

ҚОЖА АХМЕТ ЯСАУИ АТЫНДАҒЫ ХАЛЫҚАРАЛЫҚ ҚАЗАҚ-ТҮРІК
УНИВЕРСИТЕТІ
Медицина факультеті

Қолжазба құқығында

Берік Айша Берікқызы

ҚР ХАЛЫҚ ДЕНСАУЛЫҒЫНЫҢ ДЕТЕРМИНАНТТАРЫ

«М140-Қоғамдық денсаулық сақтау»

«7М10144 – Қоғамдық денсаулық сақтау»

білім беру бағдарламасы бойынша
денсаулық сақтау ғылымдарының
магистрі академиялық дәрежесін алу үшін магистрлік диссертация

Ғылыми жетекшісі,

м.ғ.д., профессор _____ В.Ш. Атарбаева

Ғылыми жетекшісі,

PhD, доцент аға оқытушы Б.Ә. Омарова Б.Ә. Омарова

Магистрлік диссертация қорғауға жіберілді: «26» 05 2021 ж.

Факультет деканы

И.С. Молдалиев И.С. Молдалиев

Түркістан, 2021 ж.

Мазмұны

Кіріспе	3
1-тарау. Әдебиетке шолу	8
1.1 Денсаулықтың әлеуметтік детерминистік тәуекелдерін зерттеудің әдіснамалық негіздері	8
1.2 Денсаулыққа әлеуметтік анықталған қауіптер	27
2- тарау. Материалдар мен зерттеу әдістері	40
3-тарау. Басқа елдермен салыстырғанда Қазақстан халқының өмір сүру сапасы	42
3.1 Халықты аумақтық бөлу және халық құрылымы	52
3.2 Білім беруге байланысты туу деңгейін саралау. Репродуктивті жоспарлар. Туудың этникалық айырмашылықтары. Репродуктивті денсаулықтың ұлттық көрсеткіштері	63
3.3 Репродуктивті денсаулықтың маңызды сипаттамасы-таралуы. Жүктілік пен босануды қиындататын аурулар. Халықтың өмір сүру деңгейі	67
4-тарау. Демографиялық болжам	81
4.1 Қазақстан Республикасының демографиялық даму болжамы	81
Түйіндеме	89
Қорытынды	90
Тәжірибелік ұсыныстар	93
Әдебиеттер тізімі	94
Қосымша	112

Кіріспе

Зерттеудің өзектілігі.

ҚР Тұңғыш Президенті Н.Ә.Назарбаевтың "Қазақстандықтардың әл-ауқатының өсуі: табыс пен тұрмыс сапасын арттыру" атты Қазақстан халқына Жолдауында - біздің басты басымдығымыз қазақстандықтардың әл-ауқатының өсуі болуы тиіс, атап айтқанда: халық табысының өсуі, өмір сүру сапасын арттыру, өмір сүруге жайлы орта құру, қоғам өмірінің жоғары стандарттарына қол жеткізудің негізі болып табылатынын ерекше атап өткен болатын.

Халықтың лайықты өмір сүру деңгейі мен сапалы өмір сүруін қамтамасыз ету үшін қажетті жағдайлар жасау кез келген мемлекеттің басты міндеті болып табылады. Халықтың әл-ауқаты, денсаулық жағдайының деңгейі және адам дамуының деңгейі сияқты аспектілер халықтың тұрмыс деңгейінің кешенді көрсеткіші ретінде көрсетеді. Әлемнің көптеген елдері әртүрлі саясат жүргізіп, реформаларды жүзеге асырып, түрлі өзгерістерді жүзеге асыруда. Олар азаматтардың әл-ауқатының деңгейін арттыруға тырысады. Осылайша қоғамдағы әлеуметтік, экономикалық және саяси тұрақтылықты қамтамасыз етеді.

ҚР үкіметінің қазіргі уақытта іске асырылып жатқан саясаты әлеуметтік бағытқа ие. Ол өмірдің сапалы көрсеткіштеріне қол жеткізуге бағытталған. Мемлекеттік және үкіметтік даму бағдарламаларының басым бағыты болып Қазақстан азаматтарының әл-ауқатын арттыру болып қала береді. Осы бағдарламаларды іске асыру оң нәтижелер беруде. Әлеуметтік әділдікті және халықты әлеуметтік қорғауды қамтамасыз етеді. Мәселен, соңғы жылдары ең төменгі күнкөріс деңгейінен төмен тұратын халық үлесінің қысқаруы мен елдегі жұмыссыздық деңгейінің төмендеуі маңызды өзгеріс болды. Номиналды жалақының өсуі мен оның экономиканың барлық салаларында өсуі материалдық әл-ауқаттың жақсарғанын азаматтардың материалдық әл-ауқатын бағалауға оң әсер етті. Елде байқалған экономикалық өсуге қарамастан соңғы жылдары, халықтың тұтынушылық мінез-құлқына әсер ететін халықтың нақты кірістерінің төмендеуі үрдісі анықталды. Сатып алу қабілетінің төмендеуі қазақстандықтардың белсенді тұтыну моделінен үнемдеу тәртібіне көшуін айқындады. Бүгінгі таңда қаражаттың көп бөлігі азық-түлік тауарларын сатып алу мен коммуналды қызметтерді төлеуге жұмсалады. Бұл өмір сапасының жоғары жеткіліксіз деңгейін көрсетеді. Көбінесе нақты табыстың төмендеуі, мемлекеттік шаралар арқылы ең төменгі жалақыны және бюджет секторындағы еңбекақы деңгейін арттырумен және әлеуметтік қамсыздандыру мен халыққа әлеуметтік көмек көрсетуге арналған мемлекеттік шығыстардың ұлғаюымен

өтеледі. Халықты әлеуметтік қорғау және қолдау жүйесін жаңғырту, институционалдық қайта құрулар, әлеуметтік әділеттілікке қол жеткізуді қамтамасыз етуге және әлеуметтік теңсіздік пен қоғамның жіктелуін болдырмауға ықпал етеді. Қазақстан Республикасының дамуының басым бағыты халықтың өмір сүру деңгейін арттыру болып табылады. Адам өмірінің әлеуметтік жағдайлары мен денсаулығы бір-бірімен жеке популяция деңгейінде делдал болып, анықталмайтын байланысқа ие. Қоғам дамуының табыстылығының маңызды көрсеткіші: тұрақтылықтың белгісі бола отырып, халықтың денсаулығы басқару шешімдерінің тиімділігі мен барлық салаларда жүргізіліп жатқан саясаттың дәлелі болып табылады. Бұл ретте елдің, өңірдің тұрақты үдемелі дамуының кепілі қоғамдық денсаулықтың жоғары деңгейі. Ол адами әлеуетті жинақтаудың негізгі шарты болып табылады. Осыған байланысты өлім-жітімді, сырқаттанушылық пен халықтың өмір сүру ұзақтығын қалыптастырудың әлеуметтік мәні мен әлеуметтік тетіктері жаһандық, өңірлік деңгейлерде медициналық-демографиялық ахуалды талдау кезінде бірінші орынға шығады. Денсаулықтың әлеуметтік детерминанттарын құрайтын күнделікті өмірдің құрылымдық факторлары мен жағдайлары Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы (ДДСҰ) сарапшыларының пікірінше аурудың жаһандық ауыртпалығы мен алдын алуға болатын өлімнің көп бөлігіне жауап береді [134]. Демографиялық саясат пен халықты сақтау саясатының мақсаты ретінде өлім-жітімді азайтуды және халықтың күтілетін өмір сүру ұзақтығын арттыруды ҚР стратегиялық құжаттары мәлімдейді [111; 112]. Бұл мақсаттарға ең алдымен, мақсатты басқарушылық әсер ету арқылы денсаулықтың негізгі детерминанттарына қол жеткізуге болады. Денсаулыққа қауіп факторларының ғылыми негізділігі ретінде басқару объектілерін азайту шараларының тиімділігін қамтамасыз етеді. Денсаулықтың әлеуметтік детерминанттарына зерттеу фокусын шоғырландыру бұл ретте, аурулардың тікелей себептерін талдаудан "себептен себепке", жеке қауіп факторларын қалыптастырудың әлеуметтік мәнмәтіндеріне немесе микро - (шағын топтарға), сондай-ақ макро деңгейге де әсер ететін "тәуекелден тәуекелге" (В. Link, Jo Phelan) [241] қағидаттары түрінде болжайды. Стратификация , жұмыссыздық деңгейі, қол жетімділік (әлеуметтік медициналық көмек, спорт және рекреация институттарының тиімділігі және т. б.). 1970 жылдардан бастап медицинадағы фактордың алдыңғы зиянды әсерлері мен денсаулық жағдайының өзгеруі арасындағы байланысты орнату мәселесін шешу үшін қауіпті талдау әдістемесі белсенді қолданылады. 1978 жылы ДДҰ өзінің ұсыныстарында "тәуекел" ұғымын қолданды [14]. Әдістеме негізінде жағымсыз салдардың ықтималдығы мен

ауырлығын ескеруге, басымдықтарды белгілей отырып тәуекелдерді құрылымдауға, медициналық-демографиялық шығындарды болжауға және т.б. мүмкіндік береді [196]. Сонымен қатар, эвристикалық құндылығына қарамастан, қауіп категориясы мен әлеуметтік ғылымдар аясында адам денсаулығы мәселелерін талдауға қатысты өте аз қолданылады. Іс жүзінде денсаулық туралы әлеуметтік-гуманитарлық дискурстан шығарылады. Әлеуметтік факторлардың адам денсаулығына әсер етуімен байланысты тәуекелдер медициналық-әлеуметтік немесе санитариялық-эпидемиологиялық зерттеулер шеңберінде де іс жүзінде талданбайды. Қазіргі әлемдегі әлеуметтік детерминанттардың халықтың өлім-жітімі, адам денсаулығының полидетерминизмі, қолданыстағы факторлардың алуан түрлілігі, мүгедектігі мен аурушандығы көрсеткіштеріне елеулі үлесі әлеуметтік факторлардың әсеріне байланысты тәуекелді бағалаудың әдістері мен өлшемшарттарын әзірлеу қажеттілігін туындатады. Бұл макроәлеуметтік детерминанттардың әсерінен болатын қауіптердің сипаттамасы тәрізді аз қамтылған тақырып. Денсаулыққа әсер ететін әлеуметтік анықталған тәуекелдердің тұтас тұжырымдамасын құру қажеттілігі, әлеуметтік пен мінез-құлық факторларының адам денсаулығына әсерін реттеу үшін басқарушылық шешімдерді негіздеу мен таңдаудың тиімді әдістерін жасау қажеттілігімен байланысты. Шын мәнінде, әлеуметтік детерментті тәуекелдерді талдау әдістемесі азаматтардың денсаулығын сақтау мен нығайту саласындағы саясатты қамтамасыз ететін пәрменді құрал болуға тиіс. Әлеуметтік топтардың әр түрлі денсаулыққа қауіп-қатерді қабылдау ерекшеліктерін қалыптастыру тетіктерін түсінуде айқындық болған кезде, эмпирикалық зерттеу әдістемесіне ие болған жағдайда ғана денсаулық саласында ел мен аймақ деңгейінде және аумақ деңгейінде немесе жеке ұйым деңгейінде сәтті қауіп-қатер байланысын құруға болады. Тәуекел ұғымын денсаулықтың әлеуметтанулық теориясына біріктірудің маңыздылығы қазіргі қоғамның трансформациялық үрдістерімен байланысты. Ол кезде тәуекел оның дамуының әлеуметтік-мәдени негізіне айналады. Ғылыми-техникалық үрдіске байланысты әлеуметтік шындықтың жоғары динамикасы, қауіптің жаңа контекстері мен жағдайларын тудырады. Адамның осалдығын, оның ішінде денсаулықты (әлеуметтік, психикалық немесе соматикалық) арттырады. Диссертация тақырыбының өзектілігі халықтың денсаулығын сақтау мен нығайтуға, денсаулыққа қауіп-қатер деңгейін төмендетуге бағытталған іс-шаралар мен әлеуметтік-саяси, әлеуметтік-экономикалық және әлеуметтік-мәдени жоспардың белгілі бір жағдайларын жүзеге асыруда ғана тиімді болатындығын түсінудің маңыздылығымен анықталады

Зерттеудің мақсаты: халықтың денсаулығына әлеуметтік анықталған қауіптерді талдау тұжырымдамасын теориялық негіздеу мен оны әдістемелік қолдау және оны тәжірибе жүзінде іске асыру мүмкіндіктерін ашу болып табылады. Халық пен аймақтың экономикалық даму деңгейінің халықтың өмір сүру сапасымен байланысын талдау. Халықтың өмір сүру деңгейі мен сапасын бағалау.

Зерттеу міндеттері:

- Денсаулықтың әлеуметтік детерминанттары туралы ғылыми білімді жүйелеу, әртүрлі деңгейдегі әлеуметтік қауіп факторлары мен орнықтылықты басқару теориясы мен тәжірибесін қорыту;
- "Өмір сүру сапасы" ұғымының мазмұны мен әл-ауқат, өмір салты, өмір сүру деңгейі, өмір сүру жағдайлары ұғымдарының арақатынасын зерттеу;
- Статистикалық деректер бойынша ҚР демографиялық көрсеткіштеріне халық денсаулығының жүзден біріне талдау жасау;
- Денсаулыққа әлеуметтік анықталған тәуекелдерді талдауға жүйелі тәсіл қолдану қажеттілігін негіздеу;

Диссертациялық зерттеудің объектісі.

Қазақстан Республикасы халқының өмір сүру сапасының деңгейі мен жеке, қоғамдық денсаулықты қалыптастырудың әлеуметтік тетіктері болып табылады.

Зерттеу пәні.

Осы жұмыстағы зерттеу пәні Қазақстан халқының өмір сүру деңгейі мен сапасының сандық сипаттамасы. Әртүрлі факторлардың халықтың шығыстарына мен басқа көрсеткіштеріне әсер ету дәрежесін анықтау фактілері болып табылады. ҚР халқының денсаулығына әлеуметтік детерминистік тәуекелдерді анықтау.

Зерттеудің ғылыми жаңалығы.

Экономикалық дамудың өзара байланыс жүйесінің ел мен өңір халқының өмір сүру сапасы мен деңгейіне әсеріне баға беру жоспарлануда; Жүйелі талдау негізінде халықтың өмір сүру сапасының көрсеткіштері жүйесін құрудың әдіснамалық тәсілдерін әзірлеу.

Зерттеудің теориялық маңыздылығы.

Өмір сапасын жақсартудың және өмірге қанағаттанудың негізгі параметрлерін анықтаудан тұрады. Жәнеде өмір сапасының объективті және субъективті критерийлері арасындағы байланыс дәрежесі, өмір сапасының критерийлерінің маңыздылығы мен қанағаттануын бағалаудың ұсынылған әдістемесі анықталған

Жұмыстың практикалық маңыздылығы.

Ол нәтижелерді алу болып табылады. Соның негізінде өмір сүру сапасын жақсарту шараларын, әр түрлі деңгейлерде өмір сүру сапасының критерийлерін, жеке бағалауды ескере отырып реттеуге болады.

Зерттеу гипотезасы.

Тығыз дуальді байланысы әлеуметтік орта мен халық денсаулығының өзара байланыстылығы мен өзара шарттылығында көрсетілген. Бір жағынан, халық денсаулығының сапасы қоғамның даму деңгейінің, жүргізіліп жатқан әлеуметтік және экономикалық саясаттың тиімділігінің негізгі көрсеткіштерінің бірі болып табылады. Екінші жағынан, халықтың денсаулығы мемлекеттің маңызды ресурсы. Ал оның жоғалуы мемлекеттік органдардың әлеуметтік-саяси және экономикалық саясатының мазмұны мен өзгеруіне әсер ететін ел қауіпсіздігі үшін зиян келтіретін фактор болып табылады. Ғылыми-техникалық прогрестің шығындарымен байланысты әлеуметтік шындықтың жоғары динамикасы қауіптің жаңа контекстері мен жағдайларын туғызады. Адамның осалдығын, оның ішінде әлеуметтік, психикалық немесе соматикалық денсаулықты арттырады. Қазіргі әлемде адам денсаулығының полидетерминизмі халықтың өлім-жітімі, мүгедектігі мен аурушаңдығы көрсеткіштеріне әлеуметтік факторлар елеулі үлес қосатынын куәландырады. Бұл әлеуметтік талдауды, халық денсаулығына өсіп келе жатқан әлеуметтік детерминирленген және біріктірілген тәуекелдерді бағалау өлшемшарттары мен алгоритмдерін әзірлеуді талап етеді. Халық денсаулығы үшін тәуекел факторларын бағалаудағы жүйелі көзқарас, негізінде тәуекелдерді басқарудың тұжырымдамалық моделін құру мен оларды барынша азайту жөніндегі шаралардың тиімділігін қамтамасыз етеді.

Диссертациялық жұмыстың көлемі мен құрылымы:

Диссертацияның жалпы көлемі – 117бет, компьютерлік мәтінмен терілген (Microsoft Word, TimesNewRoman, size 14), ғылыми жұмыс кіріспеден, әдебиеттік шолудан, зерттеу жұмысының материалдары мен әдістемелерінен, жеке зерттеу нәтижелерінен, қорытындыдан және қолданылған әдебиеттер тізімінен тұрады.

Жұмыс көрнекіліктері: 7 кесте, 21 суреттен тұрады. Әдебиеттер тізімі – 265 шетелдік және отандық әдебиеттер көзін құрады.

