансовые /социальные барьеры	4



Рисунок 8-Частота упоминания ключевых тем в интервью с мужчинами

Таким образом, данные таблицы подтверждают, что низкая вовлеченность мужчин в профилактику и услуги первичной медико-санитарной помощи сложна и определяется совокупностью информационных, организационных, психологических и социальных факторов.

Качественный анализ интервью с врачами общей практики

Анализ интервью с врачами первичной медико-санитарной помощи показал, что их профессиональная деятельность охватывает широкий спектр клинических, административных и организационных задач. Одной из наиболее

часто упоминаемых особенностей работы является значительная нагрузка, связанная с ведением медицинских карт и подготовкой отчётов. По мнению респондентов, работа с электронными системами и заполнение бланков занимает значительную часть рабочего времени, что ограничивает возможность длительного общения с пациентами (Таблица 22).

Таблица 22 - Краткое резюме полученных данных, касающихся вопросов практики работы врачей в аспекте организации профилактической деятельности

Тема	Подтема	Цитаты врачей	Интерпретация
Административная нагрузка в работе врача	Преобладание документации и отчётности	«Сейчас больше времени уходит на работу за компьютером и заполнение бумаг, чем на пациентов».	Значительная административная нагрузка ограничивает время непосредственного взаимодействия врача с пациентами и снижает возможности для профилактической работы.
	Необходимость выполнения отчётных показателей	«Нужно выполнять план по показателям и отчётности».	Система оценки работы врачей ориентирована на количественные показатели, что усиливает административное давление и формирует формализованный подход к профилактике.
Организация профилактической работы	Реализация программ вакцинации и скрининга	«Профилактика идёт на хорошем уровне – вакцинация, скрининги проводятся регулярно».	Врачи отмечают развитие профилактических программ, однако их эффективность зависит от вовлечённости населения.
	Ограниченная эффективность профилактической работы	«Пациенты слушают на семинарах, но не всегда меняют своё поведение».	Информационные мероприятия не всегда приводят к изменению поведения пациентов, что указывает на необходимость более эффективных стратегий мотивации населения.
Отношение пациентов к профилактике	Сопротивление вакцинации и скринингам	«Есть родители, которые против прививок, и это создаёт сложности».	Недоверие части населения к профилактическим мерам снижает эффективность программ общественного здравоохранения.
	Низкая мотивация мужчин к профилактике	«Приходится уговаривать мужчин прийти на обследование – многие не ценят бесплатные услуги».	Мужчины демонстрируют более низкую вовлечённость в профилактические программы, что связано с недостаточной информированностью и культурными установками.
Коммуникационные трудности в работе врача	Рост требований пациентов	«Сейчас пациенты говорят: мы платим ОСМС, поэтому требуем внимания».	Введение системы обязательного медицинского страхования повышает ожидания пациентов относительно качества и доступности медицинских услуг.

	Опасение жалоб со стороны пациентов	«До 80% времени уходит на то, чтобы предотвратить жалобы».	Врачи вынуждены уделять значительное внимание управлению конфликтами и предотвращению жалоб, что увеличивает эмоциональную нагрузку.
Организационные проблемы системы ПМСП	Трудности записи к специалистам	«Пациенты долго ждут талон, а потом приходят без записи».	Ограниченная доступность узких специалистов и сложности маршрутизации пациентов создают дополнительную нагрузку на врачей ПМСП.
	Неактуальные контактные данные пациентов	«Пациенты меняют номера телефонов, и их сложно найти для скрининга».	Недостаточная актуальность информационных систем затрудняет приглашение пациентов на профилактические обследования.
Общая оценка текущей ситуации	Стабильная работа системы	«В целом всё стабильно, работа идёт по плану».	Несмотря на существующие трудности, многие врачи оценивают работу системы ПМСП как устойчивую.
	Позитивная оценка развития системы	«Сейчас лучше, чем раньше».	Ряд врачей отмечает постепенное улучшение организации медицинской помощи и профилактических программ.

Несмотря на это, врачи продолжают уделять внимание консультированию, диагностике и лечению пациентов, а также проведению профилактических мероприятий. Большинство участников исследования отметили, что профилактические меры, включая программы вакцинации и скрининга, в последние годы ещё больше улучшились и в целом оцениваются как удовлетворительные или хорошие.

Однако эффективность профилактической работы во многом зависит от отношения населения. По словам врачей, значительное количество пациентов недостаточно информированы о профилактических программах и не всегда готовы следовать медицинским указаниям. Особые трудности с вакцинацией возникают, когда мужчин призывают на профилактические осмотры, а также когда часть населения выражает недоверие или сопротивление.

Дополнительные трудности связаны с организацией работы системы здравоохранения. Респонденты отметили высокую административную нагрузку, необходимость выполнения плановых показателей по охвату населения профилактическими мероприятиями, а также проблемы, связанные с записью пациентов к узким специалистам. В некоторых случаях трудности возникают из-за отсутствия соответствующей контактной информации пациентов, что затрудняет вызов на профилактические осмотры.

Текущая ситуация по оказанию первичной медико-санитарной помощи врачами оценена как стабильная. Вместе с тем, врачи подчёркивают необходимость совершенствования организации профилактической работы и направленности ее на формирование здорового образа жизни, путём повышения

осведомлённости и оптимизации организационно-структурных процессов, что могло бы способствовать уделению достаточного времени на работу по консультированию. Анализ основных тем, затрагиваемых в процессе интервью с врачами, установил, что профессиональная деятельность состоит из клинической работы, административных обязанностей и осуществления профилактической работы. Основной ключевой проблемой явилось значительная занятость ведением медицинской документации и выполнением отчётных показателей врачебного участка, что ложится дополнительной нагрузкой. По мнению врачей общей практики, данная проблема ограничивает их по времени, которое они могли бы потратить больше на взаимодействие с пациентами. Ими отмечается развитие профилактических скрининговых программ, однако эффективность реализации данных программ сдерживается недостаточной вовлеченностью населения, особенно со стороны мужского населения, которые демонстрируют более низкую мотивацию к участию в профилактических скрининговых программах.

Несмотря на обобщённые проблемы, большинство респондентов врачей дают положительную оценку деятельности системы ПМСП, как стабильной и подчёркивают постепенное развитие работы профилактической направленности.

Качественный анализ интервью с медицинскими работниками среднего звена

Анализ интервью с медсёстрами первичной медико-санитарной помощи выявил несколько взаимосвязанных факторов, которые объясняют его низкую активность в участии в профилактических медицинских мероприятиях. Результаты показывают, что барьеры являются многокомпонентными и включают в себя личные взгляды мужчины, социально-экономические ограничения, специфику функционирования системы здравоохранения, трудности в общении и влияние ближайшего социального окружения.

Профилактика одной из основных причин обращения за профилактической медицинской помощью являются особенности личных установок и поведения. По наблюдениям медицинских сестёр, мужчины часто склонны игнорировать первые симптомы заболевания и откладывать визит к врачу до тех пор, пока состояние не ухудшится (Таблица 23).

Культурные нормы и представления о мужественности (маскулинность), как фактор сдерживающий от обращения за помощью, считая проявлением слабости создают терпимость к боли и нежеланию открытой демонстрации уязвимости. Такое поведение во многом связаны со страхом обнаружения того или иного заболевания. Также, пренебрежение необходимостью изменения образа жизни и игнорирование проблем связанных со здоровьем наблюдается у ряда пациентов мужчин. Ещё одним значимым фактором можно назвать ограничения в виде нехватки времени в связи с трудовой занятостью. Медицинские сестры часто упоминают об отказах со стороны мужчин посетить медицинскую организацию в целях профилактических осмотров, объясняя свои

отказы занятостью на работе. К откладыванию визитов в медицинскую организацию приводит не приоритетность вопросов здоровья для мужчин по сравнению вопросами финансового заработка и обеспечения семьи, выполнения профессиональных обязанностей. Дополнительными факторами и барьерами по мнению медицинских сестер является невозможность записаться к врачу в моменте обращения и длительность ожидания визитов к врачу, а также сложности получения одобрения и получения разрешения на посещение медицинской организации во время рабочего дня у руководства. Что касается ограничений, связанных с системой здравоохранения, медицинские сестры отмечают такие факторы как, административная и организационная нагрузка, недостаточность талонов к специалистам узкого профиля, технические сбои в работе информационных систем. Все это снижает доверие мужчин к системе здравоохранения и приводит к низкой вовлеченности в вопросы здоровья.

По мнению медицинских работников среднего звена, еще одним из немаловажных факторов является статус мужчин в системе обязательного социального медицинского страхования, мужчины не осуществляющие уплаты взносов в фонд медицинского страхования, могут ошибочно воспринимать медицинские услуги как недоступными для них и создающими дополнительное финансовое бремя.

Особенно важной темой интервью отмечено отношение к пациентам мужского пола и их взаимодействие. Медицинские сестры отмечают со стороны мужчин недостаточную откровенность при обсуждении проблем со здоровьем, склонные скрывать факторы рискованного поведения и ранние симптомы проявления заболеваний, что приводит усугублению состояния здоровья мужчин и снижению продолжительности жизни мужского населения.

Кроме того, мужчины ожидают быстрого решения медицинских проблем и становятся нетерпеливыми, когда ждут слишком долго, что также влияет на их удовлетворенность медицинским обслуживанием. Важным фактором, способствующим обращению за медицинской помощью, является влияние семьи, в первую очередь супруга. По словам медсестер, именно женщины чаще всего начинали визит мужчины в клинику, записывали его на приём и сопровождали во время обследования. Таким образом, семья выступает важным социальным ресурсом, который поощряет ответственное отношение к здоровью мужчины.

В целом, результаты опроса показывают, что низкий уровень участия мужчин в профилактических программах обусловлен сочетанием личных, социальных и организационных факторов. Профилактика расширения участия в профилактике требует комплексного подхода, который включает в себя разработку программ в области здравоохранения, повышение доступности медицинских услуг, улучшение коммуникации между медицинскими работниками и пациентами, а также активное вовлечение семей и работодателей в поддержку профилактических инициатив.

Таблица 23 - Обобщённые результаты интервью с медицинскими сёстрами общей врачебной практики

(Тема)	(Подтема)	Цитата медицинского работника (медицинских сестер ОВП)	Интерпретация
Индивидуальные установки мужчин	Страх выявления заболевания	<i>«Если им говорят, что у них высокое давление, они сразу думают: “Всё, у меня гипертония”... У мужчин есть страх, поэтому они не приходят, а обращаются, когда болезнь уже сильно запущена».</i>	Страх получения неблагоприятного диагноза формирует избегающее поведение и приводит к позднему обращению за медицинской помощью.
	Отрицание заболевания	<i>«Он прошёл обследование, но полностью отрицал диагноз: “У меня такого заболевания нет”».</i>	Психологический механизм отрицания препятствует принятию диагноза и снижает приверженность лечению и профилактике.
	Низкая мотивация к здоровому образу жизни	<i>«Мы им говорим: “Не курите, не пейте много алкоголя”... Они отвечают: “Мы не можем, так мы живём”».</i>	Отсутствие внутренней мотивации к изменению поведения снижает эффективность профилактического консультирования.
	Гендерные стереотипы поведения	<i>«Мужчины не любят обращаться, считают, что если пойдёшь в поликлинику – все болезни найдут».</i>	Культурные нормы маскулинности могут способствовать избеганию медицинской помощи и формированию установки «терпеть до последнего».
Рабочие и временные ограничения	Занятость на работе	<i>«Они говорят: “Мы весь день на работе, времени нет”».</i>	Рабочая занятость выступает значимым барьером для участия мужчин в профилактических мероприятиях.
	Приоритет обеспечения семьи	<i>«Возраст от 30 до 45 – у них на первом плане семья и работа».</i>	Социальная роль мужчины как основного кормильца семьи приводит к снижению приоритета собственного здоровья.
	Сложности получения времени для посещения врача	<i>«Начальник сказал, что никакого приказа нет».</i>	Недостаточная поддержка со стороны работодателей ограничивает возможности прохождения профилактических обследований.
	Нетерпимость к длительному ожиданию	<i>«Я до 12 часов должен успеть, у меня работа».</i>	Мужчины более чувствительны к потерям рабочего времени, что снижает их готовность ожидать приём.

Организац ионные барьеры системы здравоохра нения	Длительное ожидание приёма	<i>«Ждали 3–4 месяца, больше не хотим приходить».</i>	Длительное ожидание консультации снижает доверие к системе здравоохранения и мотивацию повторного обращения.
	Технические и административные проблемы	<i>«Приходим – компьютеры не работают, приходим в другой раз – нет талонов».</i>	Бюрократические и технические сложности формируют негативный опыт взаимодействия с медицинскими учреждениями.
	Ограниченная доступность специалистов	<i>«Чтобы попасть к специалисту, нужно ждать несколько месяцев».</i>	Недостаточная доступность специализированной помощи снижает эффективность маршрутизации пациентов.
	Ограничения системы медицинского страхования	<i>«У кого ИП – не хотят оплачивать, поэтому вообще не приходят».</i>	Финансово-организационные особенности системы страхования могут ограничивать доступ некоторых мужчин к профилактике.
Особенност и взаимодейс твия с медицинск им персоналом	Недостаточная откровенность пациентов	<i>«Он отрицал, что употребляет алкоголь... только жена рассказала врачу правду».</i>	Скрытие информации о привычках и симптомах затрудняет диагностику и профилактическое консультирование.
	Недоверие к рекомендациям врачей	<i>«Они иногда не воспринимают серьёзно рекомендации врача».</i>	Недостаточный уровень доверия снижает приверженность медицинским рекомендациям.
	Негативное восприятие очередей и перегруженности системы	<i>«Когда много людей и всё быстро, они начинают нервничать».</i>	Перегруженность медицинских учреждений снижает удовлетворённость пациентов и влияет на готовность обращаться повторно.
	Семейный контроль за лечением	<i>«Жёны говорят: он дома нарушает диету, пожалуйста, объясните ему».</i>	Семья играет важную роль в поддержании приверженности лечению и профилактическим рекомендациям.
	Социальная поддержка	<i>«Иногда сначала приходит жена, а потом приводит мужа».</i>	Социальная поддержка способствует повышению вовлеченности мужчин в медицинские обследования.

