

ОРИГИНАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Проблема избыточного веса среди населения Армении

Диана Андреасян¹

¹ Информационно-аналитический центр Национального института здоровья, Министерство здравоохранения Республики Армения

Автор, отвечающий за переписку: Диана Андреасян (адрес электронной почты: dianaandreasyan@gmail.com)

АННОТАЦИЯ

Исходные данные и цели: Избыточный вес и ожирение являются наиболее распространенными факторами риска, которые приводят к развитию неинфекционных заболеваний (НИЗ) в Армении. С данной проблемой сталкивается практически каждый второй житель страны в возрасте 15 лет и старше.

Методология: Для изучения проблемы НИЗ и преобладающих факторов риска среди населения Армении в возрасте 15 лет и старше проведено репрезентативное многоступенчатое стратифицированное кластерное исследование в рамках Государственной программы по оценке эффективности системы здравоохранения. Исследование осуществлялось при технической и финансовой поддержке Министерства здравоохранения, Группы реализации проекта по здравоохранению в Армении (ГРПЗ) и Всемирного банка.

Статья содержит результаты исследований распространенности ожирения и избыточного веса в различных демографических и социальных

группах, информированности общества о вреде избыточного веса, а также о влиянии факторов риска на качество жизни.

Результаты: Согласно результатам исследования, распространенность избыточного веса и ожирения достигла в стране угрожающей отметки в 51%, и это несмотря на поразительно высокий уровень осведомленности общества об их пагубном влиянии на здоровье человека. Анализ восьми аспектов качества жизни выявил, что показатели физических и психических элементов у респондентов с избыточным весом и ожирением в 1,8 раза ниже, чем в группе с нормальным и низким весом. Наиболее существенные отклонения были связаны с общим состоянием здоровья и физическим функционированием.

Выводы: Несмотря на высокую осведомленность населения Армении о вредных последствиях ожирения для здоровья, эта проблема приобретает в стране характер эпидемии.

Ключевые слова: НЕИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ФАКТОРЫ РИСКА, КАЧЕСТВО ЖИЗНИ, ОЖИРЕНИЕ, ИЗБЫТОЧНЫЙ ВЕС

ВВЕДЕНИЕ

В Армении, как и в других странах Европейского региона, неинфекционные заболевания (НИЗ) являются одной из главных причин заболеваемости, утраты дееспособности и преждевременной смерти. НИЗ, в частности, включают четыре нозологические группы: сердечно-сосудистые заболевания, злокачественные опухоли, хронические болезни легких и сахарный диабет. Именно эти нозологии определяют бремя заболеваемости и смертности (1, 2). В Армении на НИЗ приходится 75% смертей (3). Пагубное влияние факторов риска на здоровье населения проявляется не сразу, а в течение относительно длительного периода.

По данным ВОЗ, повышенное артериальное давление, курение табака, высокий уровень сахара в крови, недостаточная

физическая активность, избыточный вес и ожирение являются главными факторами риска смертности от НИЗ (4).

Для выявления причин и механизмов развития НИЗ в последние годы проводились тщательные клинические и эпидемиологические исследования, результаты которых подтвердили, что НИЗ или факторы, способствующие их развитию, являются следствием нездорового образа жизни, как то: нездорового питания, курения, малоподвижного образа жизни, злоупотребления алкогольными напитками, неблагоприятной физической и социальной среды (4, 5).

Избыточный вес и ожирение являются одними из основных факторов риска развития НИЗ. Ожирение распространяется во всех странах. В период с 1980 по 2014 г. распространенность ожирения в мире возросла вдвое. В 2014 г.

в мире насчитывалось 11% тучных мужчин и 15% – женщин. Таким образом, сегодня свыше полумиллиарда взрослых людей в мире страдают ожирением (6).