1-тарау. Әдебиетке шолу

1.1 Денсаулықтың әлеуметтік детерминистік тәуекелдерін зерттеудің әдіснамалық негіздері

2005 жылы Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы адам денсаулығының әлеуметтік детерминизмін зерттеудің негізгі тәсілдерін концептуализациялау мен денсаулықтың әлеуметтік детерминанттары бойынша комиссия құрды. Оның басты міндеті әртүрлі әлеуметтік топтар арасында денсаулықты шынайы бөлуге қол жеткізу. Денсаулық сақтаудағы әділдікті арттыру бойынша жаһандық ұйымдар, үкіметтер, азаматтық қоғам қызметінің басым бағыттарын айқындау болды. 2007 жылы Британ ұлттық денсаулық сақтау және клиникалық жетілдіру институтының (NICE) және Чили даму университетінің (Universidad del Desarrollo) мамандарымен бірлесіп дайындалған қорытынды баяндамада әлеуметтік детерминанттардың адам денсаулығына әсер ету ерекшеліктері мен тетіктері "ғылыми зерттеу мүдделерінің ауқымды саласы" болып табылатындығын көрсеткен еді [14]. Әлеуметтік детерминанттардың популяция мен жеке денсаулыққа әсерін ғылыми зерттеу тарихы шынымен де маңызды. Неміс профессоры К. Винтердің көзқарасы кеңінен қолданысқа ие болды. Оған сәйкес әлеуметтік факторлардың, ауру мен өлімге әсерін пәнаралық ғылыми түсіндірулердің алғашқы әрекеттері XIX ғасырдың ортасында–соңында жасала бастады. Guerin ғылыми айналымға "әлеуметтік медицина" ұғымын енгізе отырып, осы пән ретінде "халықтың физикалық және психикалық жай-күйі мен заңнаманың, сондай-ақ басқа да әлеуметтік институттардың байланысын, әлеуметтік факторлар мен денсаулық және ауру арасындағы байланысты және денсаулықты нығайту мен аурулардың алдын алу шаралары" деп анықтады [15]. Өмірдің әлеуметтік жағдайларын, әлеуметтік орта мен аурудың, мезгілсіз өлімнің негізгі себептері ретінде түсіну адам денсаулығының қалыптасуының 1-ші әлеуметтік факторлары ретінде ғылыми зерттеудің қалыптасу үрдісінің негізгі кезеңдерін ашатын параграф материалдарымен сипатталады. Автор "Денсаулық әлеуметтануы" оқулығында ішінара жарияланған (С.С. Гордеевамен бірге дайындалған) [16]. Әлеуметтік гигиеналық жұмыстар үшін R. Virchow [17], суицидтің әлеуметтік табиғаты туралы түсінік E. Durkheim [18], әлеуметтік эпидемиологиялық зерттеулер J. Cassel [19], әлеуметтік аурулар теориясы Н. Семашко [20]. XVIII ғасырдың аяғынан XX ғасырдың екінші жартысына дейін өлім-жітімді азайту Ұлыбритания халқының санын арттырудағы басым рөл Британдық профессор Т. McKeown жұмыстарында денсаулықтың әлеуметтік парадигмасының қалыптасуы негізінен халықтың әл-ауқатының

деңгейімен тұрмыс жағдайлары мен тамақтану сапасына байланысты екені дәлелденген. және [21]. Азаматтардың денсаулығын қалыптастырудағы медицина институттарының қайталама рөліне назар аудара отырып, Т. McKeown денсаулық пен аурудың негізгі детерминанттары сыртқы әлеуметтік факторлар мен адамның жеке мінез-құлқы болып табылады деп сендірді. М. Marmot және G. Rose еңбектерінде Ұлыбританияда басталған мемлекеттік қызметшілер арасындағы жүрек-қан тамырлары аурулары мен өлім-жітімді ("the Whitehall Study" деп аталатын) ұзақ мерзімді зерттеу әлеуметтік детерминизм теориясының дамуына айтарлықтай үлес қосты. Зерттеу нәтижелері денсаулықтың қалыптасуының негізгі факторы ретінде әлеуметтік жағдайдың ("grade") жататындығын негіздеуге мүмкіндік берді. Өйткені мінез-құлықтық қауіп факторларының (шылым шегу, тамақтану тәртібінің бұзылуы, алкогольді тұтыну және т.б.) әсер ету деңгейі бірдей болса да, төменгі әлеуметтік жағдай өкілдері арасында жүрек-қан тамырлары ауруларынан жоғары әлеуметтік страталардың қызметкерлеріне қарағанда өлім қаупі жоғары болды [22]. Бүгінгі таңда әлеуметтік ортаның адам денсаулығына әсер ету мәселелері әлеуметтік гигиена, әлеуметтік эпидемиология, Денсаулық әлеуметтануы және медицина аясында көтерілуде. Тақырыптың пәнаралық дәлелі әртүрлі саладағы басылымдарда көрсетілген мәселелер бойынша жарияланымдардың болуы. Қазіргі ғылыми-зерттеу және нормативтік-құқықтық салада әлеуметтік детерминанттардың адам денсаулығына әсерін талдауға байланысты бірнеше негізгі мәселелерді бөліп көрсетуге болады. Бірінші мәселе: шартты түрде "маңызды" деп атаймыз, "денсаулықтың әлеуметтік детерминанттары" және "денсаулықты қалыптастырудың әлеуметтік факторлары" ұғымдарының мазмұны мен сондай-ақ әлеуметтік детерминанттардың (факторлардың) халық денсаулығына әсер ету механизміне қатысты.

ДДҰ құжаттарында денсаулықтың әлеуметтік детерминанттары адамдардың дүниеге келуі, өсуі, өмір сүруі, жұмыс істеуі және қартаюы үшін күнделікті өмір сүру жағдайлары ретінде анықталады [23,24,25]. Бұл жағдайлар экономикалық тетіктер, биліктің бөлінуі, гендерлік теңдік дәрежесі, жүргізіліп жатқан саясаттың негіздері мен қоғамдық құндылықтар сияқты құрылымдық факторлардың әсерінен қалыптасады. 1979 жылдан бастап бұл тәсіл Денсаулық сақтау министрлігі " салауатты әлеуметтік қызметтер (NHS)" әзірлеген АҚШ – тың ұлттық бағдарламасының құжаттарында көрніс көріп отыр. Алғашқы "әлеуметтік", физикалық және "адамдар туылған, өмір сүретін, жұмыс істейтін және қартайатын экономикалық орта" деп түсіндіріледі» [26]. Денсаулықтың әлеуметтік детерминанттары, әлеуметтік детерминанттар ұғымына енеді. Бірақ оны

қалжамайды деген түсінік беріледі. Денсаулық детерминанттары сонымен қатар әлеуметтік және мәдени институттарды, жеке және ұжымдық мінез-құлық заңдылықтарын, әлеуметтік көзқарастар мен құндылықтарды, әлеуметтік топтар мен әлеуметтік қатынастарды қамтитын әлеуметтік ортаны қамтиды. Әлеуметтік детерминанттар мен әлеуметтік орта тек бір-бірімен ғана емес, сонымен бірге табиғи ортаны да, жасанды ортаны да (ғимараттар мен құрылыстар, көлік инфрақұрылымы және т.б.) қамтитын физикалық орта деп аталады. 1980 жылдың тамызында Ұлыбританияның денсаулық және әлеуметтік қауіпсіздік департаменті (DHSS) "the Black Report" [27,28,29] деген атпен белгілі денсаулықтың теңсіздігі мәселелері жөніндегі жұмыс тобының баяндамасын жариялаған болатын. Баяндаманың негізгі тұжырымдары: әлеуметтік детерминанттардың қоғамдық денсаулыққа әсері туралы болды. Әлеуметтік детерминанттар адамның жеке денсаулығына қатысты мінез-құлық стратегиясын жеке таңдауда көрінетін мінез-құлық факторларының екі түрі мен адамның өмір сүру жағдайларын көрсететін мінез-құлық факторларының ерекшеліктеріне үлкен әсер ететін әлеуметтік-экономикалық факторларды түсіндіреді. Әлеуметтік детерминанттардың қосарлы табиғаты олардың халық денсаулығына әсер ету механизмін түсіндіруде қолданыстағы полипарадигмалдылықты анықтайды. Онда мәдени екі іргелі көзқарасты ажыратуға болады, яғни, (бихевиористік) және материалистік (құрылымдық-функционалды) [30,31,32]. Осы тәсілдер аясында әлеуметтік факторлардың әсерінен денсаулық жағдайындағы айырмашылықтарды әр түрлі түсіндіретін теориялардың кем дегенде төрт тобы құрылды. Құрылымдық-функционалды теориялар тұрғысынан табысқа қатысты теңсіздік сыртқы ортаның қажуға қарсы тұруы үшін жеткілікті ресурстары жоқ қоғамда қолайсыз топтардың пайда болуына әкеледі. Бұл аталған әлеуметтік топтар мен жалпы қоғамда денсаулық жағдайының нашарлауына әкеледі [33,34,35]. Психосоциалдық теорияларға сәйкес денсаулықтың төменгі деңгейі адамның нейроэндокренді жүйесінің қоғамдағы төмен әлеуметтік мәртебе мен дискриминациядан туындаған нақты реакциямен байланысты [36,37,38]. Әлеуметтік өзара әрекеттесуге, қажуға, оның әсерінен болатын және психосоциалдық ресурстарды жинақтауды қажет ететін адамдарға, эндогендік биологиялық жауаптарға зерттеушілердің назары ауған еді [39,40,41,42]. Жетекші рөлді денсаулықтың әлеуметтік өндірісінің теориялары (кейде "денсаулықты саяси үнемдеу" деп аталады) атқарады [43,44,45,46]. Белгілі бір әлеуметтік топтарда денсаулықтың теріс көрсеткіштерін қалыптастырудағы капиталистік экономикалық жүйе. Өйткені капитализмнің басымдығы болып табылатын билік пен материалдық игіліктер, бедел мен әл-ауқатты жинақтау

теңсіздіктері оның ішінде денсаулыққа қатысты ғана мүмкін болады. Сонымен, психоәлеуметтік тәсіл мен денсаулықтың әлеуметтік өндірісі теориясының элементтерін біріктіретін экоәлеуметтік теориялар назарын әлеуметтік және физикалық ортаның адам биологиясымен өзара әрекеттесуіне және сәйкесінше жеке адамдар сыртқы ортаның әртүрлі элементтерін өмір сүру салты мен стилінде қалай бейнелейтініне аударады [47,48,49,50]. Соңғысы неовебериандық тәсілге және ұжымдық өмір сүру салты теориясына негізделген. Жеке өмір сүру салтын таңдау өмір сүру мүмкіндіктерімен адам әлеуметтеніп, өмір сүретін ортамен анықталады деп айтуға мүмкіндік береді [51,52,53,54]. Денсаулықтың қалыптасуын түсіндіруге экоәлеуметтік көзқарас өкілдерінің алдына қоятын негізгі мәселе – денсаулық саласындағы әлеуметтік теңсіздіктің барлық заңдылықтары мен олардың болашақтағы өзгерістерін кім және не анықтайтынында. Әлеуметтік детерминанттардың халық денсаулығына әсер ету механизмін түсіндіру үшін мінез-құлық пен құрылымдық-функционалды тәсілдерді біріктіру әрекетін Е. Brunner және М. Marmot жасады [55,56,57]. Авторлардың пікірінше, әлеуметтік құрылым (яғни денсаулықты қалыптастырудың макроәлеуметтік факторлары) халықтың әл – ауқатына, ауру мен өлімге үш жолмен әсер етуі мүмкін - "материалдық", "психоәлеуметтік" және "мінез-құлық". Әлеуметтік құрылым материалдық факторларды (мысалы, өмір сүру жағдайларын) анықтайды, бұл өз кезегінде денсаулық жағдайын анықтайды. Сонымен қатар, әлеуметтік құрылым жұмыспен қамтуды (жұмысқа орналастыруды) және оның ерекшеліктерін анықтайды. Тұрмыс (тұрғын үй) ерекшеліктері мен еңбек қауіпсіздігі. Сонымен қатар, Канададағы эмпирикалық зерттеулердің деректерін талдау негізінде автор аталған факторлардың физикалық белсенділіктен, әсіресе диетадан, алкоголь мен шылымнан гөрі халықтың денсаулығына әсерінің маңыздылығын дәлелдейді [58,59,60,61]. Әлеуметтік гигиена және қоғамдық денсаулық саласындағы танымал отандық маман Ю. Лисицын денсаулық пен аурулар әлеуметтік жағдайлар мен әлеуметтік факторлар арқылы делдал болады деп мәлімдей отырып, денсаулық сақтау қызметтері мен өмір сүру салтын осындай деп санайды. Ал өмір сүру салты адам денсаулығына пайыздық әсер ететін ең маңызды факторға сүйенеді.

Ю. Лисицын өмір сүру салтының факторын: адамның өндірістік, қоғамдық-саяси, еңбексіз және медициналық белсенділігі ретінде көрсетеді [62,63,64,65,66]. Халық денсаулығының әлеуметтік детерминанттарын зерттеу кезінде оларды үш санатқа топтастырды: әлеуметтік құрылымдық, әлеуметтік-психологиялық, мінез-құлық [67,68,69,70]. Әлеуметтік құрылымдық детерминанттардың арасында- жынысы, жасы, білімі,

материалдық жағдайы, отбасылық жағдайы, отбасында балалардың болуымен ерекшеленеді. Әлеуметтік психологиялық факторлар тобына-өмірдегі қажу жағдайлары, әртүрлі өмір сүру жағдайлармен байланысты созылмалы қажулар, жеке психологиялық ресурстар кіреді. Мінез-құлық факторларының қатарына: профилактикалық физикалық белсенділік, шылым шегу, алкогольді тұтыну, дұрыс тамақтану жатады. Денсаулықтың әлеуметтік детерминанттарын қарастыратын бірқатар авторлар жалпы тұжырымдаманы қолданбай, олардың жеке түрлерін атап өтеді. И.Журавлева денсаулықты қалыптастыратын барлық факторларды мінез-құлық, әлеуметтік-экономикалық, әлеуметтік-демографиялық, генетикалық, экологиялық және денсаулық сақтау жүйесіне жинақтайды [71]. Мінез-құлық факторы денсаулық факторларының барлық негізгі топтарының әрекетін делдалдайды. Көптеген жұмыстарда, соның ішінде отандық жұмыстарда, бұл детерминанттарды әлеуметтік-экономикалық деп атай отырып, денсаулықтың әлеуметтік детерминанттарының құрылымын қарастырады.

О. Лислицына халықтың денсаулығын қалыптастыратын әлеуметтік-экономикалық факторлар туралы айтқанда, оған мыналардың әсерін қараастырған: кедейшілік, ерте балалық шақтағы әлеуметтік-экономикалық жағдайлар, тұрғын үй жағдайлары, жұмыссыздық, жұмыс жағдайлары, әлеуметтік капитал (отбасы, достары, көршілері – "әлеуметтік желілер"), өмір сүру салты (тамақтану, зиянды әдеттер, қозғалыс белсенділігі) [72].

Б. Прохоров монографиясында денсаулықтың әлеуметтік-экономикалық детерминанттары қатарына тұрғын үй-тұрмыстық жағдайлар, аумақтың урбанизация дәрежесі, рекреациялық ресурстардың сапасы, жаман әдеттер, халықтың кірістерінің мөлшері, халықтың мұқтаж топтарына әлеуметтік көмектің дамуы, лайықты жұмыстың болуы немесе болмауы, білімнің қол жетімділігі мен сапасы, тіршілік ету ортасындағы ақпараттық өрістің шиеленісі, отбасы мен мораль мәселелері, көші-қон ұтқырлығы, әртүрлі табиғи, әлеуметтік, этникалық, діни ерекшеліктері бар аймақтардағы өмір сүру салтының ерекшеліктерін кіргізген [73,74,75,76,77]. И. Назарова жұмыспен қамтылған халықтың денсаулығына әсер ететін факторлар туралы айта отырып, демографиялық сипаттамалармен қатар жасын (жынысын, ұлтын, тұрғылықты жерін) әлеуметтік-экономикалық факторларды – өмір сүру деңгейін, білімін, өзін-өзі сақтау, мінез-құлықтың стилі мен өмір салтын анықтады [78,79,80,81,82,83].

Бірінші мәселе – «пәндік» жалпы қоғам деңгейінде оның нақты ішкі жүйелерінде жеке тұлға деңгейінде көрінетін жеке әлеуметтік детерминанттардың байланыс сипатын, демек, мінез-құлықты, өмір сүру салты мен жағдайларын және денсаулық жауаптарын өзектендіреді. Бұл

жерде Н. Brenner-дің 1939-1976 жылдардағы Англия мен Уэльс тұрғындарының өлім – жітіміне жұмыссыздықтың әсерін талдайтын жұмыстары мысал бола алады. Автор жұмыссыздықтың 1% – ға артуы судицидтердің 4,1% - ға, жүрек-қан тамырлары ауруларынан, бауыр циррозынан және қажуға байланысты бұзылулардан (stress-related disorders) 1,9% - ға, психиатриялық ауруханалар - әйелдер арасында 2,3% - ға және ерлер арасында 4,3% - ға өсуіне әкелетінін дәлелдейді [84,85,86,87,88,89]. Н. Brenner гипотезасы, мысалы, S. Lee және M. Ossama еңбектерінде Канада мысалында жұмыссыздық пен өлім-жітімнің өсуіне қосқан үлесі туралы тұжырымдар расталды (өлім-жітімнің өзгеруіне жұмыссыздықтың үлесі 8-ден 16% - ға дейін бағаланады) [90,91]. Сонымен қатар кедейлік (жеке және елдік деңгейде қарастырылады) денсаулықтың нашарлауының негізгі қауіп факторы ретінде қарастырылуы мүмкін [92,93,94,95,96]. Қоғамның әлеуметтік-экономикалық даму деңгейі мен халықтың өмір сүру деңгейінің денсаулық көрсеткіштеріне әсерін талдау кезінде бүгінде әлеуметтік стратификацияның қарқындылығы мен Ел ішіндегі кірістердің үлкен градиенті жалпы халықтың материалдық әл-ауқатының төмен деңгейіне қарағанда денсаулық теңсіздігіне айтарлықтай әсер етеді [97,98,99,100]. Зерттеушілер ХХ ғасырдың соңында әлеуметтік байланыстардың, әлеуметтік коммуникациялардың және әлеуметтік капиталдың халықтың денсаулығына әсері туралы сұрақтарға жүгіне бастады. Сонымен, I. Kawachi және басқалар жеке және ұжымдық әлеуметтік капиталдың, атап айтқанда, басқаларға деген сенім деңгейінде, денсаулыққа қауіп төндіретін мінез-құлық факторларының таралуына әсерін дәлелдеді [101,102,103]. Әлеуметтік капиталдың жеке және топтық денсаулыққа әсер ету механизмі келесідей: 1) әлеуметтік топтар салауатты өмір сүру салтын әлеуметтік қалыпты жағдай ретінде алға тартады және бекітеді, 2) жергілікті қызметтердің қол жетімділігі артады, 3) психоәлеуметтік қолдаудың қол жетімділігі артады [104,105,106]. Көршілер мен жергілікті қауымдастықтарға да маңызды рөл беріледі. Осылайша, әлеуметтік интеграцияның жоғары дәрежесі бар жергілікті қауымдастықтар денсаулық және оны қалыптастыратын факторлар туралы ақпаратты таратуда жоғары тиімділікке ие. Мұндай қауымдастықтарда тұратын адамдар көшбасшылар белгілеген және қауымдастық мүшелері мақұлдаған өзін-өзі сақтау мінез-құлықтың қалыпты жағдайда ұстануына бейім (мысалы, алдын-алу мақсатында дәрігерге бару жиі кездеседі) [107,108,109].