5 МОДЕЛЬ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ УЧАСТНИКОВ ПРИ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИИ, НАПРАВЛЕННЫХ НА УКРЕПЛЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ МУЖЧИН.

С момента внедрения и реализации государственных программ реформирования и развития систем здравоохранения первичная медико-санитарная помощь в Республике Казахстан претерпела значительные трансформации. На сегодняшний день четка выстроена модель организации амбулаторно-поликлинической помощи на основе внедрения принципа пациентоориентированности, семейной медицины и мультидисциплинарного подхода. Успешно интегрированы в деятельность организации ПМСП новые подходы оказания помощи и профилактики заболеваний: работа мультидисциплинарных команд, реализация программ управления заболеваниями, создание центров лучших практик ПМСП, молодёжные центры здоровья, трансформация сестринской службы, национальная скрининговая программа [117]. Также, в рамках реализации Национального проекта «Здоровая нация» определены показатели в пользу здорового образа жизни «Увеличение доли граждан, ведущих здоровый образ жизни», «снижение распространения табакокурения среди населения», «Число граждан, занимающихся физической культурой и спортом» [118].

Распространённость неинфекционных заболеваний все ещё актуальна в настоящих условиях развития системы здравоохранения. Они занимают первые строчки причин заболеваемости, инвалидности и предотвратимой смертности населения. Особую позицию данный вопрос занимает среди мужчин, которые более привержены к рискованному поведению в отношении здоровья и менее привержены к предоставленным профилактическим услугам, особенно в групп мужчин, занятых трудовой деятельностью.

В контексте практики оказания ПМСП на сегодня не существует специальных, в рамках государственного объёма медицинских услуг для мужчин. Медицинские услуги для мужчин доступны на амбулаторно-поликлиническом и стационарном уровне, но они предназначены для населения в целом. В организациях ПМСП мужчины могут пройти скрининг на раннее выявление онкологических заболеваний, благодаря внедрению программ скрининга реализуемых с 2011 года.

Однако, несмотря на наличие скрининговых программ и динамическое наблюдения за уже выявленными хроническими состояниями, работающая на данный момент модель организации профилактических услуг на уровне ПМСП в основном нацелена на выявление уже имеющихся развившихся заболеваний и их последующее предотвращение осложнения, что резко сужает поле реализации мер по первичной профилактике и борьбе с факторами риска.

Существующий подход к профилактике и формированию здорового образа жизни, типовые, шаблонные интервенции, не учитывающие индивидуальные особенности не обеспечивается в должной мере принципы

персонализированной медицины, принимающие во внимание поведенческие, психологические и социальные условия, влияющие на здоровье.

Анализ собственных исследований свидетельствуют о высоких показателях предотвратимой смертности (превентивной и излечимой) по причине неинфекционных заболеваний среди мужчин, и таких смертей можно было бы избежать, если бы со стороны мужчин была активность в вопросах здоровья и спрос на медицинские услуги, связанные с укреплением здоровья и программами по профилактике заболеваний. В связи с этим обусловлена необходимость межсекторального и риск ориентированного подхода в реализации профилактических услуг, направленных на выявление групп риска НИЗ и оценку степени риска.

Одним из ключевых решений является инициативы, направленные на привлечение внимания мужчин к вопросам их собственного здоровья, повышение осведомлённости о предотвратимых проблемах со здоровьем, улучшение использования мужчинами существующих ресурсов здравоохранения. Данная модель взаимодействия интегрирована в существующую систему оказания ПМСП по профилактике и укреплению здоровья населения (Рисунок 9 и 10). Для реализации успешной деятельности необходимо интегрировать и сотрудничать с заинтересованными сторонами, сосредоточившись на ключевых проблемах мужского здоровья, таких как факторы риска НИЗ и поведение, связанное с поиском медицинской помощи.

Разработанная модель «Формирование профилактической среды для мужчин» - это межсекторальная, рискориентированная профилактическая технология, объединяющая организации ПМСП, самих мужчин и работодателей. Предлагаемая модель взаимодействия основана на нескольких принципах - учитывающих риски, установки поведения и средоориентированность, а также переход от реактивной системы к проактивной системе оказания профилактических мер с применением цифровизации здравоохранения. Мужчины выступают в роли активного участника, управляющий собственным здоровьем, принимающий ответственность за решения принятые в отношении собственного здоровья (Таблица 24).

Организационные аспекты модели базируются на существующей схеме структуры организации ПМСП, и нет необходимости внесения изменений, что обуславливает практическую конструктивность данной модели. При этом, обозначена позиция важного связующего и координирующего, поддерживающего звена в модели за средним медицинским работником. Все это реализуется в межсекторальном пространстве, путём вовлечения работодателей мужчин, сообществ и членов семьи, близкого окружения мужчин, которая поможет сформировать комфортную профилактическую среду (Рисунок 11).

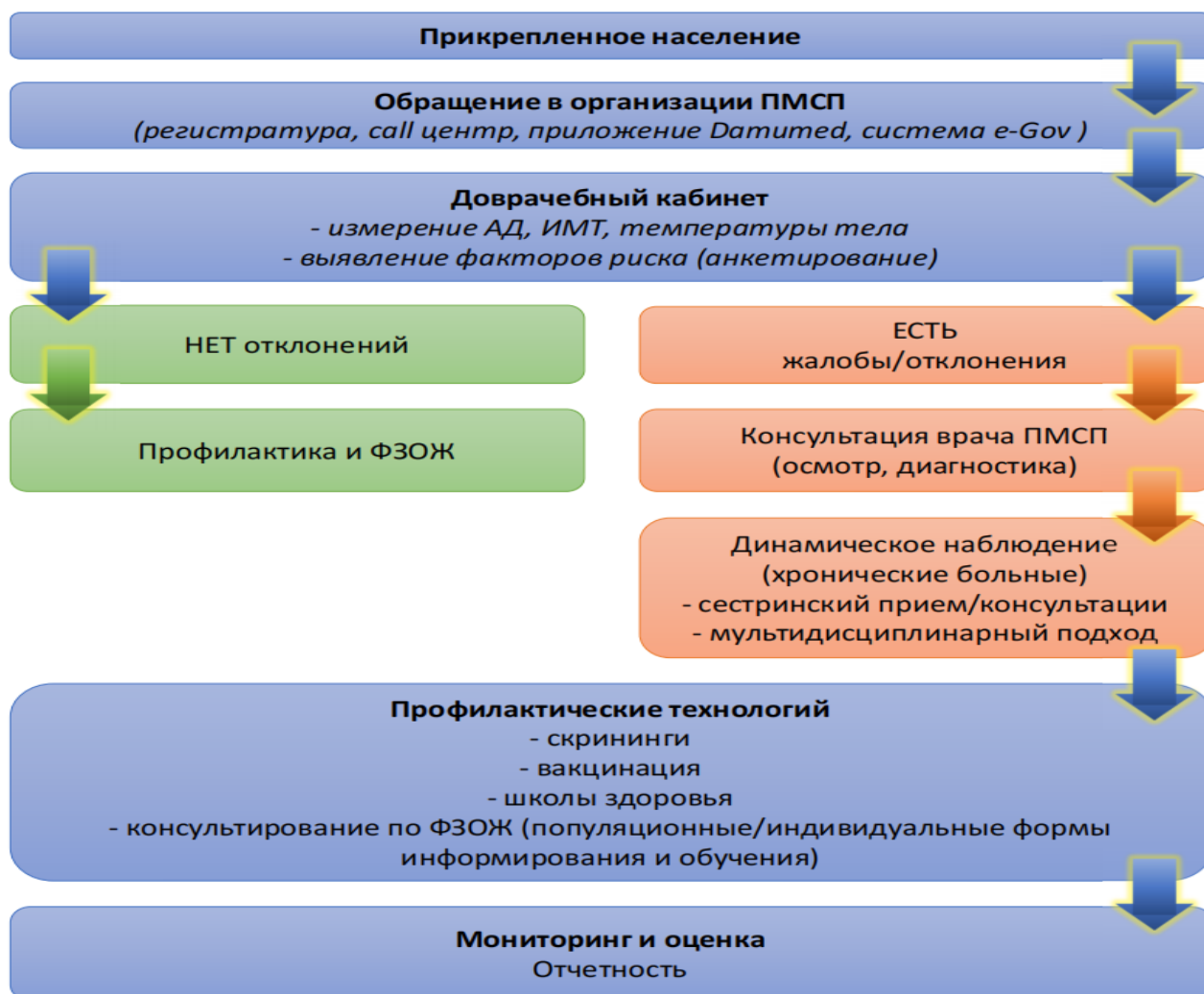


Рисунок 9 - Действующая схема работы организации первичной медико-санитарной помощи по профилактике и укреплению здоровья населения



Рисунок 10 - Предлагаемая схема работы организации первичной медико-санитарной помощи по профилактике и укреплению здоровья мужчин

Таблица 24 - Сравнительная характеристика моделей.

Действующая модель	Предлагаемая модель
Пациент приходит	ПМСП выявляет
Один подход для всех	Персонализация рисков
Диагноз	Прогноз риска
Реагирование лечением	Предотвращение рисков
Бумажные процессы	Цифровая интеграция
Диспансеризация	Управление поведением
Медицинский работник	мед.работник +пациент+работодатель

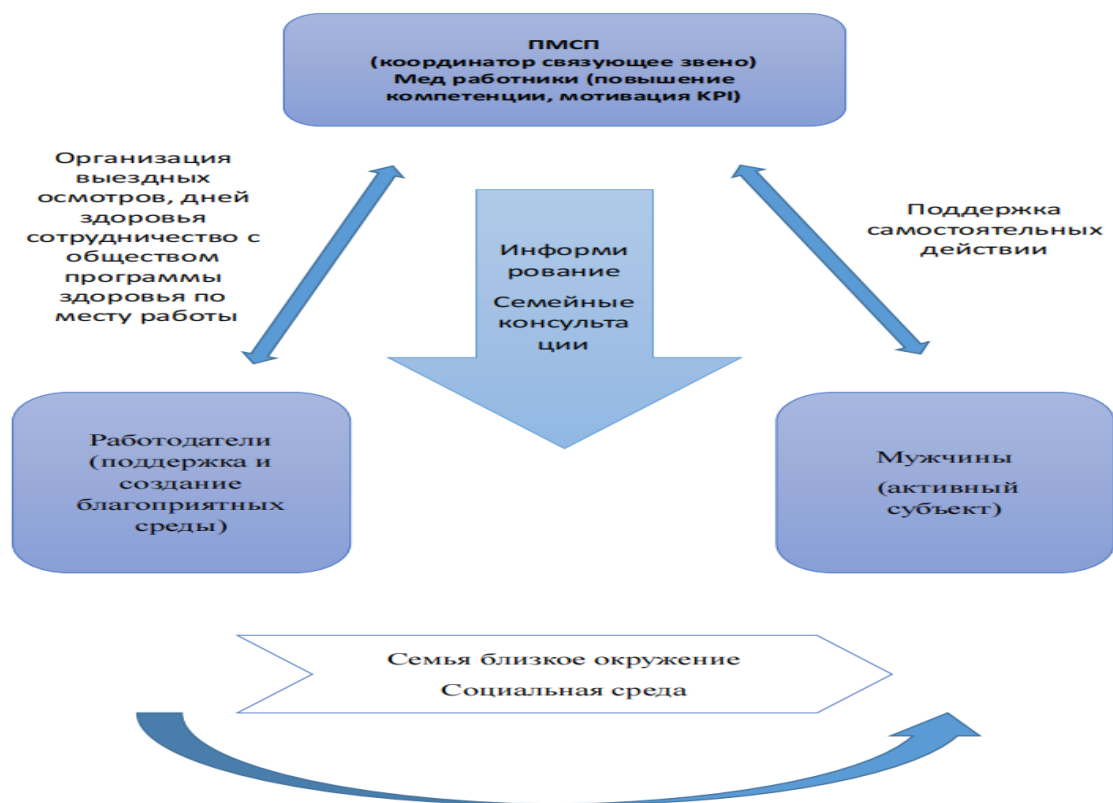


Рисунок 11- Схема взаимодействия заинтересованных участников модели.

В структуре модели обозначены технологии, проводимые последовательно поэтапно от выявления факторов риска у мужчин, оценка степени риска (моделирование), группировка по степени риска (стратификация) и реализация профилактических мер, и мониторинг изменений. Значимым компонентом является расширение спектра оцениваемых факторов риска путём добавления критерии оценивающих образ жизни, психо-социальные и поведенческие

установки мужчин в отношении здоровья, способствующий определить целостный профиль риска мужчин.

Отличительным компонентом модели является группировка мужчин по уровню риска, что даёт возможность организовать прицельные профилактические технологии (информирование и обучение). Группам с низким уровнем рисков применимы популяционные и цифровые технологии формирования здорового образа жизни, для мужчин со средним риском более подходящие технологии консультирования с целью мотивации и индивидуальные рекомендации, а для групп мужчин с высоким риском - активная поддержка и помощь в управлении состоянием здоровья путём мультидисциплинарного консультирования.