Установлена прочная взаимосвязь между ожирением, плохими показателями здоровья и смертностью от всех причин. Ожирение повышает риск развития диабета, артериальной гипертензии, ишемической болезни сердца, инсульта, некоторых видов рака, синдрома обструктивного апноэ во сне и остеоартрита. Оно также отрицательно сказывается на репродуктивной функции. По оценкам, в 2010 г. на избыточный вес и ожирение (индекс массы тела (ИМТ) ≥ 25 кг/м² и ≥ 30 кг/м² соответственно) приходилось 3,4 млн смертей в год и 93,6 млн утраченных лет здоровой жизни с поправкой на инвалидность (DALY) (7). Для достижения оптимального состояния здоровья среднее значение ИМТ среди взрослого населения должно находиться в диапазоне 21–23 кг/м², а на индивидуальном уровне следует стремиться к тому, чтобы ИМТ находился в диапазоне 18,5–24,9 кг/м². Риск развития сочетанных заболеваний увеличивается при ИМТ 25,0–29,9 кг/м², а умеренная и тяжелая степени риска характерны при ИМТ выше 30 кг/м² (8).

По данным доклада «Мировая статистика здравоохранения» (8), в 2013 г. выделялись три наиболее опасных для жизни фактора риска. Это так называемые риски, связанные с рационом питания, а именно: высокий уровень потребления натрия, низкое содержание в рационе фруктов и цельнозерновых продуктов. В Армении на их счет относят 59,4% всех смертей, обусловленных связанными с питанием рисками.

- Высокое содержание натрия в рационе привело к 131,7 смерти на 100 000 населения в 2013 г. Более того, с 1990 г. смертность, обусловленная высоким содержанием в рационе солей натрия, выросла в Армении на 44%.
- Рацион с низким содержанием фруктов стал причиной смерти в 85,1 случая на 100 000 населения. Также с 1990 г. на 35% вырос в Армении показатель смертности, обусловленной низким содержанием фруктов в рационе питания.
- Рацион с низким содержанием цельнозерновых продуктов стал причиной смерти в 68,0 случаях на 100 000 населения. Более того, с 1990 г. смертность, обусловленная низким содержанием цельнозерновых продуктов в рационе питания, выросла в Армении на 58%.

Для понимания масштабов проблемы избыточного веса и ожирения, ее воздействия на здоровье и качество жизни населения в рамках Государственной программы по оценке эффективности системы здравоохранения проведено репрезентативное исследование. Оно предполагало заполнение опросной анкеты и снятие антропометрических показателей (роста и веса респондентов с целью расчета ИМТ), а также проведение оценки влияния избыточного веса на рассматриваемые аспекты качества жизни (9). Исследования и мониторинг поведенческих и биологических факторов риска проводились начиная с 2007 г. (9, 10, 11, 12, 13, 14, 15).

МЕТОДЫ

СТРУКТУРА ИССЛЕДОВАНИЯ

Выборка домохозяйств для данного исследования была сформирована на основе метода формирования вероятностной выборки, пропорциональной объему (Probability Proportionate to size Sampling – PPS). Согласно методу PPS, все территориальные единицы в выборке имеют одинаковую вероятность быть включенными в нее. Также был определен масштаб выборки – 2500 домохозяйств в 10 регионах страны и в столице Армении – Ереване. Все вошедшее в выборку население было поделено на 25 кластеров, в каждом из которых насчитывалось по 100 домохозяйств. Для опроса в каждом домохозяйстве отбирался в случайном порядке один респондент. На первом этапе исследования с помощью кумулятивного метода и с учетом численности населения все кластеры были распределены по регионам. На втором этапе в случайном порядке проводился выбор географических территорий. Таким образом, в случайном порядке отбирались соответствующие числу кластеров жилые районы в каждом регионе и в городе Ереване. Всего отобрано 100 домохозяйств. Респондентов в домохозяйствах отбирали по 10 половозрастным нормативам.

В исследование вошли следующие возрастные группы: 15–19, 20–34, 35–49, 50–64 и население в возрасте 65 лет и старше. В каждой половозрастной группе насчитывалось по 250 респондентов при равном соотношении обоих полов в каждой возрастной группе.