Екінші мәселе "эмпирикалық" денсаулықтың әлеуметтік детерминанттарының таралуын, жеке әлеуметтік топтардың денсаулығын қалыптастырудың әлеуметтік факторларын зерттеу үшін эмпирикалық

зерттеу әдістерін қолдану ерекшеліктеріне қатысты. Денсаулықтың әлеуметтік детерминанттарын эмпирикалық зерттеу тәжірибесін талдау кезінде үш негізгі мәселелік аймақ пайда болады: 1) әлеуметтік детерминанттарды бағалау сапасы, 2) денсаулықты бағалау сапасы, 3) біріншілердің екіншісімен байланысын бағалау сапасы [110]. Денсаулықтың әлеуметтік детерминанттарын популяциялық деңгейде әлеуметтік-эпидемиологиялық зерттеу, статистикалық байқаулар деректеріне негізделеді. Корреляциялық және регрессиялық талдау әдістерінің көмегімен макроәлеуметтік факторларды сипаттайтын жекелеген көрсеткіштердің байланыстары (мысалы, "табысы ең төменгі күнкөріс деңгейінен төмен халықтың пайызы", "жан басына шаққандағы ЖӨӨ мөлшері", "тіркелген жұмыссыздық деңгейі", спорттық-сауықтыру объектілері") және "Халық денсаулығы көрсеткіштерінің қамтамасыз етілуі (мысалы, "себептердің жекелеген сыныптары бойынша халықтың өлімі мен сырқаттануы", "ұзақ өмір сүру күтілетін", халықтың мүгедектігі мен физикалық даму көрсеткіштері) зерделенеді. Статистикалық деректер денсаулықтың әлеуметтік байланыстары мен әлеуметтік капитал, еңбек саласындағы қатынастар және т.б. сияқты әлеуметтік детерминанттарын сипаттауға мүмкіндік бермейді. [111,112,113,114]. Демек, жеке қауіп контингенттерінің немесе нақты факторлардың денсаулығына қатысты терең зерттеулер жүргізу қиын. Бұл әлеуметтанулық зерттеу әдістеріне жүгінуді қажет етеді. Әлеуметтік ақпарат денсаулықтың әлеуметтік детерминанттарын талдау кезінде қажет: А) денсаулыққа қауіп төндіретін мінез-құлық пен микроәлеуметтік факторлардың таралуын анықтау үшін; б) популяциялық денсаулықтың әлеуметтік-мәдени және әлеуметтік-саяси факторларының сипаттамалары, в) әртүрлі әлеуметтік топтарда субъективті түрде қабылданатын денсаулықты бағалау (денсаулықты өзін-өзі бағалау), в) денсаулықтың жалпыланған индикаторы ретінде өмір сүру сапасының тұтас сипаттамасы. Денсаулықтың әлеуметтік детерминанттарын эмпирикалық зерттеудің неғұрлым кең таралған үш түрін бөліп көрсетуге болады: 1) деректерді көп өлшемді сандық талдау әдістерін қолдана отырып статистикалық медициналық-демографиялық және әлеуметтік-экономикалық көрсеткіштерді талдауға негізделген әлеуметтік-гигиеналық, әлеуметтанулық, медициналық-әлеуметтік және әлеуметтік-эпидемиологиялық зерттеулер; 2) бір жағынан денсаулықты өзін-өзі бағалауды және екінші жағынан оның қалыптасуының әлеуметтік факторларын бағалауды қамтитын халықтың іріктемелі сауалнамаларының нәтижелеріне негізделген әлеуметтанулық зерттеулер., 3) өзекті қажеттіліктерді үйлестіретін медициналық-әлеуметтік және әлеуметтік-

эпидемиологиялық зерттеулер. Осы зерттеу контексінде өмір сүру сапасы денсаулықпен ажырамас байланыста екені түсіндіріледі. Және оның мазмұны жеке физикалық, психикалық және әлеуметтік денсаулықты, оның ішінде өзін-өзі бағалауды ескере отырып, адамның қажеттіліктерінің кең спектрін қанағаттандыру мүмкіндіктерін сипаттайтын "денсаулыққа байланысты өмірсүру сапасы" ("денсаулық-денсаулық сапасы") ұғымының жалпы мағынасына жақын екенінде. Денсаулықтың объективті мәртебесін анықтауға бағытталған клиникалық және зертханалық зерттеулер мен әлеуметтік қауіп факторларын анықтауға бағытталған сауалнама әдістеріде қолданылады. Мұнда нақты зерттеулер басым, олардың аясында, әдетте, жеке емдеу-алдын алу мекемесі пациенттерінің денсаулық саласындағы әлеуметтік-экономикалық мәртебесі мен мінез-құлқы бағаланады [275; 123]. Үшінші мәселе-негізінен медициналық-әлеуметтік және әлеуметтік-гигиеналық зерттеулерде көтерілетін "арнайы" жекелеген әлеуметтік детерминанттардың нақты аурулардың дамуына әсер ету механизмдеріне қатысты. Мысал ретінде алсақ, қатерлі ісікті зерттеу жөніндегі халықаралық агенттік (МАИР) бірнеше ондаған жылдар бойы шылым шегудің онкологиялық патологиялардың дамуына әсерін жүйелі зерттеумен айналысып келеді [104]. Ғылыми жұмыстарда алкогольді тұтынудың жүрек-қан тамыр жүйесіне әсерінің мәселелері [106; 132; 228; 59], ас қорыту жүйесі [285; 113; 124], жүйке жүйесі [56; 110], сондай-ақ жалпы 2 өмір сүру ұзақтығы мен халықтың мерзімінен бұрын өлімі [169; 220; 261] талданды. Тамақтанудың [242; 260; 197] және физикалық белсенділіктің [120; 172; 219] адам денсаулығына әсері кеңінен қамтылған. Әлеуметтік детерминанттардың денсаулыққа әсері туралы әдеби дереккөздердің көптігіне қарамастан, ғылыми қауымдастық оларды талдаудың жалпы теориялық және әдіснамалық негізін әлі дамытқан жоқ. Сонымен қатар әлеуметтік факторлардың жеке және популяциялық денсаулыққа әсер етуінің интегралды моделін жасау қажет болып қала береді. Макро - және микроәлеуметтік ортаның әсерімен байланысты тәуекелдерді қалыптастыру және басқару тетіктерін ашу қажет. Денсаулықтың әлеуметтік детерминанттарының кешенді типологиясын негіздеу ұсынылады. Мәселелердің кең ауқымынан алты негізгі мәселені бөліп көрсетуге болады [18].

Бірінші мәселе ғылыми қоғамдастықта денсаулықтың әлеуметтік детерминанттарының мәні, олардың денсаулыққа әсер ету сипаты мен оларды кондициялау тетіктері туралы бірыңғай идеяның болмауымен байланысты. Бұл күрделіліктің болуын В. Link және J. Phelan атап көрсетеді. Сонымен бірге қазіргі зерттеушілердің макроәлеуметтік сипаттағы

денсаулығының нашарлауының негізгі алғышарттарын елемей, жеке деңгейде бақыланатын ең жақын қауіп факторларына заңсыз назар аударатындығын атап өтті. Әлеуметтік факторлар мен денсаулық арасындағы берік байланыстың болуын талап ете отырып, авторлар бұл факторларды контекстке келтіру қажеттілігін атап көрсетеді. Біріншіден, бұл қауіпті факторларға, мысал ретінде, қауіпті жыныстық қатынас, дұрыс тамақтанбау, отырықшы өмір сүру салты, қажуға толы отбасылық өмірге (яғни мінез-құлық факторларына) ұшырайтындығын алдын-ала анықтайтын адам өмірінің жағдайлары; екіншіден, белгілі бір қауіп факторлары аурумен байланысты болатын белгілі бір әлеуметтік жағдайлар бар. Басқаша айтқанда, зерттеушілердің пікірінше, қандай әлеуметтік жағдайда қауіп факторлары ауруға әкелетініне және жеке қауіп факторлары ауруға ешқандай әсер етпейтін әлеуметтік жағдайлардың бар-жоғына назар аудару керек. В. Link және J. Phelan аурудың негізгі себептері ретінде әлеуметтік жағдайларды қарастыруған. Бұл мәселенің маңыздылығын G. Steinkamp және K. Horn өз еңбектерінде атап өтеді. Қазіргі зерттеулерде әлеуметтік қауіп факторларын талдауға мінез - құлық тәсілінің басым болуы, олардың пікірінше, микро және макроәлеуметтік факторларды ескермеу (В. Link – "тәуекелдер тәуекелдері"), әрқашан не толығымен жеке адамға тәуелді емес, бірақ адамның мінез-құлқындағы белгілі бір ауытқуларға әкеледі. Талдау үшін негіз ретінде әдетте ауытқулардың өзі (мінез-құлық факторлары) алынады. Нәтижесінде денсаулықтың өзгеруінің негізгі себебі жеке адамды көреді. Бұл әлеуметтік факторлар мен аурудың өзара байланысын зерттеуге бағытталған кез-келген зерттеу нәтижелерін түсіндіруде себеп-салдарлық байланысты бұзады. К. Хорн "тәуекелдің мінез-құлқы" субъективті мүдделер, қажеттіліктер, ресурстар мен қоғамның қарама-қайшы талаптары арасында ымыраға келуге болатын мінез-құлықтың артында тұрған семантикалық құрылымдар негізінде түсіндірілуі керек деп атап өтті [127]

Екінші мәселе-әлеуметтік қауіп факторларының денсаулыққа әсерін түсіндірудің анық еместігі. G. Steinkamp көптеген ғылыми еңбектерде дәлелденген денсаулықтың нашарлауының өмір сүру жағдайлары мен сапасына, адамның материалдық әл-ауқатына, әлеуметтік теңсіздікке тәуелділігі болуы мүмкін деп санайды. Тікелей байланыс туралы мәлімдемелерде тұжырымдамалардың жеткіліксіз біліктілігінің және айнымалы-болжаушы, айнымалы-салдарды эмпирикалық өлшеудің салдары болып табылады. Автор былай деп жазады: "денсаулық пен өмір сүру ұзақтығындағы әлеуметтік стратификациялық айырмашылықтарды сау адамдардың әлеуметтік алға жылжуының нәтижесі не пациенттердің әлеуметтік құлдырауы ретінде қарастыруға болады" [165]. Әлеуметтік

жағдайды денсаулық жағдайының нәтижесі ретінде түсіндіруге болады. Нәтижесінде G. Steinkamp аурулар мен өмір сүру ұзақтығындағы теңсіздікті түсіндірудің көп деңгейлі моделін ұсынады, онда ол үш деңгейді анықтайды: макро деңгей (әлеуметтік теңсіздік жүйесіндегі орын), мезо (өндіріс (Еңбек) және көбеюдің материалдық және әлеуметтік жағдайлары (серіктестер, отбасы, бос уақыт) және микро деңгей (тұлға, организм).

Ғылыми зерттеулердің сипатталған саласын сипаттайтын үшінші мәселе-денсаулықты қалыптастыру факторларының бірыңғай типологиясының болмауы. Олардың құрылымының белгісіздігі. Әлеуметтік факторларды жіктеудің тәсілдерінің көптігі және әртүрлілігі. Сонымен қатар, көптеген көзқарастар субъективизммен сипатталады. Кез - келген топқа әр түрлі факторларды жатқызғанда бірдей детерминанттарды белгілеу үшін әртүрлі ғылыми терминдерді қолданады. Белгілі бір факторды белгілі бір топқа жатқызудың негізделген критерийлерінің болмауы "толық немесе ішінара ұсынылған" біртекті факторлардың жіктелуіне әкеледі [71].

Денсаулықты қалыптастыру мен оларды азайтудың барабар әдістерін әзірлеудің әлеуметтік факторларын басқару мүмкіндіктерін шектейтін төртінші мәселе - денсаулықтың нашарлауына (өзгеруіне) әлеуметтік факторлардың қосқан үлесін екіұштылықпен бағалау. Сондай - ақ олардың денсаулыққа әсер ету күшін бағалаудың күрделілігі мен алуан түрлілігі.

Ю. Лисицынаның жетекшілігімен жүргізілген көпжылдық зерттеулерде Лисицына әртүрлі ауру топтарындағы факторлардың әсер ету дәрежесін анықтауға мүмкіндік берді [135]. Өмір сүру салты факторлары бауыр циррозының 70%, жүректің ишемиялық ауруының 60%, қатерлі ісік ауруының 45% және қант диабетінің 35% анықтайды. Ю. Лисицынның пікірінше, жедел, әсіресе жұқпалы және паразиттік ауруларға қатысты, олардың көпшілігінің шарттылығы белгілі бір қоздырғыштармен байланысты екенін атап өткен жөн. Дегенмен өмір сүру салтының қолайсыз факторларының әсерін, қоршаған ортаның ластануын, генетикалық қауіпті және денсаулық сақтау кемшіліктерін жоққа шығаруға болмайды. С. Чечельницкая мен басқалар балалардың денсаулығының нашарлауына әлеуметтік қауіп факторларының үлесін бағалауды ұсынады [201]. Денсаулық жағдайын сараптамалық жіктеу негізінде адам денсаулығының сараптамалық моделін құру бойынша жұмыс шеңберінде зерттеушілер денсаулыққа әсер ететін факторлар сыныптарының арасында бірінші орынды тәртіп (сараптамалық бағалау нәтижелері бойынша 4,0 балл), екінші орынды – биологиялық факторлар (3,9 балл), коэффициенттер алатындығын анықтады.

Денсаулықты қалыптастыратын факторларға бірқатар әлеуметтік детерминанттарды жіктеудің қиындығын тудыратын бесінші мәселе. Олардың қауіп факторлары мен тұрақтылық факторлары ретінде әрекет ету

кабілеті (анти-тәуекел) алынады. Бұл құбылыс "U-тәрізді" немесе "V-тәрізді" терминдерімен жақсы сипатталады». «Фактор эффектінің» байланысы, оның төмен және жоғары мәндеріндегі белгілі бір фактор денсаулық жағдайына бірдей теріс әсер ететінін көрсетеді. Ал орташа мәндерде теріс әсер байқалмауы мүмкін. Сонымен қатар ол оңға айналуы мүмкін. Алкогольді тұтынудың денсаулыққа әсері мысалында осы тезисті көрсетеміз. М. Marmot өз жұмысында алкоголь мен жүрек-тамыр аурулары салдарынан болатын өлім-жітімнің V - тәрізді сипатын нақтылайды. Оның зерттеулерінде шамадан тыс алкоголь ішетін адамдар арасында ЖҚА салдарынан болатын өлім-жітім шарап ішпейтіндерге қарағанда едәуір аз екендігі анықталды[402]. J. Muntwylera зерттеулерінде айына 1 мөлшер алкогольді және тәулігіне 1-2 мөлшерге дейін тұтынған кезде өлім ықтималдығы толық абстиненцияға қарағанда едәуір төмен екенін анықтауға мүмкіндік берді [406]. Алайда 2007 және 2009 жылдары К. Fillmore және соавтардың мақалалары шықты. Онда алкогольдің қалыпты дозаларының денсаулыққа жағымды әсерін дәлелдейтін бірнеше ондаған зерттеулердің дұрыстығына күмән келтіреді. Қарастырылған зерттеулердің әрқайсысында авторлардың пікірінше, бір немесе екі маңызды әдіснамалық қателіктер бар. Олардың ықтималдығы жоғары және басқалары әлі анықталмаған қателер (конфаундерлер) .

Әлеуметтік факторлар мен денсаулық арасындағы байланысты түсіндіру және осы факторлардың әртүрлі аурулардың дамуына қосқан үлесін бағалау мәселелерінің болуын анықтайтын алтыншы мәселе-әлеуметтік қауіп факторларының денсаулыққа әсерін эмпирикалық зерттеудің бірыңғай әдіснамасының болмауы. Біріншіден, әлеуметтік қауіп факторларының денсаулыққа әсерін зерттеген кезде, ал соңғысы әр түрлі бағаланады: яғни, медициналық зерттеулердің нәтижелері негізінде де, жеке адамдардың денсаулық жағдайына өзін-өзі бағалауы негізінде де әлеуметтік зерттеулер барысында да. Әлеуметтік қауіп-қатер мен денсаулық факторларының байланысын тең бағалау барлық зерттеулердің нәтижелерін салыстыру кезінде ғана мүмкін болады. Себебі: жеке денсаулықты өзін-өзі бағалауға негізделген нәтижелер, адамның идеяларының субъективтілігіне байланысты нақты жағдайын анықтауға ғана емес, сонымен бірге, әлеуметтік қауіп факторларын, олардың мәні мен нақты салмағын дұрыс бағалауға мүмкіндік бермейді. Онда тек дененің күйін медициналық талдау жағдайында олар жай анықталмауы мүмкін. Ал, белгілі бір қауіп факторларының болуы екіншіден әртүрлі әдістердің көмегімен бағаланады – медициналық немесе социологиялық. Бұл, алкогольді пайдалану, шылым шегу, қозғалыс белсенділігі сияқты факторлардың әрекетіне қатысты. Оларды зертханалық

зерттеулер арқылы немесе сауалнама арқылы анықтауға болады. Ал үшіншіден, әлеуметтік қауіп факторларының (әсіресе мінез-құлық факторларына қатысты) халық денсаулығына әсерін мониторингтік зерттеулер іс жүзінде жүргізілмейді. Зерттеулердің көпшілігі жергілікті, бір реттік сипатқа ие. Онда жағдайды динамикада емес "кесуге" бағытталған. Осылайша, ғылыми жұмыстарға шолу мәселенің зерттелу жағдайына қатысты келесі қорытынды жасауға мүмкіндік береді.

Біріншіден-көптеген ғалымдардың пікірінше, әлеуметтік факторлардың денсаулыққа әсері басым. Олардың басқа факторлардың әсерін анықтайтын сипатқа ие болғанына қарамастан, талдаудың жалпы теоретикометодологиялық негізі әлі әзірленбеген. Бұл әртүрлі зерттеушілер алған нәтижелерді салыстыру үрдісін қиындатады.

Екіншіден-әлеуметтік факторлардың денсаулыққа әсер етуінің кешенді моделін құру. Әртүрлі факторлардың өзара байланысының сипатын, әсіресе олардың өзара әсерін анықтау мәселесі әлі де өзекті болып отыр.

Үшіншіден-денсаулықты қалыптастырудың әлеуметтік факторларының бірыңғай типологиясын қабылдау қажет. Бұл нақты аурулардың дамуына қосқан үлесін сенімді бағалауға ғана емес, олардың әрқайсысының әлеуметтік қауіп факторларын басқарудың/тұрақтылықтың пәрменді саясатын құруға, қабылданатын басқарушылық шешімдердің тиімділігін барынша арттыруға мүмкіндік береді. Қазіргі замандағы адам денсаулығының полидетерминизмі, көптеген аурулардың күрделілігі мен табиғаттың көп факторларының денсаулық жағдайына әсері (мысалы, дамыған ауру) мен фактордың алдыңғы зиянды әсерлері арасындағы этиологиялық байланысты дәлелдеуді қиындатып отыр. Адам қалалық ортада немесе өндірісте байланысатын ықтимал зиянды сыртқы орта факторларының алуан түрлілігі, адамның өзін-өзі жою тәжірибелерін (шылым шегу, алкогольді пайдалану, отырықшы өмір салты және т.б.) жүзеге асыру, генетикалық детерминанттардың әрекет ету ерекшеліктері белгілі бір аурудың дамуына белгілі бір фактордың нақты үлесін белгілеудің мүмкін еместігіне әкеліп соғады. Бұл жеке және популяциялық деңгейде денсаулықты басқару жағдайын төмендетеді. Осы мәселелерді шешу үшін эпидемиология мен гигиена саласында әр түрлі сипаттағы факторлардың әсерінен (негізінен сыртқы орта) теріс әсерлердің пайда болу ықтималдығын анықтау мен болжауға негізделген қауіпті талдау әдістемесі кеңінен қолданылады. Эвристикалық құндылығына қарамастан тәуекел категориясы әлеуметтік ғылымдар шеңберіндегі адам денсаулығы мәселелерін талдауда өте аз қолданылады. Іс жүзінде денсаулық туралы әлеуметтік-гуманитарлық дискурстан қолданылады. Себебі: біріншіден - әлеуметтану ғылымындағы

тәуекел ұғымы (әсіресе отандық) ұзақ уақыт бойы мүдделерден тыс болды. Ол жеткілікті дамымаған. Пікірталас тудыратын және көп мағыналы емес. Шын мәнінде, ол алғаш рет 1980-ші жылдардың басында әлеуметтік мәнге ие болды. М.Дуглас пен А. Вилдавскийдің еңбектерінде, кейінірек U. Beck, N. Luhmann, A. Giddens, P. Slovic, D. Lupton және J. Tulloch және басқаларының еңбектерінде нақты "социологиялық" контурларды тапты.