В рамках разработанной модели предложен инструмент в виде структурированного чек листа для комплексной оценки факторов риска здоровья мужчин, предназначенный для выявления уровня риска развития хронических неинфекционных заболеваний (Приложение Г). Чек лист разработан для применения в практике медицинского работника организации ПМСП, позволяющий им провести раннюю идентификацию поведенческих рисков и состояния здоровья мужчин. Особенностью инструмента является расширение спектра оцениваемых факторов риска за счёт включения критериев, характеризующих образ жизни, психоэмоциональное состояние, поведенческие особенности, отношение мужчин к собственному здоровью, уровень медицинской активности и приверженности к профилактике. Интеграция инструмента в виде чек листа в межсекторальную модель взаимодействия ПМСП и работодателей обеспечивает повышение охвата мужского населения профилактическими мероприятиями и формирование персонализированных маршрутов медицинского наблюдения. Также, разработан инструмент, в виде краткого онлайн опросника, позволяющего самим мужчинам определить необходимость обращения в организации ПМСП, что позволит мужчинам повысить активность в вопросах укрепления собственного здоровья (Приложение Б,В). Комплексный подход позволяет сформировать целостный профиль пациента мужчины и своевременно определить необходимость профилактического консультирования, дополнительного обследования или медицинского наблюдения.

Интеграция цифровых решений в медицинскую информационную систему организации является еще одним важным компонентом предлагаемой модели. Разработка блока «Факторы риска здоровья», куда будут вноситься данные по оценке имеющихся факторов риска у пациента и будет совершен автоматический подсчет баллов, затем определяется степень и группа риска. После формирования итогов оценивания система сохраняет результаты и вносит в медицинскую карту пациента. Медицинская сестра легко может отслеживать динамику изменения и подбирать соответствующие профилактические назначения. Использование цифровых возможностей оптимизирует работу медицинского персонала, позволяет экономить рабочее

время, также обеспечивает единым методом оценивания факторов риска, автоматическим создавать данные в разбивке по участкам, отделениям или по медицинской организации в целом для статистической отчетности, и полученные данные позволят повысить качество оказываемых профилактических услуг.

5 раздел обобщает прикладные аспекты выполненного исследования и предполагает научно обоснованные, практико-ориентированные решения для повышения вовлеченности мужчин в профилактическую работу, повышение показателей выявляемости факторов риска, и формирование здоровьесберегающих установок и ответственного отношения к собственному здоровью самих мужчин. Отдалёнными эффектами применяемых мер могут способствовать к снижению заболеваемости и предотвратимой смертности от НИЗ среди мужчин. Особое внимание уделено оптимизации работы организации ПМСП по взаимодействию участниками, цифровизации профилактических услуг.

Таким образом, применимость технологии формирования профилактической среды для мужчин является научно обоснованным и актуальным направлением для системы здравоохранения страны, учитывая тяжёлое бремя от НИЗ, создающий переход к проактивной опережающей профилактики и персонализированной риск ориентированной программ укреплению и сохранения здоровья мужчин.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведённый анализ стандартизированных по возрасту показателей предотвратимой смертности в Казахстане за 2015–2021 годы позволил выявить основные тенденции её динамики, гендерные особенности и влияние пандемии COVID-19 на показатели смертности населения. Установлено, что в 2015–2019 годах в Казахстане наблюдалось устойчивое статистически значимое снижение уровня предотвратимой смертности среди обоих полов — с 505,37 до 432,55 на 100 000 населения (АРС -3,8%; $p=0,015$). Однако в период пандемии COVID-19 в 2020–2021 годах произошло резкое увеличение данного показателя до 587,95 на 100 000 населения, при этом ежегодный темп прироста составил 17,6% ($p=0,006$). Среднегодовое процентное изменение за весь период исследования составило +2,9% ($p<0,001$), что свидетельствует о неблагоприятной итоговой тенденции. Наибольший вклад в рост общей предотвратимой смертности внёс превентивный компонент. Уровень превентивной смертности снизился с 326,07 до 272,17 на 100 000 населения в 2015–2019 годах (АРС -5,3%; $p=0,0008$), однако в 2020–2021 годах увеличился до 382,50 на 100 000 населения (АРС +19,5%; $p=0,006$). Среднегодовой прирост за весь период составил +2,4% ($p<0,001$). В то же время показатели излечимой смертности не продемонстрировали статистически значимых изменений, несмотря на рост с 160,38 до 215,87 на 100 000 населения в 2020 году. На протяжении всего исследуемого периода уровень предотвратимой смертности среди мужчин существенно превышал показатели среди женщин. В 2015 году показатель среди мужчин составил 763,36 на 100 000 населения против 321,49 среди женщин. К 2019 году отмечалось снижение до 671,91 и 277,85 соответственно, однако в период пандемии показатели вновь резко возросли и в 2021 году достигли 830,08 среди мужчин и 413,46 на 100 000 населения среди женщин. Несмотря на более высокие абсолютные показатели среди мужчин, у женщин в период пандемии отмечались более высокие темпы прироста предотвратимой смертности. Среднегодовой прирост среди женщин составил +4,7% ($p<0,001$), тогда как среди мужчин — +1,8% ($p<0,001$). Особенно выраженный рост среди женщин наблюдался по превентивному компоненту смертности (ААРС +5,1%; $p<0,001$). Наиболее значительные гендерные различия выявлены при заболеваниях системы кровообращения, травмах, заболеваниях органов дыхания, онкологических заболеваниях, а также смертности, связанной с употреблением алкоголя и наркотиков. В 2021 году смертность от травм среди мужчин превышала показатели женщин более чем в 4 раза (96,27 против 22,10 на 100 000 населения), а смертность от заболеваний системы кровообращения составила 246,75 против 110,88 на 100 000 населения соответственно. Особое значение имела предотвратимая смертность, связанная с COVID-19. В общей популяции её уровень увеличился с 18,08 в 2020 году до 83,91 на 100 000 населения в 2021 году. Среди мужчин данный показатель возрос с 25,11 до 95,76, а среди женщин — с 14,12 до 76,07 на 100 000 населения.

Региональный анализ выявил выраженные территориальные различия. Наиболее неблагоприятная ситуация зафиксирована в Восточно-Казахстанской области, где уровень предотвратимой смертности у мужчин увеличился с 803,95 в 2019 г. до 962,86 в 2021 г., оставаясь самым высоким среди исследованных регионов. В Актюбинской области показатель вырос с 706,63 в 2019 г. до 899,28 в 2021 г., а в Алматы — с 617,99 до 763,03 на 100 тыс. населения. В Астане динамика была менее выраженной: после снижения до 485,8 в 2019 г. показатель увеличился до 670,85 в 2021 г. Во всех регионах рост в 2020–2021 гг. сопровождался увеличением излечимого компонента, что свидетельствует о существенном влиянии системных факторов, связанных с доступностью и качеством медицинской помощи в условиях пандемического периода. Среди основных причин предотвратимой смертности наибольший вклад вносили болезни системы кровообращения.

В ходе проведенного анализа выявлено, что на поведенческие установки мужчин в влияет возраст, мужчины самой молодой возрастной группы оценивали свое здоровье как «хорошее» и «отличное» (63,5% в 18-29 лет), тогда как 33,3% лиц, возрастной группы ответили аналогично. Молодые реже курят (22,7% против 35,4%) и принимают алкоголь (49,8% против 7,1%). Несмотря на то, что мужчины показали достаточный уровень информированности о скринингах (74,8) все еще остается профилактический неактивной: 28,2% не посещали медицинскую организацию за последний год, 76,6% отметили, что не информированы о необходимости прохождения осмотров и 82,4% не получают приглашения. Все это указывает на имеющийся различия между информированностью и фактическим взаимодействием и подтверждает о целесообразности применения технологии укрепления и сохранения здоровья мужчин, учитывающие возрастные особенности.

Профессиональная принадлежность статистически значимо связана с образованностью, уровнем дохода и возрастом мужчин ($p < 0,001$). Более лучшие показатели были у группы 1 - руководителей и государственных и административных работников (62% имели высшее образование и 16,3% высокие доходы), а мужчин из 4 группы (водители, операторы) показали менее благоприятные результаты - всего в 9,1% имели высшее образование и 22,7% имели низкие доходы. У представители 2 группы мужчин (работники специальных, военных и других структур) характеризуются низким заработком (32,4%). Хотя различия по профессиональным группам мужчин по признаку курение незначимы ($p = 0,105$), в группе 4 мужчины отметили ранее начало курения (до 13 лет - 22,7%), что заслуживает внимания и требует применения целенаправленных профилактических мер.

Интервью, проведенное с 13 мужчинами, врачами общей практики и 11 медицинскими сестрами ПМСП показало, что низкая вовлеченность мужчин в профилактические и лечебные услуги обусловлена сочетанием индивидуальных, социальных и организационных факторов. Среди мужчин преобладала нерегулярная обращаемость за медицинской помощью:

большинство респондентов обращались в ПМСП только при выраженных симптомах заболевания. Основными барьерами стали недостаточная информированность о профилактике и скринингах (10 раз упоминаний), недоверие к врачам и системе здравоохранения (9), самолечение и избегание медицинской помощи (8), длительные очереди и ожидание приёма (7), а также высокая занятость и приоритет работы и семьи (6). Многие мужчины демонстрировали склонность к самолечению, использованию интернет-источников и советов членов семьи вместо обращения к врачу. При этом роль семьи оказалась значимой: в 5 интервью отмечалось активное влияние супруг и родственников на решение обратиться за медицинской помощью. Врачи ПМСП отмечали высокую административную нагрузку, ограничивающую время работы с пациентами, а также низкую мотивацию мужчин к участию в профилактических программах. Медицинские сёстры дополнительно указали на страх мужчин перед выявлением серьёзного диагноза, отрицание заболевания, занятость на работе и недостаточное доверие к медицинским рекомендациям.

В целом полученные результаты подтверждают актуальность совершенствования профилактических технологий, направленных на мужчин и обосновывает целесообразность внедрения межсекторальных организационных решений, направленные на усиление активности мужчин в отношении собственного здоровья и повышение вовлеченности в организации ПМСП с целью сохранения и укрепления здоровья.

ВЫВОДЫ:

1. Анализ предотвратимой смертности в Казахстане за 2015–2021 гг. выявил существенное влияние пандемии COVID-19 на ранее достигнутые позитивные тенденции. После снижения общего уровня предотвратимой смертности с 505,37 до 432,55 на 100 000 населения в 2015–2019 гг., в 2021 году показатель вырос до 587,95 на 100 000 населения. Наибольший вклад в этот рост внесла превентивная смертность, увеличившаяся с 272,17 до 382,50 на 100 000 населения. Во всех регионах мужчины характеризовались более высокими уровнями предотвратимой смертности по сравнению с женщинами, а наиболее неблагоприятная ситуация отмечалась в Восточно-Казахстанской области, где в 2021 году показатель среди мужчин достиг 962,86 на 100 000 населения. Наиболее стабильная динамика наблюдалась в городе Астана, тогда как в Алматы и Актюбинской области зарегистрирован выраженный рост смертности в 2020–2021 гг. Полученные результаты свидетельствуют о значительном влиянии пандемии на доступность и эффективность профилактической и лечебной помощи и подчеркивают необходимость разработки регионально и гендерно ориентированных мер по снижению предотвратимой смертности.

2. Среди 721 мужчины выявлен высокий уровень осведомлённости о вреде курения (75,9%) и целях скрининга (74,8%), однако профилактическая активность оставалась низкой: 28,2% не посещали врача в течение года, 76,6% не были проинформированы о скрининге, а 82,4% никогда не получали приглашения на обследование. Курение возросло с 22,7% в возрасте 18–29 лет до 35,4% в группе 45–59 лет.

3. Профессиональная принадлежность существенно влияла на медицинское поведение мужчин. Среди руководителей и госслужащих высшее образование имели 62,2%, тогда как среди неквалифицированных работников — лишь 9,1% ($p < 0,001$). Основными барьерами обращения за медицинской помощью являлись сложности записи к специалистам (32,5%), неудобный график работы поликлиник (31,8%) и стремление самостоятельно решать проблемы со здоровьем (25,1%).

4. Качественный анализ 13 интервью показал, что основными барьерами обращения мужчин за услугами ПМСП являются недостаточная осведомлённость о профилактических программах (10 из 13 интервью), недоверие к системе здравоохранения (9 из 13), склонность к самолечению (8 из 13) и длительное ожидание медицинской помощи (7 из 13). Большинство мужчин обращались к врачу только при появлении выраженных симптомов, тогда как поддержка семьи, особенно супруги, способствовала своевременному обращению за медицинской помощью.