ОПРОСНАЯ АНКЕТА ИССЛЕДОВАНИЯ

Опросная анкета состояла из двух частей и включала 11 вопросов. В первой части содержались вопросы, касающиеся домохозяйств, физического и психического здоровья респондента, жалоб на здоровье, хронических заболеваний и факторов риска, способствующих их развитию, а также финансовой и географической доступности амбулаторий

и стационаров. Помимо этого, в анкете оценивалась степень удовлетворенности населения получаемыми услугами. Также проводилось инструментальное измерение артериального давления и антропометрических показателей (рост, масса тела, окружности талии и бедер).

Вторая часть анкеты содержала результаты определения уровней сахара и холестерина в капиллярной крови.

Фактические работы по проведению опросного исследования были начаты 1 ноября 2015 г. и завершены 16 февраля 2016 г.

В каждом жилом районе были заранее отобраны кластеры с соответствующим числом домохозяйств. Группам исследователей предоставили адреса домохозяйств, вошедших в кластеры, а также нормативы по половозрастным категориям. Согласно разработанной методологии, в случае необнаружения в домохозяйстве респондента, соответствующего необходимым критериям, подбиралось другое домохозяйство, отвечающее требованиям опроса.

Исследование проводилось в 128 районах страны и в 12 районах Еревана. В общей сложности было отобрано 5627 адресов, из которых 2075 не были найдены, а в 1037 домохозяйствах люди либо отказались принимать участие в опросе, либо среди их членов не было лиц, отвечающих половозрастным нормативам. Анкета была заполнена на основе опроса респондентов из 2515 оставшихся домохозяйств. Антропометрические показатели были измерены у 2473 респондентов. Анализ данных проводился с помощью статистической компьютерной программы SPSS 20.

Для оценки распространенности избыточного веса и ожирения среди взрослых в ходе сбора опросных данных также измерялись вес и рост респондентов. Эти данные легли в основу для расчета индекса массы тела по следующей формуле: $ИМТ = V(кг)/P^2(м)$.

- Пониженная масса тела: $ИМТ \leq 18,5$
- Нормальный вес: $18,5 \leq ИМТ \leq 25,0$
- Избыточный вес: $25,0 \leq ИМТ \leq 30,0$
- Ожирение: $ИМТ \geq 30,0$

Аспекты качества жизни оценивались на основе краткого опросника № 12 (КО-12), отражающего общий уровень благополучия и уровень удовлетворенности жизнедеятельностью,

зависящей от состояния здоровья. КО-12 является неспецифическим опросником, задача которого – обеспечить достоверную оценку физических и психоэмоциональных аспектов качества жизни (16).

В рамках анкеты КО-12 оценивались восемь основных аспектов состояния здоровья. Четыре из них описывают физическое здоровье: общее состояние здоровья, физическое функционирование, ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием, и телесную боль. Остальные четыре вопроса касаются психического здоровья, ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием, социального функционирования и жизненной активности. На основе полученных ответов все восемь аспектов были ранжированы по шкале от 0 до 100, где 0 – наиболее низкий и неблагоприятный балл, а 100 – наивысшая и самая благоприятная оценка (9).

1. Общее состояние здоровья оценивалось с помощью вопроса: «Как бы вы оценили свое здоровье в целом?».

Варианты ответов: «отлично», «очень хорошо», «хорошо», «удовлетворительно» и «неудовлетворительно».

2. Физическое функционирование оценивалось с помощью двух вопросов:

- а. «Позволяет ли нынешнее состояние вашего здоровья передвинуть стол, вымыть пол или ходить пешком?».
- б. «Позволяет ли нынешнее состояние вашего здоровья преодолеть несколько лестничных пролетов?».

Варианты ответов: «с большим трудом», «скорее да» и «да, без проблем».

3. Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием, оценивалось с помощью двух вопросов:

- а. «В течение последнего месяца из-за состояния вашего физического здоровья не стали ли вы меньше, чем вам хотелось, работать или ежедневно заниматься другим видом деятельности?».
- б. «В течение последнего месяца из-за состояния вашего физического здоровья испытывали ли вы ограничения/трудности при работе или выполнении другого вида ежедневной деятельности?».