Тәуекел категориясын бірнеше онжылдықтар бойы нәтижелі әлеуметтанулық қабылдау мен оны түсінуге көптеген көзқарастардың пайда болуына әкелді. Олар тәуекелді объективті құбылыс ретінде табиғи-ғылыми түсіндіруге жақын деп қарастырды (әлеуметтік-мәдени, әлеуметтік-саяси және әлеуметтік-экономикалық процестермен делдал болған). Оның әлеуметтік субъектісі қабылдамай "осындай" тәуекелдің болуын толық жоққа шығаруға дейін барды. Екіншіден-денсаулық әлеуметтануының зерттеу бағыты ұзақ уақыт бойы медицина мәселелеріне (оның тиімділігін бағалау, алмастырғыштардың функционалдығы, дәрігер мен пациенттің әлеуметтік рөлдерін талдау және т.б.) ауысты [59]. Денсаулықты қалыптастырудың әлеуметтік жағдайлары мен факторлары әлеуметтанулық ғылыми дискурстың аясында денсаулықты субъективті қабылдау мен көзқарас, денсаулықтың өзгеруін болжау, оны қорғау және аурудың алдын-алу, денсаулыққа қауіп-қатер тақырыбын және тіпті органикалық түрде қамтитын контекст тиісті негіздеме алған жоқ. Үшіншіден-тәуекелге "объективті" көзқарастың үстемдігі (соңғысы ғылыми және техникалық тұрғыдан түсіндірілгенде, калькуляцияланады және болжанады, ал оның тұжырымдамасы ықтималдық категориялары, күтілетін жағымсыз оқиғаның жиілігі мен салдардың ауырлығы арқылы рәсімделеді), басқарушылық тәжірибелерде денсаулық үшін тәуекелдерді сандық бағалау рәсімдерін белсенді енгізу (қоршаған ортаның ластануынан) әлеуметтік зерттеу пәні ретінде тәуекелді зерттеуге қатысты параграф материалдарын анықтады. Авторлардың "әлеуметтанулық талдау контекстіндегі денсаулыққа қауіптер" мақаласында ішінара жарияланған (Н.В. Зайцевамен бірлесіп дайындалған) [77]. Тек медицина мен экологияның пәндік саласына қатысты әлеуметтанушылардың денсаулыққа қауіп-қатер мәселелерін "бөтен" деп қабылдауы болып отыр.

Шетелдік және отандық тәжірибеде денсаулыққа төнетін қауіптерді әлеуметтік зерттеу үш негізгі бағыт бойынша жүзеге асырылады. Оларды шартты түрде талдау тақырыбын ескере отырып анықтауға болады:

а) денсаулықтың нашарлау қаупі факторларын және оның тұрақтылық факторларын зерттеу

б) денсаулықтың нашарлау тәуекелдерін зерттеу (тәуекелге қарсы) "объективті» ;

в) денсаулыққа қауіпті қабылдауды зерттеу.

Жарияланымдармен ұсынылған бірінші бағыт көптеген зерттеулер мен жеке немесе қоғамдық денсаулықтың нашарлауының әлеуметтік қауіп факторларын (көбінесе өмір салты факторлары деп аталады) талдауға бағытталған [101; 114; 124; 252]. Немесе әртүрлі әлеуметтік топтардың осы факторларға қатынасын зерттеуге бағытталып отыр [63; 209;]. Бұған әлеуметтік-экономикалық, әлеуметтік-мәдени, әлеуметтік-саяси жағдай мен өмір сүру жағдайларының халықтың денсаулығына әсерін талдауға арналған барлық жұмыстар: яғни, сонымен қатар салауатты өмір сүру салты, өзін-өзі сақтау мінез-құлқы және қауіпсіз өмір сүру салты мәселелері бойынша жұмыстар кіреді. Денсаулыққа қауіп факторларының таралуын зерттеу әр түрлі әлеуметтік топтарда – оқушылар арасында, студенттік ортада, өнеркәсіптік кәсіпорындардың қызметкерлері арасында ерекше орын алады. Осы тәжірибелердің сыртқы детерминанттарын сипаттау үшін бұл ғылыми жұмыстарға тән "мінез-құлық тәуекелдері", "қауіпті мінез-құлық" комбинацияларын жеке адамдар жүзеге асыратын денсаулыққа қатысты теріс мінез-құлық тәжірибесін, сондай-ақ "тәуекел жағдайлары", "тәуекелдік жағдай" ұғымдарын қалыптастыру контекстін қолданады [153]. Әлеуметтік қауіп факторларын әлеуметтанулық зерттеудің денсаулық үшін негізгі шектеуі - олардың басым фрагментациясы халықтың денсаулығына қауіп төндіретін мінез-құлық факторларына бағытталған фокустың аздығы. Денсаулықтың әлеуметтік детерминизм моделі тікелей, мінез-құлықтық тәуекел факторларының ғана емес, сондай-ақ олардың әлеуметтік мәнмәтіндерінің, "тәуекел тәуекелдерінің" әрекетін болжайды. Мысал арқылы түсіндірейік: аумақтың экономикалық даму деңгейінің төмендігі, бюджеттің дотациялық сипаты біріншіден алсақ әлеуметтік саланы дамыту мүмкіндіктерін шектейді (атап айтқанда, сауықтыру, емдеу, демалыс инфрақұрылымының құрылысы, жаңғыртылуы, көліктік және экономикалық қолжетімділігін арттыру). Екіншіден - халықтың өмір сүру деңгейінің төмендігі мен табысы ең төменгі күнкөріс деңгейінен төмен тұрғындар үлесінің артуы және жұмыссыздықтың өсуі айқындалуда. Бұл әлеуметтік ортаның күйзелістік деңгейінің жоғары деңгейін айқындайды. Белгілі бір үй шаруашылығы деңгейінде көрінетін бұл макроэкономикалық жағдайлар материалдық әл – ауқаттың төмен деңгейінде және отбасы микроклиматының шиеленісуінде де көрінеді. Бұл бір жағынан ауыр қажумен көріне отырып, денсаулық жағдайының өзгеруіне әкеледі. Екінші жағынан алсақ денсаулыққа тікелей (мінез-құлық) қауіп факторларының пайда болуын

анықтайды (мысалы, алкогольді теріс пайдалану немесе темекі шегу). Тағы бір мысал келтірсек: шылымды кеңінен жарнамалау, төмен бағада болуы, оны сату ережелерін сақтамау қоғамның шылым шегуге деген ниеті мен шылым шекпейтін адамның оң имиджін қалыптастыру жөніндегі мақсатты саясаттың болмауы. Осының өзі жастардың осы зиянды әдетке деген қызығушылығын арттырып қана қоймай, шылымды барлық жағынан қол жетімді етеді. Бұл факторлар, біріншіден - шылым шегудің ерте жасын анықтайды. Екіншіден - ересек жаста шылым шегуді жалғастыруға ынталандырады. Зерттеушілердің мінез-құлық тәжірибесі негізіндегі әлеуметтік үрдістерді, сонымен қатар осы мәселеге негізінен сипаттамалық көзқарасты түсінбестен, халықтың денсаулығын қалыптастырудың әлеуметтік механизмін толық ашуға мүмкіндік бермейді. Сонымен қатар зерттеудің тәжірибелік және қолданбалы құндылығы төмендейді. Қауіп факторларының әсеріне төзімділігін қамтамасыз ететін және адамның денсаулық ресурстарының ұлғаюына ықпал ететін денсаулыққа қарсы тәуекелдің әлеуметтік факторлары (тәуекелге қарсы факторлар, тұрақтылық факторлары) нашар зерттелген болып қала береді. Денсаулыққа тұрақтылықтың макроәлеуметтік факторларын талдауға өте аз жұмыс арналған. Жоғарыда айтылғандай, М.Бреннердің зерттеулерінде елдегі жұмыссыздар санының 1% – ға артуы, кісі өлтірудің 5,7% - ға, суицидтің 4,1% - ға және т.б. өсуіне себеп болатындығы анықталды. Жұмыссыздар үлесін қысқартудың денсаулық саласындағы тәуекелдерге әсер ету тетігі бұл ретте түсініксіз болып қалуда. Екінші бағыт денсаулыққа әлеуметтік және басқа (өндірістік, сыртқы орта, антропогендік және т. б.) факторлардың аралас әсеріне байланысты әлеуметтік (әлеуметтік-экономикалық, әлеуметтік-демографиялық, мінез-құлық және т.б.) факторлардың тәуелсіз әсеріне байланысты немесе тәуекелдерді сандық бағалауға бағытталған [27; 43; 48]. Осы бағыт аясында зерттеулер негізінен пәнаралық сипатқа ие. Ал бір жағынан эмпирикалық социологиялық зерттеулердің нәтижелеріне, екінші жағынан эпидемиологиялық, медициналық және де басқа зерттеулердің нәтижелеріне негізделген. Бұл жерде денсаулыққа қауіп-қатер бақыланатын және өлшенетін мағынада түсіндіріледі. Және де кейбір қолайсыз оқиғалардың нәтижесінде пайда болатын ықтимал залал қауіптің сандық көрсеткіші ретінде анықталады. Басқару практикасында мұндай зерттеулердің нәтижелері айтарлықтай сұранысқа ие. Себебі: жеке және ұжымдық деңгейде қауіп факторларын басқару жөніндегі іс-шаралардың басымдылығын белгілеуге және "талданатын факторлардың әсер етуінің әртүрлі сценарийлері кезінде денсаулықтың ықтимал бұзылуының ықтималдығы мен медициналық-әлеуметтік маңыздылығын болжауда да "мүмкіндік береді

[197]. Алайда, зерттеушілер әдетте, табиғатта субъективті болып табылатын "қолайлы тәуекел" мен "залал мөлшері", "салдардың маңыздылығы" сияқты ұғымдармен жұмыс жасай отырып, талдаудың пәндік өрісінен тәуекелдердің әлеуметтік-мәдени контекстін алып тастайды. Онад қолайлы деп тәуекел критерийлері тұрғысынан қолайлы тәуекел деңгейі түсініледі. Бұл критерийлер сонымен қатар тәуекелге ұшыраған нақты адам немесе тұтастай қоғам анықтамай, сараптамалық түрде белгіленеді. Мемлекет немесе кәсіпорын үшін экономикалық пайда тәуекелдің қолайлылығын талдау кезінде ескеріледі (шығыстар, тәуекел факторының ықтимал теріс әсерін азайту мақсатында реттеуші шараларды жүзеге асыру мүмкіндігі). Тәуекел объектісі (жеке тұлға немесе әлеуметтік топ) үшін тәуекелдің қолайлылығы ұғымы субъективті және объективті факторлардың едәуір санына байланысты. Ол тәуекелді қабылдау ерекшеліктерін айқындайтын мән-жайлар мен себептермен тығыз байланысты екендігі әрдайым анықтала бермейді. Іс жүзінде ешқашан ескерілмейді. Тәуекелдерді қабылдауды зерттеуге арналған денсаулыққа қауіпті зерттеудің үшінші бағыты маңызды теориялық негізге ие. Тәуекелдерді қабылдау D. Kahneman және A. Tversky, M. Douglas және A. Wildavsky, P. Slovic, J. Tulloch және D. Lupton еңбектерінде негізделген. Мәдениеттер мен субмәдениеттердің рөлі туралы және оны қалыптастырудағы жеке тәжірибе, әртүрлі әлеуметтік топтардың қауіпті қабылдау ерекшеліктері мен оны әлеуметтік субъектілердің құру үрдісі туралы қайрғы заманғы әлеуметтік тәуекелология тәуекелдерді қабылдау факторлары жөнінде жеткілікті білім жинады. Алайда, денсаулыққа қауіп-қатерді талдауға қатысты әлеуметтік тәуекелологияның жетістіктерін қолдану өте нашар. Денсаулыққа қауіп-қатерді қабылдаудың әлеуметтік зерттеулерінде нәтижесінде белгілі бір ерекшеліктер көрінеді.

Біріншіден-денсаулыққа қауіп-қатер ұғымы "қауіп факторлары" санатына ауыстырылады. Назар әлеуметтік топтың немесе жеке тұлғаның тәуекел деңгейін субъективті түсіндіруіне және де оның қолайлылығына, теріс салдарлары мен ықтимал артықшылықтарының маңыздылығына ғана емес, белгілі бір факторды (мінез-құлық, сыртқы орта және т.б.) қауіпті немесе қауіпсіз деп қабылдауға, яғни, белгілі бір эмоциялар мен мінез-құлық реакцияларын тудыруға қабілетті. Эмпирикалық зерттеулердің құралдары көбінесе (формальды сұхбат немесе тарату сауалнамасы арқылы сандық дәстүр бойынша жүргізіледі) қандай да бір қауіптің (жаман әдет, ауру, сыртқы ортаға әсер ету және т. б.) "алаңдаушылық", "қорқыныш тудырады", "қорқынышты" және т. б. бағалауды ұсынатын жабық немесе жартылай жабық сұрақтарды қамтиды. Екіншіден-"барабар" немесе "жеткіліксіз" деген ұғымдарды және де "нақты ықтималдық" ұғымдарын қарқынды пайдалану

кезінде [205] "нақты", "байқалатын" немесе "қабылданатын" тәуекелді салыстыру жүргізілмейді. Әлеуметтік топпен жеке тұлғаның тәуекелді қабылдауының барабарлығы (дұрыстығы) туралы пайымдау тәуекелді сандық (жартылай сандық, сапалық) бағалауды және бағалау нәтижелері туралы ақпаратты халық немесе шешім қабылдайтын адамдар арасында одан әрі таратуды көздейтін тәуекелді талдау рәсімін іске асыру кезінде орынды болады. Тәуекелді қабылдау ерекшеліктерін білу бұл жағдайда тәуекел туралы ақпараттандыру үрдісінің сәтті болуы туралы қорытынды жасауға мүмкіндік береді. Және де басқарушылық шешімдер қабылдауда қоғамдық пікірді біріктіру мүмкіндігін арттырады. Мұндай тәсіл алайда, қауіпті объективті түрде тануды қамтиды. Себебі, жеткіліктілік категориясының өзі белгілі бір үлгіге және стандартқа сәйкестікті білдіреді. Тәуекелді қабылдаудың жеткіліктілігі туралы пайымдаудың мәні мен мақсаты зерттеудің интерпретациялық парадигмасын таңдағанда, қауіпті әлеуметтік субъект ретінде түсінген кезде, одан тыс қауіп жоқ және оны білу мүмкін емес екендігі түсініксіз болады. Қазіргі әлеуметтануда жалпы алғанда, денсаулыққа, жаратылыстану ғылымдарына, ең алдымен медицина мен эпидемиологияға қауіп – қатердің тұтас теориясы жоқ. Әлеуметтік ғылымдардан әлдеқайда бағыт бөлек бағытта бұл құбылыс алға жылжығанын атап өткен жөн. Бұл фактіні елемеуге болмайды. Мұнда, әлеуметтанудың жеке және популяциялық денсаулығының нашарлау қауіпін түсінудегі және түсіндірудегі рөлін төмендетуге болмайды. Бірақ бұл олардың мәнін, қалыптасу үрдісін және көрініс сипаттамаларын неғұрлым толық ашуды қамтамасыз ететін пәнаралық интеграция.

Пәнаралық көзқарасты жүзеге асырудың сәттілігі бірқатар денсаулыққа қауіп-қатерді талдаудағы қарама-қайшылықтарды жою мүмкіндігіне байланысты. Біріншісі терминологиялық сәйкессіздіктермен, денсаулыққа қауіп-қатер мәселесінің жаратылыстану-ғылыми және әлеуметтік тезаурустарындағы айырмашылықтармен байланысты. Мысалы, N. Luhmann шығармаларында тәуекелдерді іс-әрекетпен және әрекет етуші субъектімен байланыстыру "тәуекел" мен "қауіп" ұғымдарын өсіру [141] денсаулыққа қауіп-қатерді талдау әдіснамасының негізгі ережелеріне қайшы келеді. Мұнда қауіпті бағалау іс шараларының бірінші кезеңі "қауіпті анықтау" болып табылады [197]. Екіншісі-тәуекелдің қабылдануын талдау тәсілдерінің айырмашылығы болып табылады. Тәуекел мәнмәтіндерін ескермейтін сараптамалық пайымдауларға негізделген денсаулыққа тәуекелді қыпты жағдайға әкелу тәуекел объектісіне тікелей тәуелділік ретінде "қолайлы тәуекел" ("жол берілетін тәуекел") санатының мағынасын бұрмалайды. "Жалпы" тәуекелдің қолайлылығы туралы емес, шын мәнінде,

оның әлеуметтік қолайлылығы туралы "белгілі бір қауіп-қатер жағдайына кіретін әлеуметтік субъектілер беретін әртүрлі типтегі залалдың рұқсат етілуін бағалау "туралы айту керек». Үшінші қайшылық денсаулыққа қауіпті қабылдауды талдауға қатысты болмақ. Бұл мәселе әлеуметтанулық зерттеуде қолданылмайды. Олардың нәтижелері басқару үрдісінде әлсіз интеграцияланған. Халықтың денсаулығы мен тіршілік ету ортасының сапасын басқару мәселелерін шешу үшін сонымен қатар, белсенді қолданылатын тәуекелдерді талдау әдістемесі осы типтегі зерттеулерге сүйенуді қамтиды. Мысалға алсақ, отандық әдістемелік құжаттар қоршаған ортаны ластайтын химиялық заттардың әсерінен халық денсаулығы үшін қауіпті бағалау рәсімін реттейтін қауіп туралы ақпараттандыру рәсімін іске асыру кезінде әртүрлі әлеуметтік топтардың қауіпті қабылдау ерекшеліктерін ескеру қажеттілігін тікелей көрсетеді [237]. Денсаулыққа қауіп-қатерді зерттеудің пәнаралық тәсілін жүзеге асырудың мысалы ретінде -аумақтағы санитарлық-эпидемиологиялық жағдайды басқару жүйесі аясында қолданылатын қауіп-қатерді талдау моделі алынады. Мұнда объективтік тәсіл қабылданады (қауіп-қатер адамның өміріне немесе денсаулығына қауіп төндіретін не болашақ ұрпақтың өміріне немесе денсаулығына қауіп төндіретін, қоршаған орта факторларының әсерінен болатын қауіп ретінде түсіндіріледі [237]). Бұл әлеуметтану ғылымына тән емес. Алайда, тәуекелдерді талдау іс шарасының міндетті кезеңдері. Бұл қабылдаудың ерекшеліктерін зерттеу мен ақпаратты берудің біржақты үрдісі ретінде ғана емес, өзара әрекеттесу, байланыс үрдісі ретінде түсіндірілетін тәуекел туралы хабарлау. Бұл ретте ол өз назарын "мәселелік жағдайлар субъектілері арасындағы өзекті және ықтимал тәуекелдер бойынша субъективті қабылдау мен коммуникацияларға" шоғырландыратын әлеуметтік тәуекелологияның пәндік өрісіне толығымен аударады. Халық денсаулығы үшін қауіпті талдау әдіснамасына жалпы алғанда, қауіпті зерттеуге әлеуметтанулық көзқарастың (әлеуметтанулық білім, теориялар, шындықты зерттеу әдістері) интеграциясы келесідей көрінеді. Денсаулыққа қауіпті бағалау кезеңінде (қауіпті талдау әдіснамасының бірінші элементі) эмпирикалық социологиялық зерттеу әдістері белсенді түрде қолданылады. Атап айтқанда, қауіпті есепке алуды білдіретін экспозицияны бағалау кезінде контингенттің денсаулық жағдайына әсер ететін және де әсер етуі мүмкін факторларды анықтауға бағытталған "бірлік" әлеуметтік зерттеуі жүзеге асырылады. Денсаулыққа қандай қауіп-қатер талданып алынатынына байланысты (қоршаған ортаны ластайтын химиялық заттардың әсеріне, шудың, электромагниттік сәулеленудің, радиацияның және т. б. әсеріне байланысты), өмір сүру, жұмыс және демалыс ерекшеліктері, тамақтану және ауыз суды тұтыну, қозғалыс