5. На основе результатов исследования разработана межсекторальная риск-ориентированная модель формирования профилактической среды для мужчин, интегрированная в действующую систему ПМСП. Модель предусматривает раннее выявление факторов риска, стратификацию мужчин по уровню риска,

персонализированные профилактические вмешательства и активное участие работодателей, семьи и медицинских работников. В отличие от существующего подхода, ориентированного преимущественно на выявление заболеваний, предложенная модель направлена на предупреждение факторов риска, повышение медицинской активности мужчин и формирование ответственного отношения к собственному здоровью, что может способствовать снижению заболеваемости и предотвратимой смертности от неинфекционных заболеваний.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Руководителям и организаторам здравоохранения рекомендуется внедрить гендерно-ориентированный подход к профилактике неинфекционных заболеваний, предусматривающий разработку и реализацию программ укрепления здоровья мужчин с учётом региональных особенностей предотвратимой смертности и распространённости факторов риска.
2. Организациям первичной медико-санитарной помощи рекомендуется совершенствовать профилактическую работу среди мужчин трудоспособного возраста путём активного информирования о профилактических программах, внедрения риск-ориентированной стратификации населения, расширения охвата скрининговыми обследованиями и развития цифровых инструментов приглашения и сопровождения пациентов.
3. Руководителям медицинских организаций рекомендуется внедрить разработанную межсекторальную модель формирования профилактической среды для мужчин, основанную на взаимодействии организаций ПМСП, работодателей, семьи и самого пациента, с использованием персонализированных профилактических технологий и инструментов оценки факторов риска.
4. Для повышения медицинской активности мужчин и снижения предотвратимой смертности рекомендуется расширить использование цифровых технологий мониторинга факторов риска, усилить роль среднего медицинского персонала в профилактическом консультировании и обеспечить межведомственное сотрудничество, направленное на формирование ответственного отношения мужчин к собственному здоровью.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Baker P. Tim Shand. Men's health: time for a new approach to policy and practice? *J. Glob. Health.* 2017;7(1):010306–010306. [DOI] [Europe PMC free article] [Abstract] [Google Scholar]
2. World Health Organization. (2018). The health and well-being of men in the WHO European Region: Better health through a gender approach. <https://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/the-health-and-well-being-of-men-in-the-who-european-region-2018>
3. Tan, H. M., Ng, C. J., Hom, C. C. K. & Teo, C. H. Asian men's health report. Malaysian Men's Health Initiative http://menshealthmalaysia.org/wp-content/uploads/2016/03/Asian_Mens_Health_Report.pdf (2013).
4. Bureau of National Statistics of the Republic of Kazakhstan. (2024). Life expectancy at birth of the population of the Republic of Kazakhstan for 2023. Agency for Strategic Planning and Reforms. <https://stat.gov.kz/en/industries/social-statistics/demography/publications/157663/>
5. Aimshev, T., Zhakhina, G., Yerdessov, S. et al. Mortality trends in Kazakhstan: insights from a million of deaths from 2014 to 2022. *BMC Public Health* **25**, 2312 (2025). <https://doi.org/10.1186/s12889-025-23346-3>
6. Hyun JS. Vision and Strategies for Men's Health Research in an Aging Society. *World J. Mens Health.* 2018;36(3):173–175. [DOI] [Europe PMC free article] [Abstract] [Google Scholar]
7. Reis de Sousa, A., de Carvalho Félix, N. D., Rosendo da Silva, R. A., de Santana Carvalho, E. S., & Pereira, Á. (2023). Men's health care: concept analysis. *Investigacion y educacion en enfermeria*, 41(1), e14. <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v41n1e14>
8. World Population Review. Life Expectancy by Country (2023). <https://worldpopulationreview.com/country-rankings/life-expectancy-by-country>
9. OECD. Health at a Glance 2025: OECD Indicators. <https://www.oecd.org/health/health-at-a-glance/>
10. Our World in Data. Life Expectancy Dataset (2023). <https://ourworldindata.org/life-expectancy>
11. Eurostat. Life expectancy at birth, EU-27 (2023).
12. Росстат. Демографические показатели Российской Федерации, 2023 (официальные данные).
13. Worldometers. Life Expectancy by Country (2025–2026 estimates). <https://www.worldometers.info/demographics/kazakhstan-demographics/>
14. Бюро национальной статистики Республики Казахстан. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, 2024. <https://stat.gov.kz/ru/news/ozhidaemaya-prodolzhitelnost-zhizni-kazakhstansev-v-2024-godu-uvelichilas/>

15. Бюро национальной статистики Республики Казахстан. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, 2023. <https://stat.gov.kz/ru/industries/social-statistics/demography/publications/157457/>
16. Data were published by the Welsh Cancer Intelligence and Surveillance Unit, Health Intelligence Division, Public Health Wales [https://phw.nhs.wales/services-and-teams/welsh-cancer-intelligence-and-surveillance-unit-wcisu/cancer-incidence-in-wales-2002-2018/\(link is external\)](https://phw.nhs.wales/services-and-teams/welsh-cancer-intelligence-and-surveillance-unit-wcisu/cancer-incidence-in-wales-2002-2018/(link%20is%20external)), March 2021.
17. Olivier Ferlatte., Travis Salway., Olena Hankivsky., Terry Trussler., John L. Oliffe., Rick Marchand. Recent Suicide Attempts Across Multiple Social Identities Among Gay and Bisexual Men: An Intersectionality Analysis // *Journal of Homosexuality*.-2018.-V-9.P.1507-26, DOI:10.1080/00918369.2017.1377489
18. White A., Seims A., Cameron I. Social determinants of male health: a case study of Leeds // *BMC Public Health*. – 2018. – P.160. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5076-7>
19. Moryson W, Stawińska-Witoszyńska B. Trends in premature mortality rates among the Polish population due to cardiovascular diseases. *Int J Occup Med Environ Health*. 2022 Feb 15;35(1):27-38. doi: 10.13075/ijomeh.1896.01798. Epub 2021 Aug 4. PMID: 34346924.
20. OECD Health Statistics 2021, Eurostat. 2010-13 data. All other data are from 2016-19. 2. Three-year average (2017-19). 3. Data at age 25.
21. Muir, T. (2017), “Measuring social protection for long-term care”, OECD Health Working Papers, No. 93, OECD Publishing, Paris, <https://dx.doi.org/10.1787/a411500a-en>
22. OECD (2020), “Workforce and safety in long-term care during the COVID-19 pandemic”, OECD Policy Responses to Coronavirus (COVID-19), OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/43fc5d50-en>
23. Pirkis, J., Macdonald, J., & English, D. R. (2016). Introducing ten to men, the Australian longitudinal study on male health. *BMC Public Health*, 16(Suppl 3), 1044. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3697-2>
24. WHO Global Information System on Alcohol and Health (GISAH) – Global Health Observatory. Geneva: World Health Organization (<https://www.who.int/gho/alcohol/en>, по состоянию на 20 апреля 2020 г.).
25. WHO global report on trends in prevalence of tobacco use 2000–2025, third edition. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://www.who.int/publications-detail/who-global-report-ontrends-in-prevalence-of-tobacco-use-2000-2025-third-edition>, по состоянию на 20 апреля 2020 г.).
26. World Health Organization (WHO). Obesity and overweight [Internet]. Geneva: WHO; c2021 [cited 2022 Sep 1]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>.
27. Powell-Wiley TM, Poirier P, Burke LE, Després JP, GordonLarsen P, Lavie CJ, et al. Obesity and cardiovascular disease: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation* 2021;143:e984-1010.

28. Nanchahal K, Morris JN, Sullivan LM, Wilson PW. Coronary heart disease risk in men and the epidemic of overweight and obesity. *Int J Obes (Lond)* 2005;29:317-23.
29. «Global Health estimates 2016: deaths by cause, age, sex, by country and by region, 2000–2016». Geneva: World Health Organization; 2018 (https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/)
30. Mortality Database. // World Health Organization. – 2017. – [cited 2017 Nov23]. <http://apps.who.int/healthinfo/statistics/mortality/whodpm/>
31. Worldwide trends in diabetes since 1980: a pooled analysis of 751 population-based studies with 4.4 million participants.// *The Lancet*.–2016.-V.387.-P.1513-1530.[https://doi.org/10.1016/S01406736\(16\)006188](https://doi.org/10.1016/S01406736(16)006188)
32. Statistics Canada. Table 13-10-0800-02 Age-standardized mortality rate by major causes of death and sex. DAY: <https://doi.org/10.25318/1310080001-eng>.
33. Peters SAE, Muntner P, Woodward M. Sex differences in the prevalence of, and trends in, cardiovascular risk factors, treatment, and control in the United States, 2001 to 2016. *Circulation* 2019;139:1025-35.
34. Kotchen JM, Cox-Ganser J, Wright CJ, Kotchen TA. Gender differences in obesity-related cardiovascular disease risk factors among participants in a weight loss programme. *Int J Obes Relat Metab Disord* 1993;17:145-51.
35. Sharp P., Bottorff J. L., Rice S. et al. "People say that men don't talk, well, that's bullshit": a focus group study devoted to the study of problems and opportunities for strengthening men's mental health. *Plos one*. 2022 ;17(1): e0261997. DOI: 10.1371/journal.pone.0261997. PMID: 35061764; PMCID: PMC8782463.
36. Australian Bureau of Statistics. Causes of death. Canberra2017.
37. Seidler Ze, Dawes A.J., Rice S.M., Oliff J. L., Dillon H.M. The role of masculinity in men seeking help for depression: systematic review. *Review of clinical psychology*. 2016;49:106-18. doi: 10.1016/j.cpr.2016.09.002
38. Johnson J. L., Oliff J. L., Kelly M.T., Galdas P., Ogrodnichuk J. S. Men's reasoning about seeking help in the context of depression. *Sociology of health and diseases*. 2012;34(3): 345-61. doi: 10.1111/j.1467-9566.2011.01372.x
39. Genuchi MS, Mitsunaga Jr. Sex differences in male depression: externalizing symptoms as the main sign of depression in men. *Journal of Men's Studies*. 2015;23(3):243–51.
40. «Global Health estimates 2016: deaths by cause, age, sex, by country and by region, 2000–2016». Geneva: World Health Organization; 2018 (https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/)
41. Australian Institute of Health and Welfare. (2019). The health of Australia's males. Australian Government. <https://www.aihw.gov.au/reports/men-women/male-health>
42. Teo CH, Ng CJ, Booth A, White A. Barriers and facilitators to health screening in men: a systematic review. *Soc Sci Med* 2016;165:168-76.

43. Borkhoff CM, Saskin R, Rabeneck L, Baxter NN, Liu Y, Timmouth J, et al. Disparities in receipt of screening tests for cancer, diabetes and high cholesterol in Ontario, Canada: a population-based study using area-based methods. *Can J Public Health* 2013;104:e284-90.
44. Van springback I., Westeneng J., de Boer T., Rangers J., van Sorge R. Lessons learned from the decade of the introduction of comprehensive sex education in resource-scarce conditions: the world begins with me. *Sex. Education*. September 2 2016; 16 (5): 471-486.
45. IPPF, UNFPA. 2017. Global package of sexual and reproductive health services for men and adolescent boys; ICPR and New York: UNFPA: London.https://www.unfpa.org/sites/default/files/pubpdf/IPPF_UNFPA_GlobalSRHP_a
46. Wang H., Dwyer-Lindgren L., Lofgren K.T., Rajaratnam J.K., Marcus J.R., Levin-Rector A., Levitz C.E., Lopez A.D., Murray C.J. Age-specific and sex-specific mortality in 187 countries, 1970–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010.
47. Kululanga L.I., Sundbi J., Malata A., Chirva E. The desire to promote the participation of men in maternal health in rural and urban Malawi - a qualitative study. *Reissue. Health*. December 2, 2011;8:36. - PMC – PubMed
48. Nyondo A.L., Choko A.T., Chimwaza A.F., Muula A.S. Invitation cards during pregnancy increase the involvement of male partners in the prevention of mother-to-child transmission of human immunodeficiency virus (HIV) in Blantyre, Malawi: a randomized controlled open trial. *PloS One*. March 3, 2015;10 (3) - PMC – PubMed
49. Shattuck D., Kerner B., Gilles K., Hartmann M., Ngombe T., Guest G. Encouraging the use of contraceptives by encouraging men to report family planning: The Malawi project "Motivator of Men". *Am. J. Publ. Health*. June 2011; 101 (6):1089-1095. - PMC
50. Barker G., Ricardo K., Nascimento M., Olukoya A., Santos S. Exploring gender norms by men to improve health outcomes: evidence of impact. *Global publication. Healthcare*. September 1st 2010; 5 (5): 539-553.
51. Dumbo M., Tavia-Agyemang K., Manu A., ten Asbrook G.H., Kirkwood B., Hill Z. Perceptions, attitudes and barriers to male participation in newborn care in rural Ghana, West Africa: a qualitative analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2014 August 12;14:269.
52. Baker P., Dvorkin S.L., Tong S., Banks I, Shand T., Yami G. The gap in men's health: Men should be included in the global health equity agenda. *World Health Authority Bull*. 2014;92:618-20. doi:10.2471/BLT.13.132795.
53. Conti P, Younes A. Coronavirus Cov-19/Sars-Cov-2 affects women less than men: clinical response to viral infection. *J Biol Regul Homeost Agents*. 2020;34(2).
54. Cai H. Sex difference and smoking predisposition in patients with Covid-19. *Lancet Respir Med*. 2020. [https://doi.org/10.1016/s2213-2600\(20\)30117-x](https://doi.org/10.1016/s2213-2600(20)30117-x).