Варианты ответов: «постоянно», «в большинстве случаев», «иногда», «редко» и «нет».

4. Телесная боль оценивалась с помощью вопроса: «В течение последнего месяца из-за различных физических болей была ли ограничена ваша постоянная ежедневная деятельность?».

Варианты ответов: «постоянно», «в большинстве случаев», «иногда», «редко» и «нет».

Оценка психического здоровья проводилась по следующим аспектам:

5. Психическое здоровье охватывает рассеянность и тревогу. Респондентам задавали два вопроса:
- «Как часто в течение последнего месяца вы ощущали спокойствие и безмятежность?».
 - «Как часто в течение последнего месяца вы находились в депрессии или ощущали тревогу?».

Варианты ответов: «постоянно», «в большинстве случаев», «иногда», «редко» и «не ощущал(-а)».

6. Рольное функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием, оценивалось с помощью двух вопросов:
- «В течение последнего месяца вы работали или занимались другим видом ежедневной деятельности в меньшем объеме, чем вам хотелось, потому что у вас было плохое настроение или вам было грустно?»
 - «В течение последнего месяца были ли вы менее внимательны, чем обычно, потому что у вас было плохое настроение или вам было грустно?»

Варианты ответов: «постоянно», «в большинстве случаев», «иногда», «редко» и «нет».

7. Компонент социального функционирования оценивался с помощью вопроса: «Насколько часто в течение последнего месяца ваше физическое здоровье или эмоциональные проблемы мешали вашей социальной активности, например, общению с друзьями или родственниками?».

Варианты ответов: «постоянно», «в большинстве случаев», «иногда», «редко» и «никогда».

8. Жизненная активность оценивалась с помощью вопроса: «Как часто за последний месяц вы чувствовали, что полны энергии?».

Варианты ответов: «постоянно», «в большинстве случаев», «иногда», «редко» и «никогда».

ЭТИКА

Анкета данного исследования была утверждена комитетом по этике Республиканского центра по профилактике СПИДа Министерства здравоохранения Республики Армения. Все респонденты ознакомились с формой информированного согласия, целями опросного исследования, рисками и преимуществами участия в нем, а также правом отказа от участия в исследовании. Респонденты предоставили письменное согласие на участие.

РЕЗУЛЬТАТЫ

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ИЗБЫТОЧНОГО ВЕСА

В таблице 1 представлены данные о распространенности избыточного веса и ожирения среди населения Армении в возрасте 15 лет и старше. Таблица 2 содержит распределение категорий ИМТ по социально-демографическим группам.

- Избыточный вес и ожирение наблюдаются у 51,2% населения Армении в возрасте 15 лет и старше, при этом избыточный вес был обнаружен у 22% представителей этой возрастной группы, а ожирение – у 29%.
- Ожирение более распространено у женщин (54,1%), чем у мужчин (47,9%).
- Среди женского населения показатель ожирения почти в 1,8 раз выше, чем у мужчин.
- Деление на группы по уровню достатка показывает преобладание ожирения во II квантиле на уровне 54,0% и в I квантиле на уровне 53,2%. В верхнем квантиле (V) уровень распространенности ожирения составляет 51,9%.

- Проблема наиболее очевидна в группе со средним специальным образованием, где доля ожирения в сравнении с другими группами составляет 59,2%. В группе с неоконченным средним образованием ожирение составляет 30,0%, так как большинство представителей этой группы – учащиеся.
- Распространенность избыточного веса увеличивается с возрастом. В группе 15–19 лет его доля составляет 13,0%, а в группе 50–64 года она достигает 73,9%. Небольшое снижение наблюдается в группе 65 лет и старше. Тем не менее уровень распространенности избыточного веса и здесь весьма высок – 70,5%.

- Проблема избыточного веса в равной степени распространена как в Ереване, так и в других городах и сельской местности.

ИНФОРМИРОВАННОСТЬ О ВРЕДЕ ИЗБЫТОЧНОГО ВЕСА И ОЖИРЕНИЯ

В ходе опроса изучалась информированность населения о пагубном влиянии избыточного веса и ожирения.