белсенділігінің ерекшелігі, қажу факторларына бейімділік және басқа да әлеуметтік, әлеуметтік-демографиялық, әлеуметтік-экономикалық, мінез-құлық сипаттамалары зерттеледі. Зерттеу тәуекел объектілері болып табылатын топтардың өкілдеріне сауалнама жүргізу мен формализацияланған сұхбат (жеке немесе телефон арқылы) әдісімен жүргізіледі. Өмір сүру салты факторларының халықтың денсаулығына әсер етуімен байланысты тәуекелді бағалау кезінде әлеуметтік зерттеу нәтижелері тәуекелді одан әрі бағалау рәсімінің бастапқы нүктесі болып табылады. Зерттеу барысында белгілі бір адамға тән өмір сүру салтына байланысты қауіп факторларының деңгейі мен зерттелген жиынтықта осы факторлардың таралуы анықталады. Өмір сүру салтының факторларына респонденттердің гигиеналық, медициналық мінез-құлқының ерекшеліктері, диета мен физикалық белсенділіктің ерекшелігі, жаман әдеттердің болуы, отбасындағы психоэмоционалды жағдай және т. б. жатады. [200]. Олар ерекше көзқарасты, сұрақтардың арнайы тұжырымдарын және респонденттердің жоғары сенімін табиғаты бойынша сезімтал бола отырып талап етеді. Көптеген адамдар алкоголь мен есірткіні пайдалану немесе жыныстық қатынас сияқты тақырыптарды жеке басқа тән деп санайды [163]. Респонденттердің жауаптарының шынайылық деңгейі [52] арасындағы байланыс дәлелденген болғандықтан тақырыпты қабылдаудың өткірлігі мен денсаулыққа қауіпті мінез-құлық факторларын зерттеудің әдістері мен құралдарын әзірлеу аса өзекті болып табылады. Бұл денсаулыққа қауіпті бағалау рәсімі шеңберінде дұрыс емес мәліметтер алу ықтималдығын азайтады. Тәуекел туралы денулық үшін хабардар ету кезеңінде (тәуекелді талдау әдіснамасының екінші элементі) тәуекел-коммуникация мен мүдделі тараптар – тәуекелді өндірушілер, оның тұтынушылары және тасымалдаушылары; яғни, жеке тұлғалар, адамдар топтары мен ұйымдар арасында өзара іс-қимыл, пікір, пікір алмасу үрдісі жүзеге асырылады. Тәуекел туралы хабарлау-бұл бір жақты үрдіс емес. Өзара ақпарат алмасуды қамтамасыз ететін кері байланыстардың болуы мен әрекетіне негізделген екі бағытты үрдіс. Ақпараттандыру үрдісінің тиімділігі әртүрлі әлеуметтік топтардың қауіпті қабылдау ерекшеліктерін ескерудің толықтығымен анықталады. Сонымен, тоқ етері, денсаулыққа қауіпті басқару әлеуметтанулық әдістер мен құралдарды тартуды қажет етеді. Мысалға алсақ: белгілі бір жеке адамның немесе әлеуметтік топтың өмір сүру салтын өзгертуді көздейтін мінез-құлық факторларының (атап айтқанда, алкогольді пайдалану, шылым шегу) халықтың денсаулығына әсер етуімен байланысты тәуекелді басқаруы өзгерістердің ықтимал мүмкіндігін ескеруді талап етеді. Қалыптасқан жеке өмір сүру салтын өзгерту қиынға соғатын жағдай болуы

мүмкін, өйткені ол жеке мінез-құлықтың басқа аспектілерімен байланысты [50]. Жеке тұлғаның әлеуметтік-экономикалық мәртебесіне байланысты құрылымдық тұрғыдан анықталған белгілі бір әлеуметтік топқа жататындығымен анықталады. Тәуекелді басқару тәуекелді жол берілетін (қолайлы, оны төмендету бойынша қосымша шаралар қолдануды талап етпейтін) деңгейлермен салыстыруды қамтиды. Тәуекелдің қолайлылығы экономикалық талдау нәтижелерімен ғана емес, сонымен қатар бірқатар әлеуметтік факторлармен де, соның ішінде әртүрлі әлеуметтік топтардың қауіпті қабылдау ерекшеліктерімен анықталады. Бұл тағы да эмпирикалық социологиялық зерттеу әдістерін белсенді қолдануды негіздейді. Бұл белгілі бір сипаттағы тәуекелдің қабылдау критерийлерін оны қабылдау негізінде анықтауға мүмкіндік береді. Қазіргі уақытта тәуекелдің нақты қолайлы деңгейін белгілеу технологиялық және экономикалық дәлелдердің барлық жиынтығы мен тәуекелді тұтынушылар ретінде әрекет ететін әлеуметтік топтардың пікірлерін ескеруді талап етеді. Табиғи және генетикалық факторлармен, қоғамның техногендік және әлеуметтік-экономикалық даму ерекшеліктерімен тығыз байланысты бола отырып, қоршаған ортаның ықтимал немесе нақты ластануына және белгілі бір әлеуметтік топтың өмір сүру салтының ерекшелігіне сүйене отырып, сараптамалық түсіндірулер, қоғамдық пікір мен жеке қабылдау арқылы гуманитарлық және жаратылыстану ғылымдарының бірлескен күш-жігерін талап етеді.

Демек, пәнаралық және тәжірибелік басқарушылық қызметке бағдарлау денсаулыққа қауіпті зерттеудің бастапқы әдіснамалық қағидаттарына айналуы керек.

1.2 Денсаулыққа әлеуметтік анықталған қауіптер

Мәні және анықтамасы денсаулыққа қауіп-қатерді зерттеудің әлеуметтанулық тәсілі генетикалық, биологиялық, химиялық, физикалық немесе басқа қоршаған орта факторларының популяциясы мен жеке денсаулыққа әсер етуімен байланысты тәуекелдерді талдау іс шараларын әлеуметтанулық қолдау арқылы ғана емес, сонымен бірге денсаулыққа нақты, әлеуметтік сипаттағы тәуекелдерді талдау арқылы жүзеге асырылады. Әлеуметтану ғылымы үшін маңызды болып табылатын "әлеуметтік" категориясы көбінесе бұлыңғыр және жиі түсіндіріліп, дұрыс қолданылмайды. Мысалы, әлеуметтік нәрсе "адам қоғамына және/немесе ұйымдардағы, топтардағы адам интеракциясына қатысты" деп айтылады. Демек, әлеуметтік қоғаммен анықталады. Осылайша семантикалық жүктемені жоғалтады. Әлеуметтік өзара әрекеттесу, қарым-қатынас,

көзқарас, мінез-құлық, ынтымақтастық және қызмет категориялары арқылы түсіндіріледі. Әр түрлі мағынаға ие болады. Әлеуметтік әрекетті (әлеуметтік әрекетті) анықтау кезінде М. Weber ұсынған әлеуметтік түсіндіруді бастапқы деп санауға болады. Ол басқа да субъектілердің мінез – құлқымен байланысты және оған бағытталған [36]). Сондай -ақ әлеуметтік фактіні анықтау арқылы берілген Е. Durkheim түсіндірмесіне (әлеуметтік факт-бұл нақты анықталған немесе жоқ, бірақ жеке адамға сыртқы мәжбүрлеуді көрсете алатын кез-келген әрекет түрі [66]) негізделеді. Француз әлеуметтанушысы В. Latour "әлеуметтік" (әлеуметтік), өтірік (әлеуметтік мәселе, әлеуметтік мәселе) терминінің негізгі мағынасын анықтайды; 1) "адамдарға көмектесу, көмектесу" мағынасында (әлеуметтік қызметкер); 2) "ұжымдық" мағынасында (социобиология Е. Wilson). Сонымен қатар оның пікірінше, әлеуметтік екі нақты социологиялық түсінік бар: 1) "әлеуметтік мәні ретінде", яғни "саяси", "экономикалық" және т. б. терминдермен қатар объектілерді сипаттайтын ерекше нәрсе ретінде; 2)"әлеуметтік байланыс ретінде", яғни,әлеуметтік емес заттар арасындағы"байланыс түрі " ретінде. П.Сорокиннің жұмысына сүйене отырып [251] А. Бороноев пен П. Смирнов әлеуметтік өзара әрекеттесудің ерекше түрі арқылы өкілдер (функционалды әр түрлі топтардың өнімдері) жүзеге асыратын іс-әрекеттің өзара әрекеттесуін (яғни, қызмет нәтижелері немесе қызметтер алмасуы туралы өзара әрекеттесу) әлеуметтік деп анықтайды [28].Бұл ой П. Смирновтың кейінгі жұмысында дамиды. Онда әлеуметтік өзара әрекеттесу жеке адамдар мен топтардың келісілген іс-әрекеті ретінде түсіндіріледі. Нәтижесінде осы адамдар мен топтардың көпшілігі белгілі бір бірлікті (қоғамды) құрайды [246]. "Әлеуметтік" термині ғылыми тұжырымдама емес. Ол тек тұжырымдаманың негізгі семантикалық компонентіне қосылған сипаттама ретінде әрекет ететіндігін көрсете отырып, Ю.Волков "олардың өзара байланысы мен өзара тәуелділігі пайда болатын адамдар өмірінің әртүрлі көріністерінің бірлескен сипатын білдіретінін" айтады [41]. Бұл анықтама, тұлғааралық өзара тәуелді әрекет пен жалпы адамдардың мінез-құлқын әлеуметтік деп түсінетін Н. Ненека неміс әлеуметтанушысының ұстанымымен сәйкес келеді.С.Токарева әлеуметтік табиғат туралы идеялардың динамикасын талдай отырып, әлеуметтік-философиялық білімде екі негізгі көзқарас туралы айтады: 1) классикалық, яғни, әлеуметтік жеке адамдар үшін және оларға ұжымдық формация түрінде қарсы тұратын жеке құрылымдардың жиынтығы арқылы көрінеді; 2) қазіргі заманғы әлеуметтік "өзін тікелей қарым-қатынас үрдісінде, адамдар арасындағы күнделікті әлеуметтік тәжірибеде қалыптасқан тұлғааралық қатынастарда ашады" [263].Бірінші тәсіл- белгілі бір қоғамның мүшелері ретінде әлеуметтік

көзқарасты жеке тұлғалардың өзара әрекеттесуінің нақты сипаттамасы ретінде түсінеді. Әлеуметтік өзін жеке тұлға деңгейінде, әлеуметтену үрдісінде алған әлеуметтік қасиеттердің (мәртебелер, рөлдер, құндылықтар, нормалар, көзқарастар және т.б.) жиынтығында, топ деңгейінде – өзара әрекеттесу мен ортақ мүдделер, мақсаттар үшін, институттар деңгейінде – қоғамдық өмірді ұйымдастыратын тұрақты тәжірибелерде қоғам деңгейінде – адамдардың белсенді өзара әрекеттесуінде көрінеді. Екінші тәсіл әлеуметтіліктің әмбебап түрі ретінде қарым-қатынасты тарихи контексте қабылдайды [138]. Бұл тәсіл аясында N. Luhmann-дің тақырып емес, оның сипаттамасы, дәлірек айтқанда, оның тақырыптық байланысы жалғыз әлеуметтік факт болуы мүмкін деген пікірі тән [139]. Енді біз зерттеудің басқа маңызды санаттарына жүгінеміз.

Детерминизм ұғымы – жалпы мағынада бір нәрсенің сенімділігі, себептілігі дегенді білдіреді. Әлеуметтік детерминизмге қатысты бұл әлеуметтік табиғаттың белгілі бір алғышарттарынан туындайды, тәуелді болады; яғни, әлеуметтік орта, әлеуметтік өзара әрекеттесу.

Әлеуметтік үрдістер дегеніміз – белгілі бір үрдістерді "бастайды", басқа құбылысты "орнатады" (оның ішінде әлеуметтік емес табиғат). Қазіргі әлеуметтану қылмыс пен құқықтық нормалардың әлеуметтік детерминизм мәселелерін талдайды [1; 210]. "Денсаулыққа әлеуметтік тұрғыдан анықталған қауіптер" ұғымын анықтау үшін алдымен оның екінші бөлігін – "денсаулыққа қауіп" санатын ашамыз. Оң көзқарас тұрғысынан тәуекел ұғымын "белгілі бір уақыт аралығында болжанатын салдары бар қандай да бір оқиғаның туындау ықтималдығы" деп анықтауға болады [197]. Сонымен қатар, *тәуекел-бұл* - "қауіптің сандық көрсеткіші, қолайсыз оқиғаның көрінісі нәтижесінде пайда болатын ықтимал залал. Бұл жағдайда оқиғаның өзі де белгілі бір ықтималдықпен туындайды" [159]. Тәуекел ұғымын ықтималдық ұғымынан да, қауіп ұғымынан да алайда ажырату керек. *Тәуекел-бұл* теріс салдардың пайда болу ықтималдығымен бірге белгілі бір ауырлықтың салдары болуы мүмкін. Демек, әсердің пайда болуы неғұрлым ықтимал және оның ауырлығы (маңыздылығы) неғұрлым айқын болса, тәуекел деңгейі соғұрлым жоғары болады.

Тәуекел-бұл жай ғана қауіп емес. Белгілі бір әсер ету (экспозиция) жағдайында пайда болатын қауіп. Демек, "қауіпті суреттеу үшін экспозицияға қауіптілік туындысының формуласы жиі қолданылады" [198]. Әдістемеде қауіп пен қауіп әр түрлі болатындығын ескеріңіз. N. Luhmann шешім нәтижесінде келтірілген залал арқылы тәуекелді анықтайды. Ал қауіп туындаған жағдайда зиянның себептері сыртқы ортада болады. "Тәуекел мен қауіпті ажыратудың негізі атрибуция үрдісі болып табылады,

яғни ол мүмкін болатын зиянды кіммен және қалай байланыстыратындығына байланысты. Яғни, біз қауіптер туралы, ал басқасымен байланысқан жағдайда қауіптер туралы айтамыз" [141]. Тәуекел әлеуметтануында тәуекелді талдауға оң көзқарас кейде нақты деп аталады. Бұл тәуекел объективті және танылатын факт. Оны өлшеуге болады. Сонымен қатар оның салдарын есептеуге болады. Бұл тәсіл әлеуметтік-мәдени көзқарас өкілдері тарапынан сынға түсіп отыр. Олар әлеуметтік және мәдени контекстке назар аударады. Оның аясында тәуекел сандық тұрғыдан емес, қабылданады және талқыланады. Мысалы, А. Giddens тәуекелдерді есептеу ешқашан толық болмайды деп мәлімдейді. Себебі, "тіпті салыстырмалы түрде шектеулі қауіп-қатер жағдайында да күтілмеген және күтпеген нәтижелер болуы мүмкін" (Giddens, 1991). Сонымен қатар, радикалды зерттеу желісінің өкілдері тәуекел мүлде жоқ деп мәлімдейд. Бірақ әлемге тарихи, саяси және әлеуметтік тұрғыдан негізделген көзқарастың нәтижесі болатын қауіпті қабылдау әрқашанда бар. Тәуекелдің табиғаты туралы объективті және субъективті көзқарастардың қарама-қайшылықтарын сәтті шешуді Р. Thompson ұсынады. Ол "нақты тәуекел" (объективті түрде болатын жағымсыз салдарларды жүзеге асыру ықтималдығы), "байқалатын тәуекел" (ғылыми теория негізінде нақты тәуекелді ғылыми бағалау) және "қабылданатын тәуекел" (кез-келген теориялық модельдерді қолданбай жүзеге асырылатын нақты тәуекелді бағалау) ұғымдарымен бөліседі. G. Vechmann тәуекелді зерттеудің теориялық тәсілдерін талдай отырып, бір-біріне қарама-қарсы ықтималдық пен контекстуалистік тәуекел тұжырымдамасын белгілі бір дәрежеде "аралас" позициялар орналасқан белгілі бір континуумдағы шеткі нүктелер түрінде енгізеді. Демек, қауіп-қатерді әлеуметтанулық зерттеудің қалыпты желісі қауіптің болуын объективті қауіп ретінде таниды, алайда бұл қауіп "әрқашан әлеуметтік және мәдени стереотиптер мен үрдістерде делдал болады". Жоғарыда айтылғандарға сүйене отырып қарасақ, әлеуметтік анықталған тәуекелдер бір жағынан адамдардың шешімдері мен мақсатты мінез-құлқынан (іс-әрекетінен), ал екінші жағынан әлеуметтік қауіптің объективті сипатына ие әлеуметтік құбылыстар ретінде тұжырымдалады [24].

Тәуекел ұғымы "теріс салдар", "теріс әсерлер", "зиян" және т.б. ұғымдарымен тығыз байланысты. Бұл категорияларды түсіндіру денсаулықтың таңдалған іргелі моделіне - медициналық, биомедициналық, биоәлеуметтік, құндылық-әлеуметтік немесе интегралдық [95] байланысты. Аурулардың болмауы және олардың белгілері, яғни адам органдары мен жүйелеріндегі олардың қалыпты жағдайынан ауытқуларды көрсететін патологиялар арқылы денсаулықтың медициналық немесе функционалды

моделін анықтайды. Бұл модельдің шектеулері екі факторға байланысты. Біріншіден-мұнда денсаулық объективті. Яғни, денсаулық объективті әдістермен анықталған патологиялардың болмауы деп саналады. Бұл жағдайда адам субъективті түрде өзін нашар сезінуі мүмкін. Бұл шектеуді жеңу. Денсаулықты "объективті" (яғни салыстырмалы түрде байқалатын) және "субъективті" (сезілетін, қабылданатын) деп бөлу арқылы мүмкін болады. Екіншіден-денсаулыққа қатысты қалыпты жағдай ұғымы мүлдем жоқ. Ол әртүрлі тарихи және әлеуметтік-мәдени контексте өзгереді. Адамның (топтың) соматикалық және психикалық денсаулығын талдау үшін медициналық және биомедициналық денсаулық моделін қолдануға болады. Денсаулықтың биосоциалдық моделі аясында денсаулықтың соматикалық және психикалық компоненттерімен қатар, адамның әлеуметтік ортаға бейімделу дәрежесін белгілейтін әлеуметтік компонент түсіндіріледі. Демек, оның әлеуметтену өлшемі. *Құндылық-әлеуметтік модель*: а) адамның өзінің физикалық күйінде рухани және әлеуметтік шығындарсыз мақсатты және саналы әрекеттерді жүзеге асыру мүмкіндік өлшемінің маңыздылығымен көрінетін жеке құндылық деп түсіндіреді [123]; б) топтың, қоғамның денсаулығын негізгі қажеттілігі ретінде қабылдауды білдіретін әлеуметтік құндылық. Сонымен, денсаулықтың интегралды моделі барлық факторлар мен компоненттерді ескереді. Яғни, медициналық, биологиялық, әлеуметтік, жеке және т. б. Биомедициналық денсаулық моделін әдіснамалық негіз ретінде таңдай отырып: денсаулыққа қауіп-қатерді белгілі бір жағдайларда гетерогенді факторлардың (оның ішінде қоршаған орта факторларының) әсерінен пайда болатын адам ағзалары мен жүйелеріндегі белгілі бір ауырлықтағы объективті, субъективті түрде сезілетін ауытқулардың пайда болу ықтималдығы ретінде түсіндіру керек. *Экспозиция* - индивидтің (немесе популяцияның) теріс фактормен байланыс өлшемі. Бұл фактордың айқындылығын (қарқындылығын) және оның объектіге әсер ету ұзақтығын ескеруді көздейді. Жоғарыда көрсетілгендей, зерттеушілер әлеуметтік ортаның адам денсаулығына әсер ету құбылысын түсіндіруде әртүрлі категорияларды қолданады. көп жағдайда синонимдер ретінде танылған "детерминант" және "фактор" сияқты ұғымдар қолданылады [97]. Осы ұғымдардың сөзсіз жақындығына қарамастан, олардың арасында айтарлықтай айырмашылық бар.