55. Bhopal R. Covid-19 Worldwide: We need precise data by age group and sex urgently. *Bmj*. 2020;369:m1366.
56. Wenham C, Smith J, Morgan R. Covid-19: the gendered impacts of the outbreak. *Lancet*. 2020;395(10227):846–8
57. Grasselli G, Zangrillo A, Zanella A, Antonelli M, Cabrini L, Castelli A, et al. Baseline characteristics and outcomes of 1591 patients infected with SarsCov-2 admitted to Icus of the Lombardy Region, Italy. *Jama*. 2020. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.5394>.
58. Houman JJ, Eleswarapu SV, Mills JN. Current and future trends in men’s health clinics. *Transl. Androl. Urol*. 2020; 9(Suppl 2):S116-S122.
59. Griffith DM. “Centralizing the margins”: moving equity to the Men’s Health Research Center. *Am. J. Mens Health*. 2018; 12(5):1317–27.
60. Pereira LP, Cardoso JP, Nery AA, Vilela ABA. Production of knowledge about men’s health care in Brazil. *Rev. Attention Health*. 2014; (12):412:87-95.
61. Cesaro BC, Santos HB, Silva FNM. Masculinities inherent to the Brazilian policy of men’s health. *Rev. Panam. Salud Publica Mex*. 2018; 42:e119.
62. WHO European Region. The health and well-being of men in the WHO European Region: better health through a gender approach. 2018 (cited 17 Nov 2022). Available from: <https://www.who.int/europe/publications/item/9789289053532>
63. Baker P. Men’s health: a global problem requiring global solutions. *Trends Urology Mens Health*. 2016. doi/ pdf/10.1002/tre.519
64. Baker P, Dworkin SL, Tong S, Banks I, Shande T, Yameyf G. The men’s health gap: men must be included in the global health equity agenda. *Bull. Bull World Health Organ*. 2014; 92:618–20.
65. Reis de Sousa, A., de Carvalho Félix, N. D., Rosendo da Silva, R. A., de Santana Carvalho, E. S., & Pereira, Á. (2023). Men's health care: concept analysis. *Investigacion y educacion en enfermeria*, 41(1), e14. <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v41n1e14>
66. Barros CT, Gontijo DT, Lyra J, Lima LS, Monteiro EML. “But if the man takes care of health it is kind of paradoxical to work”: relationship between masculinities and health care for young men in vocational training. *Saude Soc*. 2018; 27(2):423-34.
67. Bertolini DNP, Simonetti JP. Male gender and health care: the experience of men in a health center. *Esc. Anna Nery Ver. Enferm*. 2014; 18(4). DOI: 10.5935/1414-8145.20140103
68. Burille A, Gerhardt TE. Experiences of recognition and care in the daily lives of rural elderly men. *Physis: Rev. Saúde Colet*. 2018; 28(3): e280307.
69. Chaves JB, Silva MLV, Bezerra DS, Fernandes SCS. Male health: the parallel prevention x care in the light of the Theory of Planned Action (TAP). *Saúde Pesqui. MARINGÁ (PR)* 2018; 11(2):315-24.
70. Coles R, Watkins F, Swami V, Jones S, Woolf S , Stanistreet D. What Men Really Want: A Qualitative Investigation of Men’s Health Needs from the

Halton and St Helens Primary Care Trust Men's Health Promotion Project. *Br. J. Health Psychol.* 2010; 15(Pt 4):921-39.

71. Quandt XS, Ceolin T, Echevarría-Guanilo ME, da Costa MM. Conception of health and self-care by the male population of a Basic Health Unit. *Enferm. Glob.* 2515; (40):55-63.

72. Silva CSM, Silva PS, Figueiredo NMA. Arrangement in the man's body: a nursing study on care. *Rev. Fun. Care Online.* 2020; 12:183-9.

73. Queiroz TS, Rehem TCMSB, Stival MM, Funghetto SS, Lima LR, Cardoso BG, et al. How do elderly men take care of their own health in primary care? *Rev. Bras. Enferm.* 2018; 71(suppl1):599-606.

74. Viana MER, Costa LMC, Santos RM, Angels DS. The health care of the male population in times of the National Policy of Integral Attention to Men's Health: what they say. *Cult. Cuid.* 2015; 19(41):135-43.

75. Silva CSM, Pereira A, Silva PS, Figueiredo NMA. Men's knowledge about body care: a cartographic study. *Rev. Bras. Enferm.* 2020; 73(5):e20180988.

76. Brito RS, Santos DLA. Attitudes of care performed by hypertensive and diabetic men regarding their health. *Rev. Pesqui. Cuid. Fundam. Online.* 2012; 4(1):2676-85.

77. Hymn P, Francisco TR, Onofre PSC, Santos JO, Takahashi RF. Analysis of the health care of truck drivers. *Rev. Enferm. UFPE On Line.* 2017; 11(Suppl.11):4741-8.

78. Stewart KA, Ristvedt S, Brown KM, Waters EA, Trinkaus K, McCray N, James AI. Giving Voice to Black Men: Guidance for Increasing the Likelihood of Having a Usual Source of Care. *Am. J. Mens Health.* 2019; 13(3): 10.1177/1557988319856738

79. Machirori M, Patch C, Metcalfe A. Study of the relationship between Black men, culture and prostate cancer beliefs. *Cogent Med.* 2018; 5(1):1442636.

80. Alcântara ICS, Sampaio CAC. Bem Viver: a (de)colonial perspective of indigenous communities. *Rev. RUP.* 2017; (7):2: doi.org/10.22458/rr.v7i2.1831.

81. Leininger M. Culture Care Theory: A Major Contribution to Advance Transcultural Nursing Knowledge and Practices. 2002; *J. Transcult. Nurs;* 13(3):189-92.

82. Durant AF. Caring Science: Transforming the Ethic of Caring-Healing Practice, Environment, and Culture within an Integrated Care Delivery System. *Perm J.* 2015; 19(4):e136–e142.

83. White A., Seims A., Cameron I. Social determinants of male health: a case study of Leeds // *BMC Public Health.* – 2018. – P.160. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5076-7>

84. Baker Peter. Review of the national men's health policy and action plan 2008–2013 // Final report for the Health Service Executive. - 2015. - P.18-25.

85. National men's health action plan healthy Ireland - Men HI-M 2017–2021 // Working with men in Ireland to achieve optimum health and wellbeing. – 2017. <http://www.lenus.ie/hse/bitstream/10147/621003/1/HealthyIrelandMen.pdf>

86. Splindler E. Beyond the prostate: Brazil's National Healthcare Policy for Men (PNAISH), EMERGE case study 1 // *Promundo-US*, Sonke Gender Justice and the Institute of Development Studies - 2015. -57p. DOI:10.13140/RG.2.2.23708.23687

87. Baker P. National men's health policies: can they help? // *Trends Urol Mens Health.* - 2015; V-6(6). P.24–26. <https://wchh.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/tre.493>

88. Lefkowich M, Richardson N, Robertson S. “If We Want to Get Men in, Then We Need to Ask Men What They Want”: Pathways to Effective Health Programming for Men // *American Journal of Men's Health.*-2017.-V.11(5).P.1512-1524. doi:10.1177/1557988315617825

89. Pan American Health Organization (PAHO). Masculinities and health in the regions of the Americas – executive summary / Washington DC: PAHO,-2019 (<https://iris.paho.org/handle/10665.2/51666>; accessed 15 February 2022).

90. Eun SJ. Trends and disparities in avoidable, treatable, and preventable mortalities in South Korea, 2001–2020: comparison of capital and non-capital areas. *Epidemiol Health.* 2022;44:e2022067. doi: 10.4178/epih.e2022067. Epub 2022 Aug 16. PMID: 35989656; PMCID: PMC9754920.

91. Mozer I.T., Correa A.C.P. Implementation of the National Policy for Men's Health: case in a Brazilian capital // *Escola Anna Nery.* - 2014.-V.18. P.578–585. DOI: 10.5935/1414-8145.20140082

92. Esmailzade H, Mafimoradi S, Mirbahaeddin E, et al. Devising a national men's health policy document: the current challenges to men's health in Iran.// *International Journal of Mens Health.*- 2016;V-15, P.174–193. DOI: 10.3149/jmh.1502.174

93. Ciabiada-Bryla B, Pikala M, Burzyńska M, Drygas W, Maniecka-Bryla I. Trends in the mortality rate of men of working age in the region with the highest death rates in Poland [Trends in excess male mortality in the working age population in a region with the highest mortality rates in Poland]. *Med Pr.* 2020 May 15;71(3):325-335. Polish. doi: 10.13075/mp.5893.00932. Epub 2020 Apr 2. PMID: 32242879.

94. Khosravi A., Taylor, R., Naghavi, M., & Lopez, A.D. Mortality in the Islamic Republic of Iran, 1964–2004.//*Bulletin of the World Health Organization.*-2007.-V 85(8), P. 607-614.

95. Strategy on the health and well-being of men in the WHO European Region.// World Health Organization Regional Office for Europe. -2018.

96. Zadarko E, Zadarko-Domaradzka M, Barabasz Z, Sobolewski M. A Non-Exercise Model for Predicting Cardiovascular Risks among Apparently Healthy Male Office Workers-Cross-Sectional Analysis: A Pilot Study. *Int J Environ Res Public Health.* 2022 Feb 24;19(5):2643. doi: 10.3390/ijerph19052643. PMID: 35270329; PMCID: PMC8909649.

97. Harmer B, Lee S, Duong TVH, Saadabadi A. Suicidal Ideation. 2023 Feb 7. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan-. PMID: 33351435.
98. Oliffe JL, Kelly MT, Montaner GG, Links PS, Kealy D, Ogrodniczuk JS. Segmenting or Summing the Parts? A Scoping Review of Male Suicide Research in Canada. *Can J Psychiatry*. 2021 May;66(5):433-445. doi: 10.1177/07067437211000631. Epub 2021 Mar 15. PMID: 33719600; PMCID: PMC8107953.
99. Griffith DM. Promoting Men's Health Equity. *Am J Mens Health*. 2020 Nov-Dec;14(6):1557988320980184. doi: 10.1177/1557988320980184. PMID: 33305684; PMCID: PMC7734518.
100. Seidler ZE, Wilson MJ, Walton CC, Fisher K, Oliffe JL, Kealy D, Ogrodniczuk JS, Rice SM. Australian men's initial pathways into mental health services. *Health Promot J Austr*. 2022 Apr;33(2):460-469. doi: 10.1002/hpja.524. Epub 2021 Aug 5. PMID: 34328689.
101. Struik LL, Abramowicz A, Riley B, Oliffe JL, Bottorff JL, Stockton LD. Evaluating a Tool to Support the Integration of Gender in Programs to Promote Men's Health. *Am J Mens Health*. 2019 Nov-Dec;13(6):1557988319883775. doi: 10.1177/1557988319883775. Erratum in: *Am J Mens Health*. 2020 Jul-Aug;14(4):1557988320942637. PMID: 31766941; PMCID: PMC6880039.
102. Papanicolas I, Rajan D, Karanikolos M, Soucat A, Figueras J, editors. Health system performance assessment: a framework for policy analysis. Geneva: World Health Organization; 2022 (Health Policy Series, No. 57). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
103. Papanicolas I, Nicksch M, Figueroa JF. Avoidable Mortality Across US States and High-Income Countries. *JAMA Intern Med*. 2025 May 1;185(5):583-590. doi: 10.1001/jamainternmed.2025.0155.
104. Kosherbayeva L, Akhtayeva N, Tolganbayeva K, Samambayeva A. Trends in Avoidable Mortality in Kazakhstan From 2015 to 2021. *Int J Health Policy Manag*. 2024;13:7919. doi: 10.34172/ijhpm.2024.7919. Epub 2024 Mar 13.
105. Noora Hirvonen, Stefan Ek, Raimo Niemelä, Riitta Pyky, Riikka Ahola, Raija Korpelainen, Maija-Leena Huotari, Everyday health information literacy in relation to health behavior and physical fitness: A population-based study among young men, *Library & Information Science Research*, Volume 38, Issue 4, 2016, Pages 308-318, ISSN 0740-8188, <https://doi.org/10.1016/j.lisr.2016.11.013>.
106. Brittain K, Christy SM, Rawl SM. African American patients' intent to screen for colorectal cancer: Do cultural factors, health literacy, knowledge, age and gender matter? *J Health Care Poor Underserved*. 2016 Feb;27(1):51-67. doi: 10.1353/hpu.2016.0022.
107. Duong VT, Lin I-F, Sørensen K, et al. (2015). Health Literacy in Taiwan: A Population-Based Study. *Asia Pac J Public Health*, 27(8): 871–80.

108. Parker LJ, Hunte H, Ohmit A, Thorpe RJ Jr. Factors Associated With Black Men's Preference for Health Information. *Health Promot Pract.* 2017 Jan;18(1):119-126. doi: 10.1177/1524839916664488.

109. Beia T, Kielmann K, Diaconu K. Changing men or changing health systems? A scoping review of interventions, services and programmes targeting men's health in sub-Saharan Africa. *Int J Equity Health.* 2021 Mar 31;20(1):87. doi: 10.1186/s12939-021-01428-z

110. Wages and working conditions” Number and wages of workers in the Republic of Kazakhstan. Statistical report of the Bureau of National Statistics of the Republic of Kazakhstan, as of the third quarter of 2023. Bureau of National Statistics Agency for Strategic Planning and Reforms of the Republic of Kazakhstan. (in Russian and Kazakh: <https://stat.gov.kz/upload/...>).

111. Government of Republic of Kazakhstan. (2019, June 20). On approval of the List of medical care in the system of Compulsory Social Health Insurance (Decree No.421) [Government decree]. Adilet Legal Information System. Retrieved from adilet.zan.kz (in English: <http://adilet.zan/kz/eng/docs/P1900000421>)

112. Shaltynov, A., Semenova, Y., Abenova, M., Baibussinova, A., Jamedinova, U., & Myssayev, A. (2024). An analysis of financial protection and financing incidence of out-of-pocket health expenditures in Kazakhstan from 2018 to 2021. *Scientific Reports*, 14, 8869 (2024). <https://doi.org/10.1038/s41598-024-59742-9>

113. Mbokazi, N., Madzima, R., Leon, N., et al. (2020). Health worker experiences of and perspectives on engaging men in HIV care: A qualitative study in Cape Town, South Africa. *Journal of the International Association of Providers of AIDS Care*, 19, 2325958220935691. <https://doi.org/10.1177/2325958220935691>

114. Tong, S. F., Low, W. Y., Ismail, S. B., Trevena, L., & Willcock, S. (2011). Malaysian primary care doctors' views on men's health: An unresolved jigsaw puzzle. *BMC Family Practice*, 12, 29. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-12-29>

115. Vincent, A. D., Drioli-Phillips, P. G., Le, J., et al. (2018). Health behaviours of Australian men and the likelihood of attending a dedicated men's health service. *BMC Public Health*, 18, 1078. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5992-6>

116. Wynia, M. K., & Osborn, C. Y. (2010). Health literacy and communication quality in health care organizations. *Journal of Health Communication*, 15(Suppl 2), 102–115. <https://doi.org/10.1080/10810730.2010.499981>

117. Шоранов М.Е., Кулкаева Г.У., Надыров К.Т. Национальный доклад по развитию первичной медико-санитарной помощи в Республике Казахстан. г. Алматы, КазНМУ. 2023: 108с. ISBN 978-601-246-763-5

118. Национальный отчет «Доля граждан Казахстана, ведущих здоровый образ жизни» (Результаты социологического исследования – 2022 г.), НЦОЗ, 2023г.file:///C:/Users/Нр/Downloads/2022%20доля%20лиц_ru.pdf.