Анализ степени информированности о вреде избыточного веса и ожирения среди социально-демографических групп (таблица 3) выявил следующее:

- с 2012 по 2016 г. уровень информированности о пагубном влиянии избыточного веса и ожирения вырос с 65% до 70%;

ТАБЛИЦА 1. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ИЗБЫТОЧНОГО ВЕСА И ОЖИРЕНИЯ В СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ГРУППАХ

Возрастная группа		Ожирение и избыточный вес % (N)	Доверительный интервал 95%	Стандартное отклонение
Возрастная группа	15–19	13,0% (479)	8,7–17,3	0,337
	20–34	31,8% (511)	28,6–35,0	0,466
	35–49	62,0% (507)	58,0–65,9	0,486
	50–64	73,8% (500)	70,1–77,5	0,440
	65 лет и старше	70,4% (469)	65,3–75,6	0,457
Пол	Женский	54,1% (1277)	51,4–56,8	0,499
	Мужской	48,0% (1189)	45,1–50,9	0,500
Место жительства	Ереван	51,2% (881)	47,9–54,5	0,500
	Город	51,6% (606)	47,6–55,6	0,500
	Село	51,0% (979)	47,8–54,1	0,500
Образование	Неоконченное среднее	51,0% (221)	43,3–58,8	0,501
	Среднее	51,6% (1 124)	48,6–54,5	0,500
	Среднее специальное	59,2% (445)	54,7–63,8	0,492
	Неоконченное высшее	30,0% ()	23,5–36,5 (196)	0,460
	Высшее	51,1%	46,9–55,3 (470)	0,500
Достаток	I	53,2%	49,5–57,0 (711)	0,499
	II	54,0%	49,6–58,4 (495)	0,499
	III	49,7%	45,2–54,3 (466)	0,501
	IV	45,4%	40,5–50,3 (396)	0,498
	V	51,9%	47,0–56,7 (398)	0,500
Итого		51,2%	49,2–53,2 (2473)	0,500

Источник: Обзор оценки эффективности системы здравоохранения в Армении, 2016 г. (9)

ТАБЛИЦА 2. КАТЕГОРИИ ИМТ ПО СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИМ ГРУППАМ

		ИМТ≤18,5	18,5≤ИМТ≤25,0	25,0≤ИМТ≤30,0	ИМТ≤30,0
Возрастная группа	15–19	20,0%	67,0%	10,5%	2,5%
	20–34	10,2%	58,0%	24,0%	7,8%
	35–49	2,2%	35,9%	37,4%	24,5%
	50–64	0,8%	25,4%	31,3%	42,6%
	65 лет и старше	1,6%	28,0%	35,5%	35,0%
Пол	Женский	7,5%	38,4%	26,4%	27,7%
	Мужской	4,5%	47,5%	31,7%	16,2%
Место жительства	Ереван	7,0%	41,8%	28,5%	22,7%
	Город	6,9%	41,5%	30,8%	20,7%
	Село	4,8%	44,2%	28,1%	22,9%
Образование	Неоконченное среднее	8,0%	41,0%	24,4%	26,6%
	Среднее	5,7%	42,7%	27,9%	23,6%
	Среднее специальное	3,5%	37,3%	33,0%	26,2%
	Неоконченное высшее	8,1%	61,9%	18,0%	12,0%
	Высшее	7,8%	41,1%	32,1%	19,1%
Достаток	I	5,1%	41,7%	30,3%	23,0%
	II	4,7%	41,3%	31,1%	22,9%
	III	8,4%	41,9%	26,9%	22,9%
	IV	9,0%	45,6%	24,7%	20,6%
	V	4,0%	44,1%	30,3%	21,6%
Итого	2016 г.	6,1%	42,7%	28,9%	22,3%
	2012 г.	3,3%	44,6%	29,8%	22,3%

Источник: Обзор оценки эффективности системы здравоохранения в Армении, 2016 г., 2012 г. (9, 13)

- мужчины в меньшей степени осведомлены о факторах риска, чем женщины;
- уровень осведомленности повышается с возрастом; наиболее низкий уровень был выявлен в возрастной группе 15–19 лет.