Детерминант- міндетті түрде белгілі бір нәтижеге әкелетін алдыңғы шарт, бұл оқиғаның себебі. Мұнда фактор себепті болмауы мүмкін, бірақ қолдау, күшейту немесе бекіту, демек, детерминант шешуші, анықтайтын фактор болып табылады [245]. Адамның әлеуметтік мінез-құлқы, оның әлеуметтік белсенділігі және де әртүрлі әлеуметтік топтарға қосу/алып

тастау шаралары арқылы адамның әлеуметтік денсаулығы түсіндіріледі [83]. Егер қоғам деңгейінде әлеуметтік денсаулық қарастырылса, онда біз соңғысының белгілі бір тұтас жүйе ретінде белгілі бір жағдайы туралы айтамыз [247]. Әртүрлі әлеуметтік факторлардың жиынтығы, яғни, қоғамдық және жеке денсаулыққа тікелей не жанама және денсаулыққа әсер ететін макроәлеуметтік, микроәлеуметтік денсаулық сақтау контекстері мен соның ішінде адамның жеке мінез-құлқы арқылы денсаулықты қалыптастырудың әлеуметтік контекстін бөліп көрсетуге болады [137]. R. Wilkinson атап өткендей адамның мінез-құлқы әрдайым әлеуметтік тұрғыдан анықталғандықтан, оны қоғам өзгерген жағдайда ғана өзгертуге болады. Денсаулықты қалыптастырудың әлеуметтік контекстін сапалы зерттеу парадигмасына жақын позициялардан да түсіндіруге болады.

Әдіснамалық негіз мұндағы - әлеуметтік-мәдени өріс тұжырымдамасы. Адамдардың тікелей не жанама (ұйымдар арқылы) өзара әрекеттесуінен туындайтын жеке шындыққа ие әлеуметтік кеңістіктің салыстырмалы автономды бөлімі ретінде түсініледі [92].

Әлеуметтік-мәдени өріс - екі жақты сипатқа ие. Өйткені ол бір жағынан жеке адамдарға қатысты сыртқы орта болса, ал екінші жағынан - бұл ортаны жеке тұлғалардың өздері жасайды, қолдайды (көбейтеді). Осылайша, жеке тұлғалар кіретін өрістердің ерекшелігі олардың денсаулық сақтау тәжірибесін, қауіпті мінез-құлықтың таралуын денсаулығына деген көзқарасын, және сәйкесінше жеке және қоғамдық денсаулықтың ерекшеліктерін анықтайды. Әлеуметтік факторлар (әлеуметтік микро және макро орта) денсаулыққа қатысты жағымсыз оқиғаның пайда болу ықтималдығын тікелей анықтамайды. Олар тікелей қауіп факторлары емес. Бірақ олардың қалыптасу шарттары болып табылады. Әлеуметтік контекстке әсер ететін негізгі тікелей қауіп факторларына мыналар жатады: а) мінез-құлық факторлары; б) қажу. Бұл идеяны ашып түсіндірейік. Дәстүрлі түрде денсаулыққа қауіп факторы ретінде, белгіленген табыстың төмен мөлшері адам денсаулығына әсер етпейді. Ол ұтымды және қауіпсіз тамақтану, тұрғын үй жағдайларын жақсарту мүмкін еместігін анықтайды. Білікті медициналық көмекке қол жетімділікті шектейді. Зерттеу материалдары әлеуметтік макро - және микроортаның денсаулыққа әсер ету ерекшеліктеріне қатысты бірнеше авторлардың "әлеуметтік қауіп факторлары басқару объектісі ретінде" [131] және "әлеуметтік қауіп факторлары аймақтық басқару объектісі ретінде" [125] атты мақалаларында ішінара жарияланған. Зерттеушілер көбінесе жоғары білімнің болмауы, жұмыссыздық, әлеуметтік стратификация мен химиялық, никотиндік және алкогольге тәуелділік сияқты денсаулыққа қауіп төндіретін факторларды бір

қатарға қояды. Дегенмен де бұл факторлар денсаулыққа әртүрлі әсер етеді. Егер алкогольді шектен тыс пайдалану, шылым шегу не есірткіні қолдану әртүрлі аурулардың даму қаупін тікелей анықтаса, ал білімнің төмен деңгейі зиянды әдеттерге бейімділік ықтималдығын арттырады. Және де денсаулық мәселері мен салауатты өмір сүру салты туралы хабардар болудың төмен деңгейін көрсетеді. Денсаулықтың нашарлау қауіп факторларының пайда болу шарты мен "екінші ретті" қауіп факторы ретінде әрекет ететін жауапсыз медициналық мінез-құлыққа бейімділікті анықтайды. Денсаулықтың нашарлауының әлеуметтік қауіп факторлары мен аурудың дамуының тікелей себептерін зерттеулер бір қатарға тіркегенде негізгі ұғымдарды ауыстырудың басқа нұсқасымен сипатталады. Мысалы, Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы шылым шегу, алкогольді пайдалану, қауіпті жыныстық қатынаспен қатар денсаулыққа қауіп төндіретін факторлар ретінде жоғары холестерин, темір тапшылығы, артық салмақ және т.б. [273]алады. Сонымен қатар, біріншісі адамның мінез – құлқына жатады. Ол әлеуметтік анықталған сипатқа ие. Ал екіншісі физиологиялық сипатқа ие. Ол адам ағзасының жағдайын сипаттайды. Сонымен қатар артық салмақ сияқты сипаттама кейбір жағдайларда әлеуметтік факторлардың әсерімен (отырықшы өмір салты, дұрыс тамақтанбау және т.б.), ал басқаларында генетикалық тұрғыдан анықталуы мүмкін. В. Link және Jo Phelan ғылыми жұмысында тәуекел мен тұрақтылықтың әлеуметтік факторларының ішкі құрылымы туралы негізгі мәселе, оларды жеке факторлардың белгілі бір мәнін сипаттайтын жеке (мінез-құлық) факторлар мен әлеуметтік жағдайларға немесе "тәуекелдер тәуекелдеріне" бөлу арқылы шешеді. Авторлардың пікірінше, тұрақтылықтың контекстуализациясы мен әлеуметтік қауіп факторлары адам денсаулығына әсер ету ерекшеліктерін түсінудің маңызды әдісі болып табылады. Және де адамның денсаулығына тікелей байланысты қауіп факторларының бар болуын, қарқындылығын немесе керісінше жойылуын анықтайтын жағдайларды білуді қамтиды. Оларды басқарудың тиімді құралдарын жасауға, жеке және қоғамдық денсаулық сапасын жақсартудың тиімді стратегияларын қалыптастыруға мүмкіндік береді. Әлеуметтік жағдайлардың әсеріне жеке (мінез-құлық) факторлар олардың өзгеруіне (қарқындылығына, таралуына және т.б.) әсер ететін болады. Әлеуметтік жағдайлар адам денсаулығының жай-күйін тікелей анықтамайды. Бірақ та жеке тұрақтылық факторлары мен қауіп факторларын қалыптастыру шарттары ретінде әрекет ете отырып, жанама түрде оң/теріс салдардың пайда болуына әсер етеді. Адамның денсаулық саласындағы мінез-құлқы әлеуметтік ғана емес, сонымен бірге психофизиологиялық факторлармен де анықталатынын атап өткен жөн. J. Block және басқалардың зерттеулерінде

бұл ерте балалық шақта байқалған жасөспірімдердің психоактивті заттарды қолдануының жеке психологиялық алғышарттарын (ашулануға әлсіз төзімділік, бүлік, мақсатсыздықтың болмауы және т.б.) орнатуға мүмкіндік берді. О. А. Ахматованың жұмысында жасөспірімдердің алкогольді тұтынуының психобиологиялық алғышарттары олардың темпераментінің ерекшеліктерімен анықталды [12].

Ш.Молдаханованың зерттеуінде кәмелетке толмағандардың қоғамға қарсы мінез-құлқы, мінез-құлық екіпіні, нейропсихиатриялық патологиялар мен ауытқулар, ақыл-ой дамуындағы артта қалу анықталды [156]. Микро және макроәлеуметтік орта адамның денсаулық саласындағы мінез - құлқына әсер ететіндіктен, ол қажудың көзі бола алады. Демек, қажудан туындаған әлеуметтік факторлардың денсаулыққа әсер ету механизмі екі жақты: біріншіден-әлеуметтік факторлардың қажу ретінде теріс әсерінен туындаған психологиялық күйзелістің жағдайы денсаулықтың бұзылуы болып табылады. Мысалға алсақ, бірқатар зерттеулер әлеуметтік бейімделмеген балаларда соматикалық және психологиялық денсаулық деңгейінің төмендегенін атап өтті [115]. Бұндай әлеуметтік жағдайға тап болған мәжбүрлі қоныс аударушылар [70] отбасыларынан шыққан жасөспірімдерді алуға болады [116]. Урбанизация, жұмыссыздықтың жоғары деңгейі, қазіргі халықтың кедейлігі психикалық денсаулықтың бұзылуының өсуіне әкелетін психоэмоционалды *қажудың болжамшысы* деп аталады [104]. Б. Величковскийдің еңбектерінде макроәлеуметтік факторлардың жоғары қажу ортасының қалыптасуына әсері де дәлелденді [37]. Ал екіншіден- қажу, мінез-құлық қауіп факторларының қалыптасуын тудырады. Бұл өз кезегінде денсаулыққа теріс әсер етеді. Мысалға алсақ, отбасындағы жанжалға, шиеленіскен жағдайға байланысты ерте балалық шақтағы қажу, жасөспірім кезінде шылым шегуді бастау мүмкіндігін арттырады [39]. Сонымен қатар, көптеген адамдар үшін алкоголь мен шылым шегу қажуды жеңілдетудің ең тиімді әдісі болып табылады. Сонымен, қоғамдық пікірді зерттеу орталығының (ВЦИОМ) мәліметтері бойынша, қажу жағдайында ерлердің 22% - ы "темекі мен алкогольмен демалуды" жөн көреді [94]. Демек, жоғарыда айтылған тұжырымдамаларға сүйенсек байқалатын және белгілі бір жағдайларда пайда болатын әлеуметтік макро - және микро орта әсерімен байланысты белгілі бір ауырлықтағы жеке немесе популяциялық денсаулықтың бұзылу (бұзылу) ықтималдығы ретінде анықтауға болады. Детерминистік тәуекел" мен "әлеуметтік тәуекел" ұғымдарын ажырату маңызды. "*Әлеуметтік тәуекел*" ұғымын анықтауға арналған қолданыстағы пікірлерді төрт топқа біріктіруге болады. *Біріншісі* -әлеуметтік сақтандыру мен әлеуметтік қамсыздандыру саласындағы анықтамаларды

бірге алғанда, тәуекелдің пайда болу алғышарттарының объективтілігі мен әлеуметтік маңыздылығы критерийлерін бірінші орынға қояды. Сонымен, әлеуметтік тәуекелді "табыстың немесе басқа еңбек табысының жоғалуы, өмір сүру деңгейінің күнкөріс деңгейінен төмен түсуі мен объективті әлеуметтік маңызды себептер бойынша мемлекет тарапынан халықты әлеуметтік қорғау қажеттілігін тудыратын ықтималды оқиға" деп әлеуметтік қамсыздандыру тұрғысынан түсінуге болады [146]. В.Роик әлеуметтік қауіпті "жоғалту нәтижесінде материалдық қамтамасыз етілмегендіктің пайда болу ықтималдығы" деп түсіндіреді.

"Әлеуметтік сақтандыру тәуекелі – жұмыс істейтін азаматтардың және азаматтардың өзге де санаттарының материалдық немесе әлеуметтік жағдайының өзгеруіне әкеп соғатын болжамды оқиға. Ол туындаған жағдайда міндетті әлеуметтік сақтандыру жүзеге асырылады" ... *"әлеуметтік тәуекел* – бұл әлеуметтік сақтандыру жүргізілетін және объективті мән-жайлар бойынша жұмыс істейтін, жұмыс істемейтін азаматтардың өміріне, денсаулығына, еңбекке қабілеттілігіне, кірістері мен шығыстарына және олардың әлеуметтік жағдайының немесе материалдық деңгейі мен өмір сүру сапасының оларға байланысты емес нашарлауы ықпалы-делінген. Л.Ласкина мен А. Яковлевтің анықтамасында "әлеуметтік сипаттағы себептер бойынша туындайтын қауіптер (қауіптер) «әлеуметтік» деп танылады және көп жағдайда жоғары сенімділік деңгейімен жеке өзін қорғау мүмкін емес" делінген. Тәуекел объектісіне анықтамалардың екінші тобы назар аударады. Мұнда әлеуметтік қауіп популяцияға, ұжымға, топқа ұқсас. Әдетте мұндай анықтама: *әлеуметтік қауіп-қатер*- бұл "топ, адамдар тобы, белгілі бір әлеуметтік немесе кәсіби адамдар тобы үшін белгілі бір түрдегі қауіптің пайда болу қаупі". Үшінші топ анықтамаларды біріктіреді. Онда *әлеуметтік тәуекел*-бұл әлеуметтік салада туындайтын тәуекел. Т.Купчинова мынандай анықтаманы береді: "әлеуметтік қауіп-қатер-бұл әлеуметтік салада пайда болатын және көрінетін қауіп. Мұндай қауіптердің көздері саяси және экономикалық дағдарысқа, терроризмге, құндылықтар жүйесін қайта құруға, өмір сүру деңгейінің төмендеуіне, әлеуметтік этиологиясы бар аурулардың көбеюіне байланысты болуы мүмкін". М. Корнилова әлеуметтік тәуекел ұғымы "әлеуметтік салада пайда болатын және көрінетін тәуекелдер туралы" сөз болғанда қолданылатынын. Және де әлеуметтік тәуекелдердің мәні оның компоненттерінің дисфункция қаупі болып табылатындығын баса айтады. Ұлттар макро деңгейде мемлекеттер мен қоғам өмірінің негізгі салалары әлеуметтік тәуекелдердің объектілері болып табылады. Әлеуметтік құрылымдық деңгейде әлеуметтік тәуекелдер объектілері - әлеуметтік институттар мен әлеуметтік топтар. Әлеуметтік құрылымдық тәуекелдер

өмір сапасы әлеуметтік әл-ауқаттың ерекшеліктерінде жеке адамдар деңгейінде макро деңгей көрінеді". Анықтамалардың төртінші тобы сонымен, әлеуметтік тәуекелді қоғамның әлеуметтік құрылымындағы жағдайының теріс өзгеруімен байланысты, әлеуметтік мәні бар жағымсыз салдары бар жеке адамның (немесе топтың) ерекше қызметі ретінде түсіндіреді. Е. Маслова мәселен, әлеуметтік қауіп-қатер деп -адамның іс-әрекетін немесе оның қауіп-қатер жағдайынан бас тартуын (өмірдің кез-келген саласына тән таңдау, белгісіздік) айтады. Одан өз іс-әрекеттерін бағалауды, қажетті әлеуметтік қасиеттерді дамытуды, сондай-ақ әлеуметтік факторлардың әсерін есепке алуды және реттеуді талап етеді. Олардың әсерінен адамдардың өміріне теріс әсер ету ықтималдығы сақталады. Адамдардың өмірі мен денсаулығына теріс әсер етуі мүмкін. Н. Мешавкина орыс қоғамындағы әлеуметтік қауіпті зерттей отырып, оны "жеке адамның мәртебесіне теріс әлеуметтік салдары бар және оның өмір сүру деңгейі мен сапасының нашарлауы арқылы көрінетін әлеуметтік жағдайға байланысты адамның өмірінің бір түрі" деген тұжырымға келді. Денсаулық саласындағы тәуекелдер, сондай-ақ әлеуметтік зерттеушілер деп аталады. И. Паутов денсаулық саласындағы тәуекелдерді әлеуметтік тәуекелдер санатына жатқызады. Себебі, олар "жалпы қоғамға белгілі бір дәрежеде әсер етеді: жеке адамдар арасындағы өзара әрекеттесудің тиімділігі осы қоғамдағы денсаулық саласындағы нақты немесе ықтимал теріс үрдістер санының төмендеуімен артады" [205]. Белгілі бір мағынада денсаулыққа әлеуметтік анықталған тәуекелдерді шынымен әлеуметтік деп санауға болады. Өйткені олар популяция деңгейінде де көрінеді. Сонымен қатар жеке адамға қатысты объективті сипаттағы әлеуметтік факторлардың әсерінен қалыптасады (мысалы, егер біз макрофакторлар туралы айтатын болсақ). Қазіргі қоғамдағы адам денсаулығының қалыптасу үрдістерін түсіндіру үшін "әлеуметтік факторлар" немесе "әлеуметтік детерминанттар" санаттарының объективті жетіспеушілігінен туындайтын әлеуметтік детерминистік тәуекелдер санатына жүгіну қажеттілігі бірқатар себептерге байланысты болып отыр. Ол біріншіден-жылдам бейімделудің мүмкін еместігіне және нәтижесінде бірқатар әлеуметтік институттардың дисфункциясына әкелетін әлеуметтік үрдістердің жоғары динамикасы. Әлеуметтік жүйенің өзін трансформациялауға, түбегейлі қайта құруға бағытталған әлеуметтік субъектілердің белсенді трансформациялық қызметі (Э. Гидденс) жаһандық интеграциялық үрдістерімен, инновациялық өндірістердің дамуын жеделдетумен бірге қоршаған ортаның, оның ішінде әлеуметтік қауіптердің өсуін анықтайды. Тәуекел жағдайы тұрақты болған кезде күнделікті өмірге тәуекелдерді қосу (У. Бек), "тәуекел қоғамының" қалыптасуы тағы

бар.Екіншіден алсақ ,қазіргі қоғамда қауіпсіздікті қамтамасыз ету, сенімділікті арттыру мәселесін шешу болашақты тәуекел ретінде қайта жаңғыртуды (Г.Бехманн [25]), қоғамның және оның ішкі жүйелерінің дамуын сызықтық, қатаң детерминистік емес, ықтималдық ретінде түсінуді қамтиды.

Ал үшіншіден- көп факторлы денсаулық жағдайында сақтау және нығайту,халықтың денсаулығын басқару,олардың өзгергіштігінің жоғары дәрежесі сенімді бағалау өлшемдерін қолдануға мүмкіндік беретін жаңа ғылымды қажетсінетін құралдарды пайдалануды талап етеді [198]. Денсаулыққа қауіпті талдау осындай құралдардың бір әдістемесі. "Тәуекелді талдау" термині жиі талқыланады. Талдауды түсінетін мамандар а) зерттеу әдісі ретінде; Б) қандай да бір ауқымды зерттеудің бастапқы кезеңі ретінде оны құрамдас бөлігі ретінде, тәуекелді басқарудың неғұрлым маңызды рәсіміне қосуды не басқарумен қатар "тәуекелге қатысты шешімдер қабылдау әдіснамасы" элементтерінің бірі ретінде қарауды ұсынады [33; 34]. "Тәуекелмен жұмыс" әдіснамалық сызбсын құрудың төрт негізгі тәсілін бөлуге болады:

1.Екі кіші сатыдан тұратын тәуекелді талдау (қауіпті сәйкестендіру және тәуекелді бағалау) тәуекелді басқарумен қатар (тәуекел туралы хабардар етуді қамтитын) тәуекелді талдау мен басқарудың тұтас әдіснамасының бір бөлігін білдіреді. Бұл тәсілдің модификацияланған нұсқасына – "тәуекелді талдау" және "тәуекелді басқару". Талдау кезеңіне а) тәуекелді бағалау және б) тәуекелді байланыс кіреді. Тәуекел коммуникациясын жеке дербес элемент ретінде бөлуден бас тарту, бірінші жағдай, тәуекелді саралау кезінде тәуекел деңгейі оның әлеуметтік қолайлылығымен (жол берілуімен) сәйкес келмейтіндігіне байланысты. Ал екінші жағдайда, тәуекелге қатысты шешімдер қабылдау барлық мүдделі тараптардың пікірлерін ескерместен іске асырылатындығына әкеледі.