ПРИЛОЖЕНИЕ А

Сравнительная информация о знаниях и практике поведения мужчин в отношении собственного здоровья в возрастных группах (обобщенные результаты исследования)

Показатели	Мужчины в возрасте 18-29 лет	Мужчины в возрасте 30-44 лет	Мужчины в возрасте 45-59 лет	Мужчины в возрасте 60 лет и старше
Общие характеристики	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Больше студентов и работающих в нестандартном режиме ▪ имеет низкий уровень дохода 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Больше мужчин с высшим образованием и ▪ Работают в стандартном рабочем режиме, ▪ Преобладают "синие воротнички" и лица со статусом «безработный» ▪ чаще бывают разведёнными 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Больше служащих и Предпринимателей работающих в стандартном режиме труда ▪ больше состоящих в браке (имеющих семью) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Больше мужчин находятся на пенсии и работают в гибком режиме труда
Знания и практика в отношении курения	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Меньше курильщиков ▪ Больше людей, которые решили бросить курить ▪ Они знают о вреде курения 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Иногда они курят, чаще это те, кто впервые попробовал курение в раннем возрасте ▪ Больше людей, которые снова начали курить ▪ Считается, что курение не оказывает влияния на здоровье 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Меньше мужчин, решивших бросить курить ▪ Считают, что малые дозы никотина допустимы 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Иногда курят ▪ Не оказалось курильщиков, которые никогда не пробовали курить ▪ Осведомлены об опасности курения для жизни и здоровья человека
Практика употребления алкоголя	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Больше мужчин, которые никогда не пробовали алкоголь 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Больше мужчин, которые употребляют алкоголь 1 раз в месяц или реже 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Больше мужчин, которые употребляют алкоголь (1 раз в месяц) ▪ Но в больших дозах 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Люди, употребляющие алкоголь 2–3 раза в неделю ▪ Но в малых дозах
Отношение к принципам здорового питания	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ежедневное употребление фаст - фуда и 1-2 раза в неделю ▪ Они не придерживаются принципов здорового питания 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Употребление фастфуда 1–2 раза в месяц ▪ Затруднились ответить при оценке рациона питания 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Больше мужчин, которые не едят фаст – фуд ▪ Оценил рацион как "здоровый". 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Многие люди придерживаются принципов здорового питания

<p>Практика приверженности к физической активности и здоровому образу жизни</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Выполняйте больше физических упражнений ▪ Они часто оказываются в стрессовых ситуациях 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ чаще выполняют физическую активность ▪ они почти всегда чувствуют стресс 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Не занимаются физической активностью чаще 1–2 раз ▪ Иногда испытывают стресс 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Меньше выполняют физической активности ▪ Редко испытывали чувство стресса
<p>Ответственность и забота о своем собственном здоровье</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ High responsibility for your health ▪ They take enough care of their health ▪ They believe that they have excellent health 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Они недостаточно заботятся о своём здоровье ▪ Ответственность за здоровье возложена на членов семьи 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Затруднения с ответом на вопрос о том, кто несёт ответственность за здоровье ▪ Многие возложили ответственность на систему здравоохранения 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Оценили своё здоровье как «плохое» ▪ Считают, что за здоровье несут ответственность государство и система здравоохранения
<p>Осведомленность и практика пользования медицинскими услугами</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Совсем не посещали врача общей практики ▪ Считают, что скрининговые услуги являются платными ▪ Мало осведомлены о процессе скрининга 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Совсем не посещали врача общей практики ▪ Считают, что скрининговые услуги являются платными ▪ Мало осведомлены о процессе скрининга 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Совсем не посещали врача общей практики ▪ Считают, что скрининговые услуги являются платными ▪ Мало осведомлены о процессе скрининга 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Чаще посещали медицинские организации ▪ Лучше осведомлены о процессе скрининга

ПРИЛОЖЕНИЕ Б

КРАТКИЙ ОПРОСНИК ДЛЯ МУЖЧИН ПО ОЦЕНКЕ НЕОБХОДИМОСТИ ОБРАЩЕНИЯ В МЕДИЦИНСКУЮ ОРГАНИЗАЦИЮ (ПМСП)

Инструкция - QR

Ответьте на все 9 вопросов, выбрав один из вариантов: «Да» или «Нет».

В этом опроснике **учитываются только ответы, отражающие наличие проблемы или риска.**

Поэтому:

положительные ответы («Да») = 1 балл

отрицательные («Нет») = 0 баллов

№	Вопросы	Да	Нет	баллы
1.	Часто ли Вы чувствуете усталость или слабость?			
2.	Бывают ли у Вас боли (головные, в груди, в спине)?			
3.	Бывает ли у Вас одышка, учащенное сердцебиение или головокружение?			
4.	Испытываете ли Вы стресс, тревогу, раздражительность или проблемы со сном?			
5.	Курите ли Вы в настоящее время?			
6.	Употребляете ли Вы алкоголь чаще 1 раза в неделю?			
7.	Занимаетесь ли Вы физической активностью менее 2 раз в неделю?			
8.	Считаете ли Вы свое питание нездоровым (избыток жирной, сладкой, соленой пищи, недостаток овощей и фруктов)?			
9.	Есть ли у Вас повышенное артериальное давление или Вы не измеряли его более 1 года?			
10.	Есть ли у Вас повышенный уровень холестерина или Вы не проверяли его более 1 года?			
11.	Есть ли у Вас повышенный уровень сахара крови / диабет или Вы не проверяли его более 1 года?			
12.	Есть ли у Вас избыточный вес (или окружность талии более 94 см)?			
13.	Откладываете ли Вы визит к врачу даже при наличии симптомов?			
14.	Проходили ли Вы профилактический осмотр менее чем 1 раз за последний год?			
15.	Есть ли у Вас нарушения мочеиспускания (частые позывы, ночные вставания, дискомфорт)?			
16.	Были ли у Ваших близких родственников (до 55 лет) инфаркт, инсульт, диабет или онкологические заболевания?			
	ИТОГ: в баллах			

Интерпретация результатов:

0 балл — *низкий риск. Рекомендуется ежегодный профилактический осмотр.*

1-2 балл-имеются *отдельные факторы риска. Рекомендуется профилактическая консультация врача.* 3-5 балл-умеренный *риск. Рекомендуется пройти обследование (артериальное давление, сахар крови, холестерин) и консультацию врача*

6 баллов и выше - *высокий риск. Рекомендуется обратиться в медицинскую организацию в ближайшее время.*

Краткий опросник для мужчин
по оценке необходимости обращения в медицинскую организацию

Электронная версия на двух языках доступна по QR коду



**ЕР АЗАМАТ, ҚЫСҚА СҰРАҚТАРҒА ЖАУАП БЕРУ АРҚЫЛЫ, ӨЗ
ДЕНСАУЛЫҒЫҢЫЗҒА ӘСЕР ЕТЕТІН ҚАУІПТЕРДІ БАҒАЛАП, ҚАЖЕТТІ ШЕШІМДІ
ҚАБЫЛДАЙ АЛАСЫЗ**

**Небәрі 1 минут- ішінде Сіз қауіп факторларын бағалап, денсаулықты сақтау бойынша
ұсыныстарды ала аласыз. QR кодын сканерлеңіз.**

**МУЖЧИНА, ПРОЙДИ КОРОТКИЙ ТЕСТ И УЗНАЙ СВОИ РИСКИ ДЛЯ
ЗДОРОВЬЯ И ПРИМИ ПРАВИЛЬНОЕ РЕШЕНИЕ**
**Всего 1 минута — и вы получите оценку факторов риска и рекомендации по сохранению
здоровья. Сканируйте QR-код.**

ПРИЛОЖЕНИЕ Г

Чек лист используемый средним медицинским работником для оценки факторов риска развития заболеваний у мужчин

Показатель	Критерии	Отметки <input checked="" type="checkbox"/>	Баллы	примечание
Идентификационные данные мужчины:				
ФИО				
Адрес проживания				
Дата рождения _____	18-29 лет	<input type="checkbox"/>	1	
	30-59	<input type="checkbox"/>	2	
	60 лет и старше	<input type="checkbox"/>	3	
Социальные факторы:				
Семейное положение	Состою в браке/сожительствую	<input type="checkbox"/>	1	
	Не состою в браке/разведен/вдовец	<input type="checkbox"/>	2	
Образование	Высшее	<input type="checkbox"/>	1	
	Среднее/ специальное	<input type="checkbox"/>	2	
	Неполное/незаконченное/среднее	<input type="checkbox"/>	3	
Профессия /квалификация (если Вы на пенсии, то в какой сфере работали до выхода на пенсию)	Группа1: работники сферы управления, менеджеры и госслужащие, офисные работники	<input type="checkbox"/>	1	
	группа2: военнослужащие; специальные военные подразделения	<input type="checkbox"/>	2	
	группа3: промышленные рабочие, технические и производственные специалисты, работники строительства и транспорта, сферы услуг. и продавцы;	<input type="checkbox"/>	3	
	группа 4 - разнорабочие в качестве неквалифицированных подсобных рабочих, операторы производственного оборудования, сборщики и уборщики, работники склада и т.д.	<input type="checkbox"/>	4	
Режим труда	Гибкий: режим, в котором часть рабочего времени 20-25% времени организуется по усмотрению работника, оставшаяся часть по усмотрению нанимателя.	<input type="checkbox"/>	1	
	Стандартный: 5 рабочих дней, 2 выходных (40 часов в неделю) или 6 рабочих дней, 1 выходной (36 часов в неделю)	<input type="checkbox"/>	2	
	Нестандартный: режим с раздробленными рабочими днями, многосменный рабочий график	<input type="checkbox"/>	3	
Поведенческие факторы				
Статус курения	Нет, не курю (табак, сигары, кальяны, вейпы, электронные сигареты) Да, курю (табак, сигары, кальяны, вейпы,	<input type="checkbox"/>	1	

	электронные сигареты)			
	Есть намерение бросить курить	<input type="checkbox"/>	2	
	Да, курю (табак, сигары, кальяны, вейпы, электронные сигареты)	<input type="checkbox"/>	3	
Употребление алкоголя	Редко (до 1 раза в неделю или менее 50 мл за раз)	<input type="checkbox"/>	1	
	Умеренное употребление (1-2 раза в неделю, 50-140 мл)	<input type="checkbox"/>	2	
	Регулярное/избыточное (больше 140 мл в неделю или более 3 раз в неделю)	<input type="checkbox"/>	3	
Питание	Сбалансированное питания/режим питания соблюдается	<input type="checkbox"/>	1	
	Периодические нарушения (фаст фуд 2-3 раза в неделю)/нерулярный режим питания	<input type="checkbox"/>	2	
	Ежедневные нарушения питания/нерулярный режим питания (фаст фуд, соленое, сахар 2-3 раза в неделю)	<input type="checkbox"/>	3	
Физическая активность	достаточная физическая активность (быстрая ходьба, работа лопатой, сельскохоз.труд, езда на велосипеде, плавание/баскетбол/футбол соревновательный)	<input type="checkbox"/>	1	
	Средняя физическая активность (ходьба со скоростью, работа по дому и хозяйству, танцы, волейбол и т.д.)	<input type="checkbox"/>	2	
	слабая физическая активность (ходьба по дому или офису, сидячая работа)	<input type="checkbox"/>	3	
Эмоциональные проблемы: тревога, подавленность, раздражительность, грусть, напряжение	Нисколько не беспокоит	<input type="checkbox"/>	1	
	Умеренно беспокоит	<input type="checkbox"/>	2	
	Чрезвычайно беспокоит	<input type="checkbox"/>	3	
Биомедицинские факторы				
Артериальное кровеное давление ДАД=90 мм.рт.ст. САД=140 мм.рт.ст.	Норма	<input type="checkbox"/>	1	
	Повышенный уровень	<input type="checkbox"/>	2	
	1 и 2 степень гипертензии	<input type="checkbox"/>	3	
Уровень глюкозы в крови, ммоль/л (капиллярный)	Меньше 5.6	<input type="checkbox"/>	1	
	От 5.6-6,1	<input type="checkbox"/>	2	
	Больше 6.1	<input type="checkbox"/>	3	
Индекс массы тела (Вес/рост)	Менее 18,5 кг/м ²	<input type="checkbox"/>	1	
	От 18,5 до 24,9 кг/м ²	<input type="checkbox"/>	2	
	более 25,0 кг/м ²	<input type="checkbox"/>	3	
Объем талии	До 94 см	<input type="checkbox"/>	1	
	От 94 до 100см	<input type="checkbox"/>	2	
	Больше 100см	<input type="checkbox"/>	3	
Отягощенный семейный анамнез (инфаркт, инсульт, диабет, онкологические заболевания)	Неотягощен	<input type="checkbox"/>	1	
	Затрудняюсь ответить	<input type="checkbox"/>	2	
	Отягощен	<input type="checkbox"/>	3	
Есть ли у вас какое-либо заболевание, чувство боли?	Нет	<input type="checkbox"/>	1	
	Да	<input type="checkbox"/>	2	
Есть ли у вас какая-либо	Нет	<input type="checkbox"/>	1	