Очевидно, что в силу большой распространенности заболеваний и патологических состояний среди лиц старшего возраста пожилые люди чаще обращаются за медицинской помощью и, соответственно, получают информацию о факторах риска для здоровья, способных усугубить имеющиеся у них заболевания. Следовательно, очень важно активизировать меры по повышению информированности о факторах риска в соответствующих группах риска, уделив при

этом особое внимание возрастной группе 15–30 лет, для которой все еще характерно хорошее состояние здоровья.

- Как и ожидалось, уровень информированности о факторах риска был более низким среди:
 - лиц с низким уровнем образования;
 - сельского населения;
 - лиц с низким уровнем достатка (нижние квантили).

ТАБЛИЦА 3. ИНФОРМИРОВАННОСТЬ ОБЩЕСТВА О ВРЕДЕ ИЗБЫТОЧНОГО ВЕСА

		Не вредит	Нет	Скорее вредит	Да
Возрастная группа	15–19	0,8%	15,4%	20,4%	63,4%
	20–34	0,0%	13,0%	17,1%	68,0%
	35–49	0,2%	8,9%	14,4%	75,5%
	50–64	0,2%	8,3%	17,1%	73,5%
	65 и старше	0,8%	13,5%	20,2%	64,6%
Пол	Женский	0,3%	7,5%	15,6%	75,6%
	Мужской	0,6%	15,6%	19,0%	63,8%
Место жительства	Ереван	0,3%	7,3%	16,7%	73,7%
	Город	0,7%	11,2%	17,6%	70,6%
	Село	0,2%	14,9%	17,4%	66,5%
Образование	Неоконченное среднее	0,6%	23,1%	22,6%	52,7%
	Среднее	0,5%	13,6%	18,9%	66,0%
	Среднее специальное	0,4%	7,7%	18,1%	72,7%
	Неоконченное высшее	0,2%	10,7%	12,3%	76,8%
	Высшее	0,8%	6,0%	12,5%	79,6%
	Отсутствует	0,0%	25,5%	43,0%	31,5%
Уровень достатка	I	0,6%	12,7%	17,8%	67,9%
	II	0,6%	10,0%	19,2%	70,3%
	III	0,8%	12,0%	18,6%	66,6%
	IV	0,7%	9,7%	14,4%	74,3%
	V	0,7%	11,2%	14,6%	73,5%
Итого	2016 г.	0,5%	11,3%	17,2%	70,1%
	2012 г.	7,1%	5,6%	22,4%	64,9%

Источник: Обзор оценки эффективности системы здравоохранения в Армении 2016 г., 2012 г. (9, 13)

ЗАВИСИМОСТЬ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ОТ ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА (ИМТ)

Оценка общего состояния здоровья и изучение влияния избыточного веса на соответствующие аспекты качества жизни позволяют заключить, что у респондентов с избыточным весом и ожирением показатели почти всех аспектов качества жизни были в 1,8 раза ниже, чем у респондентов с нормальным и низким весом. Избыточный вес и ожирение особенно негативно сказывались на общем состоянии здоровья и физическом функционировании. В таблице 4 рассматривается корреляция между ожирением и избыточным весом и аспектами качества жизни. Согласно представленным в таблице данным, наличие у человека избыточного веса напрямую коррелирует с отрицательным влиянием на соответствующие аспекты состояния его здоровья. Так,

наличие у человека избыточного веса ограничивает его способность заниматься физической активностью и снижает уровень физической энергии.

Соотношение качества жизни и ИМТ наглядно показывает, что чем выше ИМТ, тем ниже показатели соответствующих аспектов качества жизни.

У лиц с пониженной массой тела отмечаются значительно более высокие показатели по всем восьми аспектам качества жизни.