2.Тәуекелді талдау тәуекелді бағалауды және тәуекелді төмендетуді/бақылауды қамтитын тәуекелді басқару рәсіміне кезеңдердің бірі ретінде кіреді. Сонымен қатар, тәуекелді бағалау мен тәуекелді талдау "тәуекелді бағалау"жалпы блогына біріктіріледі.

3. Тәуекелдерді өңдеу, тәуекелдерді бағалау, тәуекелдерді қабылдау мен тәуекелдерді басқару тәуекелдерді басқарудың төрт негізгі элементі болып табылады. Мұнда көбіне,"тәуекелді талдау" категориясы мүлдем қолданылмайды.Осындай тәсіл тәуекелдерді басқару бойынша бірқатар шетелдік стандарттарда ISO-да "Тәуекелдерді басқару менеджментінің . принциптері мен нұсқаулықтарында " кездеседі.

4. Белгісіздік жағдайында шешім қабылдауды қолдауға бағытталған тұтас әдістеме болып табылатын тәуекелді талдау- үш негізгі элементті

камтиды – тәуекелді бағалау, тәуекел туралы хабарлау және тәуекелдерді басқару. Тәуекел категориясында оны зерттеудің негізгі бағыттарына біздің ойымызша хабарлама бар. *Белгісіздік жағдайы ретінде тәуекел дегеніміз*- зерттеуіміздің, сипаттамамыздың және біліктілігіміздің, яғни бағалаудың қажеттілігін анықтайтын біліміміздің жетіспеушілігін білдіреді. Тәуекел ықтималдық ретінде- жағдайға әсер ету, бақылау немесе алдын-алу, басқару мүмкіндігін анықтайтын әрекеттерімізге байланысты белгісіздік жағдайының нәтижесінің өзгергіштігін білдіреді. Социологиялық көзқарас тұрғысынан *тәуекел*- бұл қабылданған жағдай. Демек, қабылдау субъектісі тек жеке тұлғалар ғана емес, сонымен қатар әлеуметтік топтар да болып табылады. Және де қабылдаудың өзі әртүрлі әлеуметтік контексттер арқылы сыналады. Яғни, *тәуекел*-бұл ықтимал немесе нақты талқыланатын жағдай. Демек, әсер ету мүмкіндіктері мен шекараларын анықтайды. Яғни, денсаулыққа әлеуметтік анықталған тәуекелдерді талдау: а) тәуекелді бағалауды, б) қауіп-көтерді басқаруды; в) тәуекелдерді басқаруды камтиды. Тәуекелдерді талдаудың барлық элементтерінің ішінде ең маңыздысы тәуекелдерді талдау үрдісінің ашықтығын, тәуекел факторлары мен олардың әрекет ету деңгейлері туралы ақпараттың қол жетімділігі мен сондай-ақ барлық мүдделі тараптардың тәуекелдерді бағалау нәтижелерін, олармен байланысты басқарушылық шешімдерді қабылдауын қамтамасыз ететін тәуекел байланысы болып табылады. Тәуекелмен байланыс тәуекелді талдау іс шарасындағы кезеңдердің бірі ғана емес (дегенмен ол көбінесе қорытынды кезең ретінде қабылданады және белгіленген тәуекелдерге қатысты қабылданған шешімдер туралы халықты ақпараттандыруға дейін төмендейді). Ол тәуекелді талдаудың дайындық кезеңі (тәуекел факторларын анықтау кезінде) мен тәуекелді саралау кезеңінде (жол берілетін тәуекел деңгейін белгілеу кезінде) және де тәуекелді төмендету/бақылау жөніндегі іс-шараларды таңдау, басқару кезеңінде біріктірілген. Алайда, денсаулыққа әлеуметтік анықталған тәуекелдерді талдау әдіснамасының кез-келген элементін алып тастау оны толық етпейді. Бірақ тәжірибелік іске асыру мүмкіндігін айтарлықтай төмендетеді. Сонымен, шешім қабылдаушыларға хабарланбаған тәуекелді бағалау, оның нәтижелерін басқару қызметіне біріктіруге мүмкіндік бермейді. Осылайша, тәуекелді талдаудың басқару құралы ретінде негізгі мәні жоғалады. Екінші жағынан алсақ, тәуекел факторлары, олардың экспозициясы мен тәуекел деңгейі туралы ғылыми негізделген деректерсіз тәуекелді басқару интуитивті болып табылады. Нәтижесінде қалаған нәтиже көрсетпейді.

Жоғарыда айтылғандардың бәрін қорытындылай келе, келесідей қорытынды жасауға болады.

Қазіргі кезде халықаралық ғылыми қоғамдастық әлеуметтік детерминанттардың адам денсаулығына әсер ету ерекшеліктері мен тетіктерін әлеуметтік гигиена, әлеуметтік эпидемиология, денсаулық әлеуметтануы және медицина аясында әзірленген ғылыми-зерттеу мүдделерінің ауқымды пәнаралық саласы ретінде қарастырады. Жеке мінез-құлық факторларының жеке денсаулыққа әсер ету ерекшеліктері және де халықтың денсаулығын қалыптастырудағы әлеуметтік-экономикалық даму мен әлеуметтік теңсіздіктің рөлі кеңінен зерттелуде. Осы уақытқа дейін қауіп категориясы, эвристикалық құндылығына қарамастан әлеуметтік ғылымдар шеңберіндегі адам денсаулығы мәселелерін талдауға қатысты өте аз қолданылады. Әлеуметтік детерминистік тәуекелдерді талдаудың жалпы теориялық-әдіснамалық базасы әзірленбеген еді. Әлеуметтік факторлардың денсаулыққа әсер етуінің кешенді моделін құру, әлеуметтік детерминистік тәуекелдерді басқару тетіктерін негіздеу мәселелері бұрынғыдай өзекті болып отыр. Денсаулықтың әлеуметтік детерминистік тәуекелдерін зерттеу денсаулықты тікелей және мінез - құлық тәжірибесі арқылы қалыптастыратын макро-және микроәлеуметтік ортаны жүйелі зерттеуді қажет етеді.

Жаратылыстану – ғылыми және әлеуметтанулық тезаурустағы терминологиялық сәйкессіздіктерді жою, денсаулық үшін тәуекелдер мәселесінде ғылыми талдау жүйесін қалыптастырудың бірінші де міндетті шарты болып табылады. Әлеуметтік макро - және микроортаның әсерімен байланысты белгілі бір ауырлықтағы жеке немесе популяциялық денсаулықтың бұзылуының (бұзылуының) объективті түрде не ықтимал байқалатын субъективті түрінде қабылданатын ықтималдығы ретінде денсаулыққа әлеуметтік анықталған қауіпті анықтау оңтайлы болып табылады.

Халықтың денсаулығына әлеуметтік детерминистік тәуекелдерді талдау мен бағалаудың үш компонентін іске асыруды көздейді. Яғни, - байланыс және тәуекелдерді басқару. Денсаулыққа әлеуметтік анықталған тәуекелдерді талдау әдіснамасының кез-келген элементтерін жүйеден алып тастау оны тәжірибелік іске асырудың тиімділігін айтарлықтай төмендетеді.

2-тарау. Материалдар мен зерттеу әдістері

2.1 Зерттеу объектісі

Зерттеу объектісі Қазақстан Республикасының халқы болып табылады. Осы диссертациядағы зерттеу Қазақстан халқының өмір сүру деңгейі мен сапасының сандық сипаттамасы. Оларды анықтайтын факторлар әр фактордың халықтың табысына, шығыстарына және басқа да көрсеткіштерге әсер ету дәрежесін анықтау болып табылады. Бұл ретте Қазақстанның жекелеген өңірлері халқының өмір сүру деңгейі мен сапасының саралануы. Сондай-ақ өмір сүру деңгейінің экономиканың жұмыс істеу нәтижелерімен байланысы зерделенді.

Жұмыста халық бюджеттерінің нақты деректері, 2009 жылдан 2019 жылға дейінгі динамикадағы әртүрлі көрсеткіштер бойынша ұлттық есеп жүргізу жүйесі мен мемлекеттік статистика әзірлейтін басқа да ақпарат көздері негізінде орындалды.

Жұмыстың теориялық және әдіснамалық негізі БҰҰ және басқа да халықаралық ұйымдардың және Қазақстанның статистика мен талдау комитетінің әдіснамалық ұсынымдары, әдіснамалық әзірлемелер, ҚР статкомитеті, ҚР халқының әлеуметтік-экономикалық проблемаларының орталық зертханасы болды.

Ауқымды ақпараттық базаны қалыптастыруға Қазақстанның статистика және талдау жөніндегі комитетінің деректері негіз болды. Барлық ақпарат көздері пайдаланылатын әдебиеттер тізімінде өз көрінісін тапты.

Зерттеудің ерекшеліктері мен жұмыс құрылымы зерттеудің мақсаты мен міндеттерімен анықталады. Диссертация кіріспеден, үш тараудан, қорытындыдан, қосымшалардан және пайдаланылған әдебиеттер тізімінен тұрады.

Зерттеудің екінші кезеңі Қызылорда облысы Шиелі ауданы тұрғындарының объективті пікірі мысалында өмір сүру сапасы мәселесін зерттеу бойынша болды. Осы мақсатқа қол жеткізу үшін біз мемлекеттік статистика органдарының арнайы әзірленген және бекітілген сауалнамаларын пайдаландық (Қазақстан Республикасы Ұлттық экономика министрлігінің Статистика комитеті төрағасының 2019 жылғы 19 желтоқсандағы № 14 бұйрығына 3-қосымша, индексі D 002 халықтың өмір сүру сапасы Қазақстан Республикасы Ұлттық экономика министрлігінің Статистика комитеті Төрағасының 2017 жылғы 8 желтоқсандағы № 196 бұйрығы). "Ұрпақ және гендер" жалпы мемлекеттік статистикалық байқаудың статистикалық нысаны (коды 611105227, индексі ПГ, кезеңділігі біржолғы) мен оны толтыру жөніндегі нұсқаулықты бекіту туралы Қазақстан

Республикасының Әділет министрлігінде 2017 жылғы 26 желтоқсанда № 16123 болып тіркелді).

Ұсынылған сауалнама 22 сұрақтың бірінші бөлігіндегі төрт бөлімнен тұрады, екінші 11-дегі үшінші 19 және төртінші 1-сұрақ. Ұсынылған сауалнаманың авторлары толық объективті баға алу үшін сауалнаманы толтыру үшін толық түсіндірмелері бар түсіндірмелерді ұсынады. Олар келесідей ұсынылған. Құрметті респондент! Сауалнаманы толтыру кезінде сіз ұсынылған сұрақтардың мағынасын талдамай тереңдетпей, басқа адамдардың, яғни, сіздің үй шаруашылығыңыздың мүшелерінің көмегіне жүгінбей немесе пікіріне жүгінбей, жеке сезімдерді (сезімдерді) басшылыққа алуыңыз керек. Сіздің қанағаттану деңгейіңізді ұсынылған 1 - ден 10 - ға дейінгі шкалаға сәйкес анықтау керек. Мұнда 1 - ден 3-ке дейін қанағаттанбау, 4-тен 7-ге дейін-ішінара қанағаттану, ал 8-ден 10-ға дейін-толық қанағаттану. Егер сіздің ойыңызша, кейбір сұрақтар сізге қолданылмайтын болса немесе сіз оған жауап беруге қиналсаңыз, 89 "қолдануға болмайды немесе жауап беруге қиналамын" деген жауап нұсқасын таңдау керек. Қажетті жауап шеңбері шеңбермен қоршалуы керек. Әрбір сұраққа жауап беру кезінде бір белгіден артық белгіге жол берілмейді. Бұл сауалнама зерттелген тұрғындар тобының тұрғындарына ұсынылды. Бірақ , өкінішке орай, барлық ұсынылған сауалнамаларға толық жауаптар алынған жоқ, ұсынылған жауаптар бойынша біз толтырылған сауалнамаларға талдау жасадық. Ұсынылған сауалнама бойынша 78 адамнан, оның ішінде 46 әйелден және 20-58 жастағы 32 ер адамнан сауалнама алынды.

3-тарау. Басқа елдермен салыстырғанда Қазақстан халқының өмір сүру сапасы

Қазақстан өмір сүру сапасының рейтингінде 10-шы позицияға көтерілді. 2019 жылы респонденттердің өмір сүру деңгейіне қанағаттану деңгейі 60%-ды, 2018 жылы — 56,5% - ды құрады. Жыл сайын ҚР сатистика комитеті "халықтың өмір сүру сапасы" сауалнамасы бойынша тұрғындар арасында сауалнама жүргізеді. Үй шаруашылықтарын іріктеп зерттеу нәтижелері бойынша респонденттердің 63,5% - ы өзінің өмір сүруімен қанағаттанған. Бұл ретте ауылдық жерлерде Қазақстандықтардың өмір сүру деңгейіне қанағаттанғануы қалалықтарға қарағанда (58,4%) едәуір жоғары (72,5%). Сонымен қатар, өз өміріне қанағаттанған ерлер арасында әйелдерге (58,5%) қарағанда (61,8%) сұралғандар көп болды деп хабарлайды finprom.kz. Өмір сүру сапасы деңгейі бойынша әлем елдерінің рейтингінде (World Happiness Report) 2020 Қазақстан 10 болып көтерілді. 153 елдің арасында 50-орынға ие болды. Бұл ретте ЕАЭО елдері арасында Қазақстан бірінші орынға ие ; одан кейін Ресей (73 - орын), Қырғызстан (74-орын), Беларусь (75 –орын), Армения (116 - орын) орналасты. Өмір сүру сапасы деңгейі бойынша әлем елдерінің рейтингі - бұл әлем елдеріндегі халық өмір сүру сапасының көрсеткішін өлшейтін халықаралық зерттеу жобасы. Рейтингті жасау кезінде халықтың жан басына шаққандағы ЖІӨ деңгейі, күтілетін өмір сүру ұзақтығы, азаматтық бостандықтардың болуы, ертеңгі күнге деген қауіпсіздік пен сенімділік сезімі, отбасылардың тұрақтылығы, жұмыспен қамтылу кепілдігі, сыбайлас жемқорлық деңгейі мен сенім деңгейі, жомарттық және жомарттық сияқты қоғам жағдайының жанама көрсеткіштері ескеріледі.

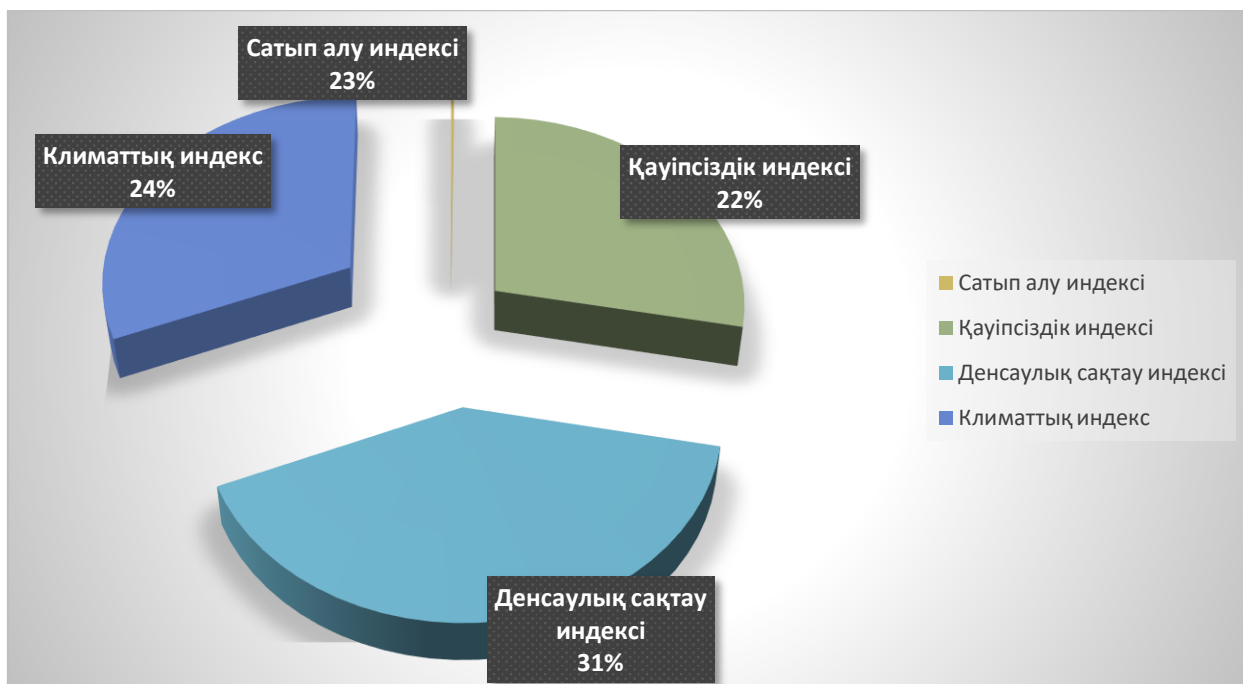
Рейтингтегі ең бақытты адамдар, өткен жылдағыдай, Финляндия тұрғындары болды. Бақыт деңгейі бойынша көшбасшы он елдің қатарына Дания, Швейцария, Исландия, Норвегия, Нидерланды, Швеция, Жаңа Зеландия, Австрия және Люксембург кірді. Сонымен қатар, ең бақытсыз адамдар — Зимбабве, Оңтүстік Судан және Ауғанстан тұрғындары. Әлемдегі ең ірі мәліметтер базасының порталы Numbeo.com өмір сапасының индексі бойынша елдердің рейтингін жариялады. 2020 жылдың басындағы ақпаратқа сәйкес Қазақстан Республикасы екі қатарға төмен жылжыды. Егер бір жыл бұрын 69-шы орынға ие болса, соңғы мәліметтер бойынша, ҚР аутсайдерлердің ондығына кірді. Өткен жылдағыдай өмір сүру үшін ең қолайлы үш елдің қатарына Дания, Швейцария, Финляндия кіріп отыр. Ең жоғары бағаларды Австралия, Нидерланды, Австрия, Исландия, Жаңа Зеландия, Германия және Эстония көрсетті. Рейтингті қалыптастыра отырып, мамандар тұрғындардың сатып алу қабілетін, қауіпсіздік көрсеткіштерін,

өмір сүру құнын, қоршаған ортаның ластану деңгейін зерттеді – жетекші елдерде өмір сүру сапасының индексі 192-ден 177-ге дейін болды.

Тізімдегі соңғы 10 ел жүзден төмен индексті көрсетеді. 88,3 көрсеткішімен Қазақстан 80-нен 71-ші орында тұр. Деректерге сәйкес Numbeo.com. біздің елде сатып алу қабілетінің өте төмен индексі. Өмір сүру құны, қауіпсіздіктің төмен индексі, денсаулық сақтаудың қалыпты индексі, жылжымайтын мүлік бағасының кіріске қатынасы, ластанудың жоғары деңгейі бар. Дереккөздің бағалауы бойынша Қазақстанда өмір сүру құны АҚШ-қа қарағанда 64% - ға төмен (жалдау ақысын есептемегенде).