аллергия?	Да	<input type="checkbox"/>	2	
Медицинская активность/грамотность и потенциал здоровья				
Часто ли откладывает визиты к врачу даже при симптомах?	Нет	<input type="checkbox"/>	1	
	Иногда	<input type="checkbox"/>	2	
	Да	<input type="checkbox"/>	3	
Занимаетесь самолечением?	Нет	<input type="checkbox"/>	1	
	Иногда	<input type="checkbox"/>	2	
	Да	<input type="checkbox"/>	3	
Готовность проходить обследования	Нет	<input type="checkbox"/>	1	
	Затрудняюсь ответить	<input type="checkbox"/>	2	
	Да	<input type="checkbox"/>	3	
Готовность изменить и соблюдать здоровый образ жизни	Да	<input type="checkbox"/>	1	
	частично	<input type="checkbox"/>	2	
	Нет	<input type="checkbox"/>	3	
Ответственность за собственное здоровье	Сам следит	<input type="checkbox"/>	1	
	Частично	<input type="checkbox"/>	2	
	Не следит	<input type="checkbox"/>	3	
Недоверие к медицинским работникам	Доверяю	<input type="checkbox"/>	1	
	Недоверяю	<input type="checkbox"/>	2	
Готовность контролировать проблемы со здоровьем и справляться с ними	Нет проблем со здоровьем	<input type="checkbox"/>	1	
	Уверен, что справлюсь	<input type="checkbox"/>	2	
	Не уверен, что справлюсь без поддержки (супруги, подруги, друга)	<input type="checkbox"/>	3	
	Не уверен	<input type="checkbox"/>	4	
Барьеры для посещения медицинской организации	Нет барьеров	<input type="checkbox"/>	1	
	Затрудняюсь ответить	<input type="checkbox"/>	2	
	Есть барьеры	<input type="checkbox"/>	3	
Впечатления, наблюдения медицинского работника				
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>				
Типы риска (нужное подчеркнуть): <i>поведенческий; клинический; социальный; мотивационный.</i>				

ОБЩИЙ БАЛЛ: _____

Группа риска	Баллы	Отметка
Низкий	25-50 баллов	<input type="checkbox"/>
Средний	51-75 баллов	<input type="checkbox"/>
Высокий	76 и больше баллов	<input type="checkbox"/>

Дата « _____ » _____

ФИО медицинского работника _____

ПРИЛОЖЕНИЕ Д

АНКЕТА

ПО ОПРЕДЕЛЕНИЮ УРОВНЯ ЗНАНИЙ И ОТНОШЕНИЯ МУЖЧИН К СОБСТВЕННОМУ ЗДОРОВЬЮ.

Приглашаем Вас принять участие в опросе по определению уровня знаний и отношения мужчин к собственному здоровью. Опрос займет около 20 минут.

Опросник не показывает правильно ли, Вы ответили или нет, нам необходимо изучить - именно то, что Вы думаете по вопросам анкеты.

Все ваши ответы будут конфиденциальными.

Обращаем Ваше внимание, на то, что мы ценим стремление каждого принять участие в опросе.

Спасибо, что согласились принять участие!

ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ И СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЙ СТАТУС

1. Укажите, пожалуйста, Ваш возраст (укажите полных лет): _____

2. Национальность:

- казах
- русский
- другая _____ (указать)

3. Укажите, пожалуйста, уровень Вашего образования:

- неполное среднее
- полное среднее
- среднее специальное
- незаконченное высшее
- высшее

4. Укажите, пожалуйста, Ваш социальный статус:

- Рабочий
- Служащий
- Пенсионер
- Предприниматель
- Безработный
- Военнослужащий/служащий в специальных органах
- Инвалид
- Обучающийся (колледж, ВУЗ и т.д.)
- Другие (напишите) _____

5. Определите, пожалуйста, Ваш трудовой режим:

- стандартный режим: (5 рабочих дней, 2 выходных (40 часов в неделю) или (6 рабочих дней, 1 выходной (36 часов в неделю))
- нестандартный режим: (режим с раздробленными рабочими днями, многосменный рабочий день, скользящий режим, гибкий режим, режим вахтовой работы).

гибкий режим труда и отдыха: (режим, в котором часть рабочего времени 20-25% от нормы рабочего времени организуется по усмотрению работника, оставшаяся часть по усмотрению нанимателя).

6. Выберите наименование Вашего занятия по уровню и специализации навыков в соответствии с видом выполняемых работ.

- Руководители и государственные служащие
- Специалисты-профессионалы
- Специалисты-техники и иной вспомогательный профессиональный персонал
- Служащие в области администрирования
- Работники сферы услуг и продаж
- Фермеры и рабочие сельского и лесного хозяйства, рыбоводства и рыболовства
- Рабочие промышленности, строительства, транспорта и других родственных занятий
- Операторы производственного оборудования, сборщики и водители
- Неквалифицированные рабочие (упаковщики, уборщики в офисах, мойщики, грузчики, торговцы на улицах и рынках, сортировщики, посыльные, вахтеры, разнорабочие)
- Работники, не входящие в другие группы (военнослужащие и служащие специальных органов)

7. Семейное положение:

- никогда не состоял в официально зарегистрированном браке

- состою в зарегистрированном браке.
- состою в незарегистрированном браке (сожительство – юридически не оформленные отношения)
- вдовец
- разведен

8. Источники Ваших доходов

- заработная плата
- пенсия по возрасту
- социальные выплаты или пособия
- доходы подсобного хозяйства (крестьянского или фермерского хозяйства)
- на иждивении других лиц
- временные заработки
- другие источники дохода, перечислите _____

9. Каков Ваш средний доход в месяц (в тенге)?

1. 50 000 - 99 999 тенге
2. 100 000 - 149 999 тенге
3. 150 000 - 199 999 тенге
4. 200 000 - 249 999 тенге
5. 250 000 - 299 000 тенге
6. 300 000 - 499 999 тенге
7. свыше 500 000 тенге

ФАКТОРЫ РИСКА, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ОБРАЗ ЖИЗНИ МУЖЧИН

10. Курите ли Вы в настоящее время?

1. нет (*переходите к вопросу 12*)
2. да
3. иногда
4. бросил в течение последнего года
5. бросил (бросал), но начал курить снова

11. В каком возрасте Вы попробовали курить впервые.

1. меньше 10 лет
2. 11-13 лет
3. 14-16 лет
4. старше 16 лет

12. Сколько сигарет в день в среднем Вы выкуриваете? _____ штук

13. Как Вы считаете, насколько вредно употребление табачных изделий для организма человека?

1. Малые дозы допустимы и не вредны человеку
2. Опасны для жизни и здоровья человека
3. Не оказывает никакого влияния

14. В каком возрасте Вы впервые попробовали алкогольные напитки?

1. меньше 10 лет
2. 11-13 лет
3. 14-16 лет
4. старше 16 лет

15. Как часто Вы употребляете напитки с содержанием алкоголя?

1. Никогда
2. Примерно раз в месяц или реже
3. 2-4 раза в месяц
4. 2-3 раза в неделю
5. 4 раза в неделю или чаще

16. Сколько единиц алкоголя Вы обычно выпиваете за раз?

Например: 0,5 л пива или 0,5 л вина около 2 единиц алкоголя.

1. 1-2

2. 3-4
3. 5-6
4. 7-9
5. 10 и более

17. Как часто Вы выпиваете 6 и более единиц алкоголя за раз?

1. Никогда
2. Реже раза в месяц
3. Раз в месяц
4. Раз в неделю
5. Каждый или почти каждый день

18. Выполняете ли Вы физическую нагрузку?

- нет
 да

19. Какой вид физической нагрузки Вы выполняете:

1. нагрузки с низкой интенсивностью (утренняя гимнастика, зарядка, легкая ходьба, пешие прогулки).
2. нагрузки с средней интенсивностью (катание на велосипеде, лыжи, бег, плавание)
3. нагрузки с высокой интенсивностью (занятия на тренажёрах, спортивные тренировки).
4. другое _____
5. не выполняю физические нагрузки

20. Сколько дней в неделю Вы выполняете физические нагрузки?

Количество дней _____ в неделю.

21. Каков Ваш режим питания?

1. 3-4-х-разовое домашнее питание
2. 3-х разовое питание, домашнее и в предприятиях общественного питания
3. дома готовят редко, питаюсь в предприятиях общественного питания
4. регулярного режима питания нет

22. Употребляете ли Вы в питании продукцию «фаст-фуд» (продукты «быстрого питания»)

1. Да, практически ежедневно
2. 1-2 раза в неделю
3. 1-2 раза в месяц
4. Не употребляю

23. Как Вы оцениваете свой рацион питания?

1. Здоровое питание
2. Приближенный к принципам здорового питания
3. Не придерживаюсь никаких принципов в питании
4. Затрудняюсь с ответом

24. Как часто вы испытывали чувство стресса или тревоги в своей повседневной жизни за последний месяц?

1. почти всегда
2. часто
3. иногда
4. редко
5. никогда

25. Соблюдаете ли Вы в течении дня распорядок или режим? (в отношении сна и отдыха, питания, физической активности)

1. да, стараюсь его соблюдать
2. пытаюсь придерживаться, но не всегда получается
3. нет, не соблюдаю.

ЗНАНИЯ И УСТАНОВКИ МУЖЧИН В ОТНОШЕНИИ СОБСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ

26. Как Вы оцениваете состояние своего здоровья?

1. плохое
2. удовлетворительное
3. хорошее
4. отличное
5. затрудняюсь ответить

27. Кто, по Вашему мнению, несет ответственность за Ваше здоровье?

1. я сам
2. члены семьи (мать, жена, дочь)
3. государство
4. система здравоохранения
5. другое (кто или что именно?) _____

28. Как, по-Вашему, достаточно ли Вы заботитесь о своем здоровье?

1. да
2. нет
3. затрудняюсь ответить
4. другое _____

29. Укажите, насколько тщательно Вы соблюдаете рекомендации Вашего лечащего врача в целом:

- тщательно – не всегда/иногда – не соблюдаю

30. В случае возникновения проблем со здоровьем, какие Ваши первоочередные действия?

1. запишитесь на прием к терапевту/семейному врачу/ВОП прямо сейчас
2. проведете поиск информации в интернете или в библиотеке
3. по дождю, пока симптомы не станут невыносимыми и не помешают работоспособности
4. буду следить за симптомами и проведу самодиагностику
5. буду следить за симптомами в надежде, что они пройдут сами по себе
6. поговорите с другом, коллегой по работе, чтобы оценить необходимость посещения врача
7. поговорите с партнером (женой подругой, мамой), чтобы оценить необходимость посещения врача
8. Другое (напишите) _____

31. Занимаетесь ли Вы самолечением?

1 – нет, я всегда обращаюсь к врачу и придерживаюсь его рекомендаций

2 – иногда, при простудных заболеваниях, при обострении хронических заболеваний, которые я могу лечить самостоятельно

3 – да, к врачам обращаюсь в исключительных случаях.

32. Довольны ли Вы качеством медицинского обслуживания в течение последнего года?

нет

да (переходите к вопросу 34)

33. Почему Вы НЕ довольны качеством медицинского обслуживания?

1. невнимательность медицинского персонала на приеме
2. большая очередь или время ожидания после записи на прием
3. недовольство назначенным лечением медицинского персонала
4. ограниченное время приема медицинского персонала
5. грубость медицинского персонала при обслуживании
6. другое _____ (указать)

34. Ваше отношение к медицинскому персоналу в целом?

1. доверяю
2. не доверяю
3. затрудняюсь ответить
4. другое _____ (указать)

35. Какими критериями Вы будете пользоваться, выбирая себе врача?

1. коммуникабельность
2. квалификация
3. территориальная доступность
4. пол врача

5. другое _____ (указать)
- 36. Как Вы считаете, где можно заразиться ВИЧ/СПИДом?**
1. при разговоре, дыхании
 2. при использовании общей посуды
 3. при переливании крови
 4. при рукопожатии
 5. при поцелуе
 6. при половом контакте
 7. при инъекции
 8. затрудняюсь ответить
- 37. Знаете ли Вы, где можно провериться на наличие инфекции, передающихся половым путем, ВИЧ/СПИДа?**
1. Да, в _____
 2. не знаю
- 38. Количество посещений семейного врача/ Врача общей практики либо терапевта в поликлинике за последние 12 месяцев?**
1. вовсе не посещал
 2. один или два раза
 3. от 3 до 5 раз
 4. более 5 раз
 5. затрудняюсь ответить
- 39. Как Вы считаете, скрининговые (профилактические) осмотры направлены на раннее выявление и предупреждение развития различных заболеваний на ранней стадии?**
1. верно
 2. неверно
 3. затрудняюсь ответить
- 40. Выберите утверждения, с которыми вы согласны? (ответов может быть несколько)**
1. скрининговые осмотры проводятся на платной основе
 2. Врач или средний медицинский персонал поликлиники по результатам опроса проводит профилактическую консультацию и предоставляет рекомендации по изменению поведения.
 3. При скрининговом осмотре проводится измерение антропометрических данных (вес, рост, объем талии).
 4. Семейный врач/ Врач общей практики либо Терапевт информируют о необходимости и условиях прохождения скрининговых исследований
 5. Сестра медицинская либо фельдшер приглашает на скрининговые исследования
 6. При скрининговом осмотре проводится опрос с целью выявления факторов риска развития заболеваний (избыточная масса тела, физическая активность, курение, потребление алкоголя в опасных дозах).
 7. скрининговые осмотры можно пройти в любой медицинской организации города.
- 41. Какие трудности Вы испытывали при получении медицинской помощи в поликлинике в течение последнего года? (ответов может быть несколько)**
1. Отдаленное месторасположение поликлиники
 2. Неудобный график приема врачей в поликлинике
 3. Сложность с записью на прием к узким специалистам (кардиолог, эндокринолог, уролог, онколог и т.д.)
 4. Длительное ожидание в очереди на прием к участковому врачу
 5. Недостаточное диагностическое обследование, в том числе урологическое
 6. Низкая оснащенность оборудованием
 7. Нехватка кадров на уровне поликлиник: терапевтов, педиатров, семейных врачей, урологов.
 8. недоброжелательное отношение медработников к пациенту.
 9. Отсутствие должного порядка в поликлинике и организации оказания медицинских услуг.
 10. Отсутствие услуг по профилактике заболеваний и укреплению здоровья.
 11. другое _____

42. Как часто Вы обращаетесь в частные медицинские центры/клиники за платными медицинскими услугами?