ТАБЛИЦА 4. ВЛИЯНИЕ ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА НА АСПЕКТЫ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ

Индекс массы тела – ИМТ (кг/м ²)		ОСЗ	ФФ	РФФС	ИБ	ПЗ	РФЭС	СФ	ЖА
ИМТ ≤ 18,5	Средний	64,1	85,9	75,6	74,2	63,8	66,8	77,0	65,4
Доверительный интервал по среднему значению 95%		60,5–67,6	81,1–90,8	70,8–80,5	69,2–79,2	59,8–67,8	62,4–71,2	71,8–82,1	60,9–70,0
18,5 ≤ ИМТ ≤ 25,0	Средний	60,2	75,9	73,5	72,6	63,0	68,8	77,2	64,0
Доверительный интервал по среднему значению 95%		58,8–61,5	73,7–78,0	71,7–75,3	70,7–74,5	61,5–64,4	67,2–70,5	75,4–79,0	62,3–65,7
25,0 ≤ ИМТ ≤ 30,0	Средний	53,4	61,6	64,5	63,9	60,0	66,4	70,9	59,2
Доверительный интервал по среднему значению 95%		51,7–55,0	58,6–64,6	62,0–66,9	61,3–66,5	58,2–61,8	64,1–68,6	68,6–73,3	57,1–61,2
ИМТ ≥ 30,0	Средний	46,6	40,5	50,0	51,0	52,1	57,4	63,9	52,4
Доверительный интервал по среднему значению 95%		44,8–48,3	36,9–44,0	47,2–52,8	48,0–54,1	50,0–54,3	54,7–60,0	61,0–66,8	50,1–54,7

Источник: Обзор оценки эффективности системы здравоохранения в Армении, 2016 г. (9)

ВЫВОДЫ

Данные показывают, что, несмотря на высокую информированность общества о вредных последствиях ожирения для здоровья, эта проблема приобрела в Армении характер эпидемии.

Министерству здравоохранения следует рассмотреть вопрос о подготовке плана действий по повышению информированности граждан о здоровом питании и связанных с питанием вопросах. Эта работа может осуществляться посредством кампаний в СМИ, проведения встреч и просветительской работы с населением. В 2016 г. правительство Армении утвердило Стратегию по борьбе с наиболее распространенными НИЗ и план действий на 2016–2020 гг. с целью сокращения бремени НИЗ и улучшения состояния здоровья населения. Эти документы помимо прочего предусматривают:

- реализацию мероприятий, направленных на профилактику и контроль ожирения и избыточного веса, в частности на снижение потребления соли;
- замену трансжиров ненасыщенными жирами;
- осуществление информационных проектов по вопросам питания и физической активности;
- снижение использования моносахаридов, увеличение уровня потребления фруктов и овощей;

- снижение негативного влияния на детей маркетинга продуктов и безалкогольных напитков;
- повышение осведомленности граждан о здоровом рационе питания и физической активности.

Выражение признательности: данное исследование было проведено в рамках Государственной программы по оценке эффективности системы здравоохранения. Методология исследования и опросная анкета были согласованы с экспертами ВОЗ. Рабочая группа по оценке эффективности системы здравоохранения выражает благодарность специалистам Информационно-аналитического центра Национального института здоровья, ГРПЗ и респондентам, принявшим участие в опросе, за их поддержку и вклад в проведение исследования.

Источники финансирования: программа финансировалась за счет средств проекта «Профилактика заболеваний и борьба с ними», осуществляемого ГРПЗ и Всемирным банком. Дополнительная техническая поддержка была предоставлена Национальным институтом здоровья Министерства здравоохранения Республики Армения. Спонсоры не участвовали в разработке структуры исследования, сборе данных, принятии решения о публикации его результатов и подготовке рукописи.

Конфликт интересов: не заявлен.