1. почти всегда
2. часто
3. иногда
4. редко
5. никогда

43. К какому специалисту в частных медицинских клиниках/ центрах Вы обращаетесь чаще всего? (ответов может быть несколько)

1. терапевту
2. эндокринологу
3. кардиологу
4. офтальмологу
5. урологу/андрологу
6. нефрологу
7. хирургу
8. стоматологу
9. Другое (напишите) _____

44. Назовите, причины, по которым Вы избегаете посещения медицинской организации и/ или врача в поликлинике? (ответов может быть несколько)

1. не интересуюсь здоровьем в целом
2. считаю, что могу позаботиться о себе сам
3. нет полной информации об медицинских услугах
4. хотите защитить частную жизнь
5. считаю, что обращение за помощью — это признак слабости
6. трудности при обсуждении личных проблем с врачом
7. обеспокоен возможными финансовыми затратами
8. боялся того, что может обнаружить врач
9. слишком занят другими приоритетами
10. предполагаю, что проблема устранится сама собой
11. важнее заботиться о близких, чем о себе самом
12. Другое (напишите) _____

45. Отмечаете ли Вы дефицит навыков самоконтроля и знаний о хронических заболеваниях (сердца, желудочно-кишечного тракта, печени, почек, ЛОР органов, диабете, об инфекционных заболеваниях и т.д.)

- Да
 нет

46. Как Вы относитесь к идее организации услуг в поликлиниках, ориентированных на мужчин?

- положительно
 негативно
 затрудняюсь ответить

Большое спасибо за предоставленные ответы!

Всего хорошего!

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ  РЕСПУБЛИКА КАЗАХСТАН

СВИДЕТЕЛЬСТВО
О ВНЕСЕНИИ СВЕДЕНИЙ В ГОСУДАРСТВЕННЫЙ РЕЕСТР
ПРАВ НА ОБЪЕКТЫ, ОХРАНЯЕМЫЕ АВТОРСКИМ ПРАВОМ
№ 70453 от «20» апреля 2026 года

Фамилия, имя, отчество, (если оно указано в документе, удостоверяющем личность) автора (ов):
ТОЛГАНБАЕВА КАМШАТ АҚЖАНОВНА, КОШЕРБАЕВА ЛЯЗЗАТ КОШЕРБАЙКЫЗЫ

Вид объекта авторского права: **произведение литературы**

Название объекта: **Краткий опросник для мужчин по оценке необходимости обращения в медицинскую организацию**

Дата создания объекта: **27.02.2026**





Құжат түпнұсқалығын <http://www.kazpatent.kz/ru> сайтының
"Авторлық құқық" Бөлімінде тексеруге болады. <https://copyright.kazpatent.kz>
Подлинность документа возможно проверить на сайте [kazpatent.kz](http://www.kazpatent.kz)
в разделе «Авторское право» <https://copyright.kazpatent.kz>

Подписано ЭЦП **С. Ахметов**



050057, Алматы қаласы, Жароқов көшесі, 196
тел.: 8 (727) 227-60-01

050057, город Алматы, улица Жарокова, 196
тел.: 8 (727) 227-60-01

12.05.2026

№

АКТ ВНЕДРЕНИЯ
краткого опросника для мужчин
по оценке необходимости обращения в медицинскую организацию

1. *Наименование:* «Краткий опросник для мужчин по оценке необходимости обращения в медицинскую организацию».

2. *Краткая аннотация:* Краткий опросник предназначен для предварительной оценки необходимости обращения мужчин в медицинскую организацию, повышения медицинской активности, информированности по вопросам профилактики заболеваний и формирования ответственного отношения к сохранению здоровья.

3. *Место внедрения:* Государственное коммунальное предприятие на праве хозяйственного ведения «Алматы Су».

4. *Форма внедрения:* в рамках внедрения апробирован и используется инструмент в виде краткого опросника для мужчин, предназначенного для предварительной оценки необходимости обращения в медицинскую организацию, повышения медицинской активности и формирования профилактической среды, ориентированной на сохранение и укрепление здоровья мужского населения.

В рамках внедрения реализован подход, предусматривающий вовлечение работодателя в формирование профилактической среды и организацию профилактической работы непосредственно на рабочих местах.

Инструмент реализован в электронном формате и доступен посредством QR-кода и ссылки: <https://forms.gle/6r3at8ZfnNtGtT3a6>

Применение разработанного инструмента способствует:

- повышению информированности работников-мужчин по вопросам профилактики заболеваний;
- формированию настороженности в отношении факторов риска и состояния здоровья;
- повышению вовлеченности в профилактические осмотры и скрининговые программы;

070854

- формированию мотивации к своевременному обращению за медицинской помощью;
- повышению медицинской активности работников-мужчин;
- совершенствованию профилактической и информационно-образовательной работы на предприятии.

Результаты исследования используются при проведении профилактических и информационно-образовательных мероприятий, направленных на укрепление здоровья мужского населения, повышение медицинской грамотности и формирование ответственного отношения работников к сохранению собственного здоровья.

5. *Практическая значимость внедрения:* практическая значимость внедрения заключается в возможности использования предложенного инструмента в организациях различного профиля для повышения доступности профилактической информации, раннего выявления факторов риска и повышения приверженности мужчин к профилактике заболеваний и своевременному обращению за медицинской помощью.

6. *Автор акта внедрения:* Толганбаева К.А.

Генеральный директор



М. Беркимбаев

УТВЕРЖДАЮ
Директор
ТОО «ТемирПромXXI»
Тазабаев Б.Е.
« 20 » февраля 2026 г

АКТ О ВНЕДРЕНИИ

Результатов диссертационной работы Толганбаевой К.А. «Применение технологии формирования профилактической среды для улучшения здоровья мужского населения» в работу ТОО «ТемирПромXXI» строительной компании Saba Group.kz

Настоящий акт составлен о том, что «Краткий опросник для мужчин по оценке необходимости обращения в медицинскую организацию» электронный ресурс: QR и ссылку -<https://forms.gle/6r3at8ZfnNtGtT3ab> внедрены в работу строительной организации.

Форма внедрения:

В рамках внедрения был апробирован инструмент в виде краткого опросника, предназначенного для мужчин по оценке необходимости обращения в медицинскую организацию. Она является доступным, быстрым и удобным методом получения информации о поведении мужчин в вопросах сохранения здоровья и обращения за медицинской помощью. Полученные результаты в ходе опроса позволяют мужчинам понимать и определить дальнейшие меры для поддержания здоровья.

Ожидаемые результаты: повышение вовлеченности мужчин в профилактику и скрининг и поддержка сотрудников мужчин в формировании здоровьесберегающих установок в поведении.

Тазабаев Б.Е.

М.П. ТемирПром XXI



АКТ ВНЕДРЕНИЯ

чек листа, используемого средним медицинским работником для комплексной оценки факторов риска здоровья мужчин

1. *Наименование:* «Чек лист, используемый средним медицинским работником для комплексной оценки факторов риска здоровья мужчин».

2. *Краткая аннотация:* Данный инструмент представляет собой структурированный чек лист для комплексной оценки факторов риска здоровья мужчин, предназначенный для выявления уровня риска развития хронических неинфекционных заболеваний, а также оценки поведенческих, социальных, биомедицинских и мотивационных факторов, влияющих на здоровье пациента. Чек лист разработан для применения в практике среднего медицинского персонала организации первичной медико-санитарной помощи и позволяет проводить раннюю идентификацию факторов риска и нарушений состояния здоровья мужчин. Инструмент способствует формированию индивидуальных профилактических рекомендаций, определению приоритетных направлений коррекции образа жизни, а также оценке эффективности профилактических мероприятий и программ. Инструмент может применяться при профилактических консультированиях, во время диспансерного наблюдения, при проведении скрининговых и профилактических осмотрах, в рамках профилактических осмотрах работников, в работе кабинетов ЗОЖ и школ здоровья.

3. *Место внедрения:* Поликлиника при Городской клинической больнице №5 УОЗ города Алматы.

4. *Форма внедрения:* В рамках внедрения разработан, апробирован и используется инструмент в виде чек листа для медицинских сестер организации ПМСП, предназначенный для ранней идентификации факторов риска мужчин. Особенностью инструмента является расширение спектра оцениваемых факторов риска за счет включения критериев, характеризующих: образ жизни, психоэмоциональное состояние, поведенческие особенности, отношение мужчин к собственному здоровью, уровень медицинской активности и приверженности к профилактике. Комплексный подход позволяет сформировать целостный профиль риска пациента мужчины и своевременно определить необходимость профилактического консультирования, дополнительного обследования или медицинского наблюдения.

Применение разработанного инструмента способствует:

- Раннему выявлению факторов риска;
- Снижению осложнений хронических неинфекционных заболеваний;
- Снизить уровень преждевременной смертности среди мужчин;
- Оптимизировать маршрутизацию пациентом мужчин по группам риска;
- Повышению настороженности в отношении собственного здоровья;

- Формированию приверженности к здоровому образу жизни;
- Повышению эффективности профилактической работы медицинских организаций.

5. *Практическая значимость внедрения:* практическая значимость внедрения заключается в возможности использования предложенного инструмента в повседневной деятельности работников ПМСП для комплексной оценки факторов риска здоровья мужчин. Использование чек листа позволяет перейти от реактивной модели оказания медицинской помощи, ориентированной преимущественно на лечение заболеваний, к проактивной профилактической модели, направленной на предупреждение развития хронических заболеваний.

6. *Автор акта внедрения:* Толганбаева К.А.

Директор
Городской клинической
больницы №5

Толгенова Сауле Уралбаевна _____



УТВЕРЖДАЮ
Руководитель Республиканского
государственного учреждения
"Региональный военный госпиталь
с поликлиникой Комитета национальной
безопасности РК в городе Алматы"
Ахметжан А.Д.
« 04 » марта 2026г.

АКТ ВНЕДРЕНИЯ

чек листа, используемого средним медицинским работником для комплексной оценки факторов риска здоровья мужчин

1. *Наименование:* «Чек лист, используемый средним медицинским работником для комплексной оценки факторов риска здоровья мужчин».
2. *Краткая аннотация:* Данный инструмент представляет собой структурированный чек лист для комплексной оценки факторов риска здоровья мужчин, предназначенный для выявления уровня риска развития хронических неинфекционных заболеваний, а также оценки поведенческих, социальных, биомедицинских и мотивационных факторов, влияющих на здоровье пациента. Чек лист разработан для применения в практике среднего медицинского персонала организации первичной медико-санитарной помощи и позволяет проводить раннюю идентификацию факторов риска и нарушений состояния здоровья мужчин. Инструмент способствует формированию индивидуальных профилактических рекомендаций, определению приоритетных направлений коррекции образа жизни, а также оценке эффективности профилактических мероприятий и программ. Инструмент может применяться при профилактических консультированиях, во время диспансерного наблюдения, при проведении скрининговых и профилактических осмотрах, в рамках профилактических осмотрах работников, в работе кабинетов ЗОЖ и школ здоровья.
3. *Место внедрения:* Поликлиника при Региональном военном госпитале КНБ РК в городе Алматы.
4. *Форма внедрения:* В рамках внедрения разработан, апробирован и используется инструмент в виде чек листа для медицинских сестер организации ПМСП, предназначенный для ранней идентификации факторов риска мужчин. Особенностью инструмента является расширение спектра оцениваемых факторов риска за счет включения критериев, характеризующих: образ жизни, психоэмоциональное состояние, поведенческие особенности, отношение мужчин к собственному здоровью, уровень медицинской

активности и приверженности к профилактике. Комплексный подход позволяет сформировать целостный профиль риска пациента мужчины и своевременно определить необходимость профилактического консультирования, дополнительного обследования или медицинского наблюдения.

Применение разработанного инструмента способствует:

- Раннему выявлению факторов риска;
- Снижению осложнений хронических неинфекционных заболеваний;
- Снизить уровень преждевременной смертности среди мужчин;
- Оптимизировать маршрутизацию пациентов мужчин по группам риска;
- Повышению настороженности в отношении собственного здоровья;
- Формированию приверженности к здоровому образу жизни;
- Повышению эффективности профилактической работы медицинских организаций.

5. *Практическая значимость внедрения:* практическая значимость внедрения заключается в возможности использования предложенного инструмента в повседневной деятельности работников ПМСП для комплексной оценки факторов риска здоровья мужчин. Использование чек-листа позволяет перейти от реактивной модели оказания медицинской помощи, ориентированной преимущественно на лечение заболеваний, к проактивной профилактической модели, направленной на предупреждение развития хронических заболеваний.

6. *Автор акта внедрения: Толганбаева К.А.*

Руководитель РГУ "Региональный
военный госпиталь с поликлиникой
КНБ РК в городе Алматы"

Ахметжан Ануар Дулатович



/печать/

/подпись/