Ограничение ответственности: авторы несут самостоятельную ответственность за мнения, выраженные в данной публикации, которые необязательно представляют решения или политику Всемирной организации здравоохранения.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Основные показатели Глобальной системы мониторинга неинфекционных заболеваний (НИЗ) ВОЗ. В центре внимания – диабет, целевые ориентиры, 2016 г. Копенгаген: Европейское региональное бюро; 2016 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/319995/main-indicators-GMF-2016-NCD-ru.pdf?ua=1, по состоянию на 12 декабря 2017 г.).
2. Европейская база данных о смертности. Европейский портал информации здравоохранения. ЕРБ ВОЗ (<https://gateway.euro.who.int/ru/datasets/european-mortality-database/>, по состоянию на 15 мая 2017 г.).
3. Статистический ежегодник Армении 2016. Ереван: Национальная статистическая служба республики Армения, 2016. (<http://www.armstat.am/ru/?nid=586&year=2016>, по состоянию на 15 мая 2017 г.).
4. Глобальные факторы риска для здоровья: смертность и бремя болезней, обусловленные некоторыми основными факторами риска. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2015. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44203/8/9789244563878_rus.pdf по состоянию на 12 декабря 2017 г.).
5. Puska P, Vartiainen E, Laatikainen T, Jousilahti P, Paavola M. The North Karelia Project: From North Korea to National Action. Helsinki: National Institute for Health and Welfare; 2011 (https://www.thl.fi/documents/189940/1496849/north_karelia_project.pdf/bb7ba7aa-1dc2-4319-90b9-d2c3ddc10d5e, accessed 15 May 2017).
6. Доклад о ситуации в области неинфекционных заболеваний в мире 2014 г. «Достижение девяти глобальных целей по НИЗ: общая ответственность». Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2014 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/6/WHO_NMH_NVI_15.1_rus.pdf?ua=1, по состоянию на 12 декабря 2017 г.).
7. Lim SS, Vos T, Flaxman AD, Danaei G, Shibuya K, Adair-Rohani H et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2012 Dec 15;380(9859):2224-60. doi: 10.1016/S0140-6736(12)61766-8. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23245609>, accessed 15 May 2017).
8. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation. Geneva: World Health Organization; 2000 (WHO Technical Report Series, No. 894; http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_894/en/, accessed 15 May 2017).
9. Armenian Health System Performance Assessment 2016. National Report. Yerevan: National Institute of Health, Ministry of Health of Republic of Armenia; 2016 (http://nih.am/uploads/files/hspa_eng_2016.pdf, accessed 15 May 2017).
10. Armenian Health System Performance Assessment 2015. National Report. Yerevan: National Institute of Health, Ministry of Health of Republic of Armenia; 2015 (http://nih.am/uploads/files/hspa_eng_2015.pdf, accessed 15 May 2017).
11. Armenian Health System Performance Assessment 2014. National Report. Yerevan: National Institute of Health, Ministry of Health of Republic of Armenia; 2014 (http://nih.am/uploads/files/hspa_eng_2014.pdf, accessed 15 May 2017).
12. Armenian Health System Performance Assessment 2013. National Report. Yerevan: National Institute of Health, Ministry of Health of Republic of Armenia; 2013 (http://nih.am/uploads/files/hspa_eng_2013.pdf, accessed 15 May 2017).
13. Armenian Health System Performance Assessment 2012. National Report. Yerevan: National Institute of Health, Ministry of Health of Republic of Armenia; 2012 (http://nih.am/uploads/files/hspa_eng_2012.pdf, accessed 15 May 2017).
14. Armenian Health System Performance Assessment 2009. National Report. Copenhagen: WHO; 2009 (http://www.un.am/up/library/Armenia%20Health%20System%20Performance%20Assessment_eng.pdf, accessed 15 May 2017).
15. Ministry of Health of Republic of Armenia, World Bank, World Health Organization, United States Agency of International Development and International Consultants, 2007. Armenian Health System Performance Assessment 2007. Yerevan: National Report. Ministry of Health of Republic of Armenia; 2007 (http://nih.am/uploads/files/hspa_eng_2007.pdf, accessed 15 May 2017).
16. Ware John E., Kosinski M, Keller S.D. SF-12: How to Score the SF-12 Physical and Mental Health Summary Scales. Boston (Second Edition): The Health Institute of New England Medical Center; 1995 (<https://www.researchgate.net/publication/242636950>, accessed 15 May 2017). ■