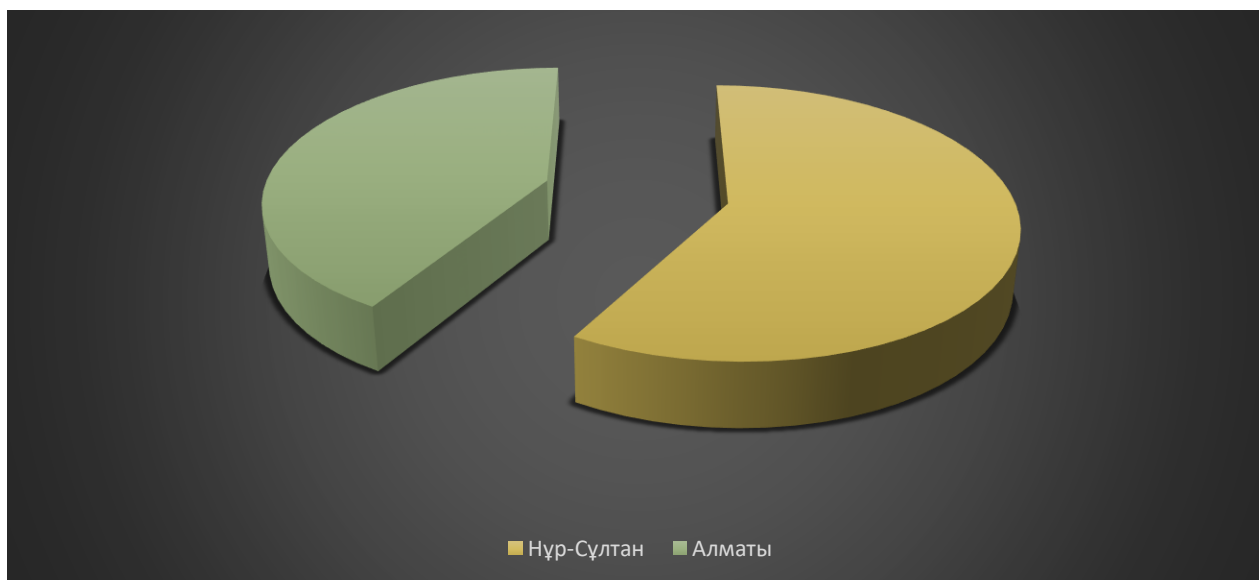
ҚР-да өмір сүру деңгейі орташадан төмен. Бұл қорытынды статистикалық көрсеткіштер негізінде елдерді бағалайтын әйгілі numbeo ресурсының қортындысы бойынша жасалды. Ол Қазақстан ала алатын 240 балдың 88-ін берді. Ұсынылған шкала бойынша үш сектор (қызыл, сары, жасыл) және бес негізгі деңгей бар. Бұл шамамен үш есе: "қызыл аймақтан" сәл жоғары. Ресми түрде ол "қалыпты" деп түсіндіріледі. Ресурстар қалалар мен ауылдық жерлердегі өмір сүру сапасын ақшаның өмір сүру құны мен сатып алу қабілеті, тұрғын үйдің қол жетімділігі, қылмыс, денсаулық сақтау деңгейі, қоршаған орта жағдайы және т. б. туралы мәліметтер негізінде өлшейді.

Аталған сайттың деректері бойынша Қазақстанда сатып алу қабілетінің (38.3) және өмір сүру құнының (29.64) индексі өте төмен. Бұл ретте қоршаған ортаның ластануының жоғары деңгейі (74.37). Жылжымайтын мүліктің қол жетімділігіне немесе оның бағасының кіріске қатынасына келетін болсақ, онда жағдай қалыпты деп саналады (11.55). Жалпы жағдай келесідей: яғни, сатып алу қабілетінің индексі өте төмен, қауіпсіздік индексі төмен, денсаулық сақтау индексі пен климаттық индекс қалыпты. (Сурет 1)



1-сурет– Индекс көрсеткіштері

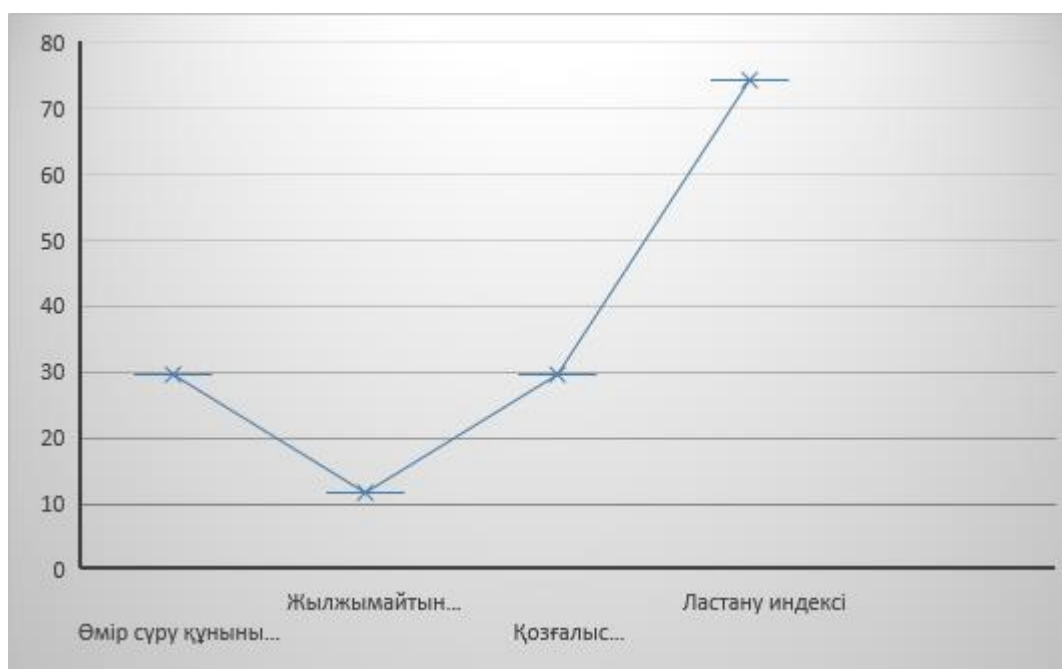
Мына төменгі диаграммада Қазақстанның екі қаласы бойынша талдау келтірілген. Алматыда өмір сүру деңгейі Астанаға қарағанда нашар-82.8 балл, 124.13-ке қарсы. (2-сурет)



2-сурет – Екі ҚР-ның қалаларының өмір сүру деңгейі

Елордадағы қауіпсіздік, тұрғын үйдің қолжетімділігі және ластану өлшемдері бойынша жоғары баға берілді. Сондай-ақ сайтта әлемнің 226 қаласының рейтингі жарияланды. Онда Алматы қаласы 19 қатарда соғынан

санағанда 208-ші орында тұр. Бұл тізімде Астана жо. Бірақ Стамбулда өмір сүру деңгейінің ұқсас көрсеткіші бар. Ол рейтингтің 183-ші орнын алады. Берлин, мысалы, 89 — орында (166 ұпай), Прага-97-орында (159), Нью — Йорк-140 — орында (138.9), Париж-164 — орында (125), Мәскеу-191-орында (105). Ең гүлденген қалалардың үштігінде Австралияның астанасы Канберра-Нидерландтың оңтүстігінде орналасқан Эйндховен (224.39) және Роли — Солтүстік Каролина штатының басты елді мекендері кіріп тұр(216.05). Ең төменгі баға Венесуэланьң астанасы Каракас, Лагос (Нигерия) және Бангладештің басты қаласы Даккаға берілді. ҚР өмір сүру құнының индексі өте төмен. Жылжымайтын мүлік бағасының кіріске арақатынасы қалыпты деп бағаланады. Қозғалыс уақытының индексі минимумға дейін төмен. Ал ластану индексі жоғары. Барлығы: өмір сүру сапасының индексі 88.06, яғни, қалыпты. (3-сурет)



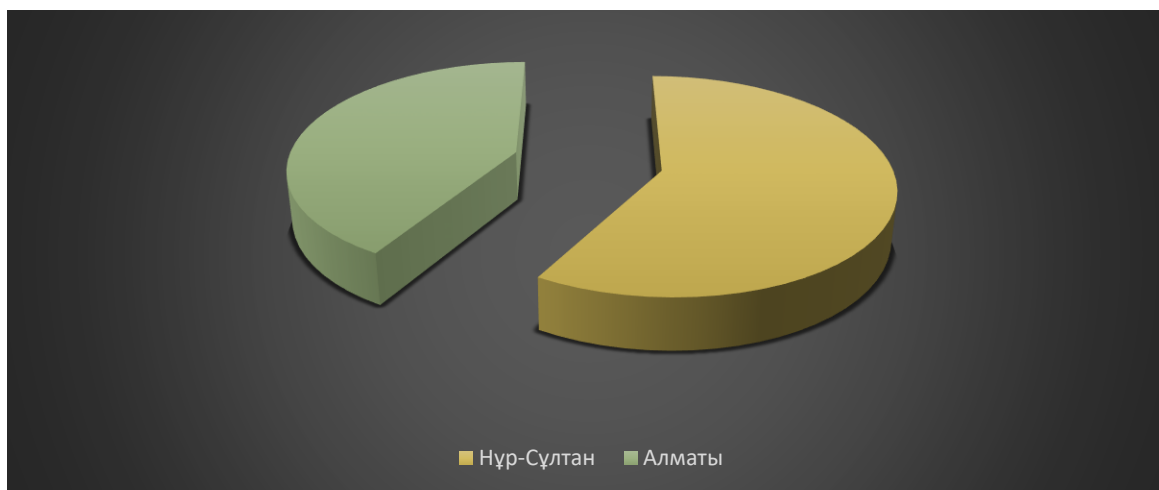
3-сурет –ҚР өмір сүру деңгейінің индексі

ҚР Денсаулық сақтау жағдайы бойынша Numbeo келесі денсаулық сақтау аспектілері бойынша зерттеу жүргізді: медициналық мамандардың біліктілігі мен құзыреттілігі, сараптама мен есептерден өту жылдамдығы, қазіргі заманғы диагностика мен емдеуге арналған жабдық есептерді толтырудың дәлдігі мен толықтығы, мамандардың ынтымақтастығы мен сыпайылығы, медициналық мекемелердегі ықыластылық (күту), орналасу ыңғайлылығы. Жалпы, денсаулық сақтау жүйесі индексінің көрсеткіші 59,62-ге тең және ол орташа көрсеткіш ретінде бағаланады(1-кесте).

1-кесте. Жалпы, денсаулық сақтау жүйесі индексінің көрсеткіші 59,62-ге тең және ол орташа көрсеткіш ретінде бағаланады

Сұралған денсаулық сақтау компоненті	Қанағаттанған %	Көрсеткіш
Медицина қызметкерлерінің біліктілігі мен құзыреттілігі	54,53	Қалыпты
Сараптама мен есептерден өту жылдамдығы	60,76	Жоғары
Қазіргі заманғы диагностика мен емдеуге арналған жабдық	65,70	Жоғары
Есептерді толтырудың дәлдігі мен толықтығы	56,79	Қалыпты
Қызметкерлердің мейірімділігі және сыпайылығы	56,89	Қалыпты
Медициналық мекемелердегі жауапгершілікке (күтуге) қанағаттану	50,29	Қалыпты
Сіз үшін бағаны қанағаттандыру	59,56	Қалыпты
Сізге ыңғайлы орналасу	72,49	Жоғары

Деректер базасының порталы Numbeo.com олардың деректері әлемнің барлық қалаларының жазбаларынан жасалған. Соңғы 3 жылдағы осы сайтқа кірушілердің қабылдауына негізделген. Зерттеуге 5393 қалада 48779 адам қатысқан басқа елдермен салыстырмалы сипаттамада ҚР ластану дәрежесі талданды. Бұл зерттеу бүкіл әлемдегі ластану (сондай-ақ тазалық) туралы ақпаратты қарау мен салыстыруға мүмкіндік береді. Ол қалалардағы ластану туралы мыналарды талдайды: ауа сапасына қанағаттану, ауыз судың сапасы мен қол жетімділігі, судың ластануы (жалпы), қоқыс шығаруға қанағаттану, адамдар қаланы таза және ұқыпты деп санай ма жоқ па, қаладағы түндегі шу мен жарық, қаладағы жасыл желектер мен саябақтар, қалада уақыт өткізуге ыңғайлы ластануға өз ойы. Сайт деректеріне сәйкес Қазақстан Республикасы бойынша ластану индексінің көрсеткіші 72,78% - ды құрады (суретті қара). Мұндай көрсеткішті жоғары деп бағалауға болады. (4-сурет)



4-сурет – Ластану индексі

Халықтың Қазақстандағы тазалығы мен тазалығына қанағаттануы жалпы алғанда ҚР ауасының сапасы - 23,60 (төмен), Алматы қ.-12,16 (өте төмен), Нұр-Сұлтан Қ. - 60,26 (Жоғары), ҚР ауыз суының сапасы мен қолжетімділігі-56,42 (қалыпты), Алматы қ.-62,05 (жоғары), Нұр - Сұлтан Қ.-52,56 (қалыпты), ҚР қоқыс шығаруға қанағаттануы-37,22 (төмен), ҚР ауыз суының сапасы мен қолжетімділігі, Алматы қ. - 31,02 (төмен), Нұр-сұлтан қаласы - 54,61 (орташа). Ал тазалық және тәртіп ҚР-46,49 (орташа), Алматы қ. - 37,61 (төмен), қ. Нұр-Сұлтан 75,64 (жоғары). Тыныш және түнгі жарықтармен қамтамасыз ету мәселесі ҚР - 52,67 (орташа), Алматы қ.-52,73 (орташа), Нұр-Сұлтан қалаасында - 59,21 (орташа). ҚР су сапасы-45,88 (орташа), Алматы қ.-50,70 (орташа), Нұр - Сұлтан қаласы.-41,67 (орташа). ҚР қаласында уақытты жайлы өткізу-38,14 (төмен), Алматы қ. - 31,42 (төмен), Нұр-сұлтан қалаасы-67,36 (жоғары). Ал жасыл желектер мен ҚР саябақтарының сапасы-61,02 (жоғары), Алматы қ. - 65,60 (жоғары), Нұр-сұлтан қ. - 68,92 (жоғары)(2-кесте).

2-кесте. Кауптілік факторлар

Ластану түрі	ҚР		Алматы		Нұр-Сұлтан	
	ҚР	Жоғары	Алматы	Өте жоғары	Нұр-Сұлтан	Төмен
Ауаның ластануы	76,40	Жоғары	87,84	Өте жоғары	39,74	Төмен
Ауыз судың ластануы мен қол жетімсіздігі	43,58	Қалыпты	37,95	Төмен	47,44	Қалыпты
Лас және таза емес	62,78	Жоғары	68,98	Жоғары	45,39	Қалыпты
Шу мен сәулелік ластану	53,51	Қалыпты	62,39	Жоғары	24,36	Төмен

Судың ластану	47,33	Қалыпты	47,27	Қалыпты	40,79	Қалыпты
Қалада уақыт өткізуге қанағаттанбау	54,12	Қалыпты	49,30	Қалыпты	58,33	Қалыпты
Қаладағы жасыл желектер мен саябақтарға көңіл толмау	61,86	Жоғары	68,58	Жоғары	32,64	Төмен

Халық санының серпінін есепке алу мен демографиялық болжамдар тұрақты даму стратегиялары және бағдарламаларын әзірлеу кезінде маңызды компоненттер ретінде даму саласындағы жаһандық күн тәртібі қаралады. Демографиялық деректерді әлеуметтік-экономикалық жоспарлау мен даму бағдарламаларының мониторингіне интеграциялауға жәрдемдесуге көп көңіл бөлінеді. Демографиялық факторлар себептердің де, болашақ экономикалық, экологиялық, әлеуметтік өзгерістерге деген реакцияның да маңызды құрамдас бөлігі болып табылады.

Халқтың саны мен жас құрылымы өзгеруінің мәселелері мен салдарларын және халықтың ұдайы көбею үрдістері мен перспективаларын, сондай-ақ демографиялық үрдістердің экономика мен әлеуметтік саланың өңірлік дамуымен байланыстарын түсіну Үкіметке демографиялық өзгерістерге тән экономикалық әлеуетке негізделетін саясатты әзірлеуге көп көмектеседі. *Қоғамның ең маңызды капиталы - адам капиталы.* Өңірлік және ұлттық деңгейлерде оның саны мен сапасын бағалау — қазіргі заманғы мемлекеттік басқарудың аса маңызды элементтерінің бірі болып отыр.

Халық санын, оның құрылымын жасына, жынысына, біліміне, кәсібіне, экономикалық қызметі мен басқа да маңызды сипаттамаларына қарай анықтай отырып, ұлт бейінінің сандық мәндері мемлекеттік шешімдерді дәлелді қабылдау үшін міндетті шарт болып табылады. Және ол орнықты даму саласында халықаралық деңгейде қабылданған мақсаттарға да қол жеткізудегі прогресс мониторингінде маңызды рөл атқарады.

2016 жылы әлем шұғыл жаһандық мәселелерді шешу үшін 2030 жылға дейінгі кезеңге арналған орнықты даму саласындағы күн тәртібін іске асыруға ресми түрде кірісті. Орнықты дамудың жаһандық мақсаттары мен бағыт-бағдарлары "Қазақстан 2050" Стратегиясында белгіленген. Онда Қазақстанның басымдықтары мен міндеттеріне толық сәйкес келеді. Ұлттық стратегия мемлекеттің әлемнің ең дамыған отыз елінің қатарына кіруін қамтамасыз етуге бағытталған. Және де бес институционалдық реформаны

іске асыру жөніндегі "100 нақты қадам" Ұлт жоспары мен "Рухани жаңғыру" бағдарламасын іске асыруды қолдайды.

Еліміздің президенті Қасым-Жомарт Тоқаев жариялаған "Халық үніне құлақ асатын мемлекет" қағидаты да орнықты даму саласындағы жаһандық күн тәртібінің "Ешкімді артта қалдырмау" қағидатымен толық көлемде ұштасып отыр. Тұрақты дамуға барлық әйелдер мен ерлердің, қыздардың болуын қамтамасыз ету арқылы ғана қол жеткізуге болады. Ұлдар репродуктивті құқықтар мен репродуктивті денсаулықты қорғау құқығын қоса алғанда, адам құқықтарын өз мүмкіндіктерін кеңейту үшін толық пайдаланады. Орнықты даму жолы лайықты еңбекті қамтамасыз ету мен экономикалық дамуға жәрдемдесу арқылы іске асады. Халықтың динамикасы даму мақсаттарына қол жеткізу мүмкіндіктерін анықтай отырып, даму үрдісіне үлкен әсер етеді. Жастар мен қарт топтар пропорцияларының, туу, сырқаттану және өлім-жітім көрсеткіштерінің, халықтың өсуінің және қаланың дамуы мен ішкі көші-қонның өзгеруі елдің әртүрлі өңірлеріндегі кірістері мен мүмкіндіктерінің теңсіздігімен өзара байланысты. Ұлттық орташа көрсеткіштерден басқа, репродуктивті денсаулық саласындағы қызметтерді қоса алғанда, экономикалық мүмкіндіктер мен негізгі әлеуметтік және медициналық қызметтерге қолжетімділік туралы өңірлік айырмашылықтарды көрсететін деректер ерекше рөл атқарады. *Жастар*-болашақ даму әлеуеті-технологиялық инновациялар мен әлеуметтік өзгерістерге ықпал етеді. Бірақ бұл үшін олар сапалы денсаулық сақтаумен, білім берумен қатар, лайықты жұмысқа орналасу мүмкіндіктерімен қамтамасыз етілуге тиіс.

Осы бағдарламаның маңызды элементі — "Қазақстан Республикасындағы халық қоныстануы саласындағы жағдайды талдау" (СЖТ) нақты есебі негізінде талдау жүргізілді. Қазақстандық және халықаралық кеңесшілер әзірлеген ұлттық деңгейдегі бұл есеп халықтың саны мен құрылымының серпінін, халықтың ұдайы өсу үрдістері мен перспективаларын кешенді бағалау, демографиялық үрдістердің өңірлік әлеуметтік-экономикалық дамумен байланыстарын айқындау жөніндегі әлеуметтік-демографиялық ақпаратты талдауды көрсетеді.

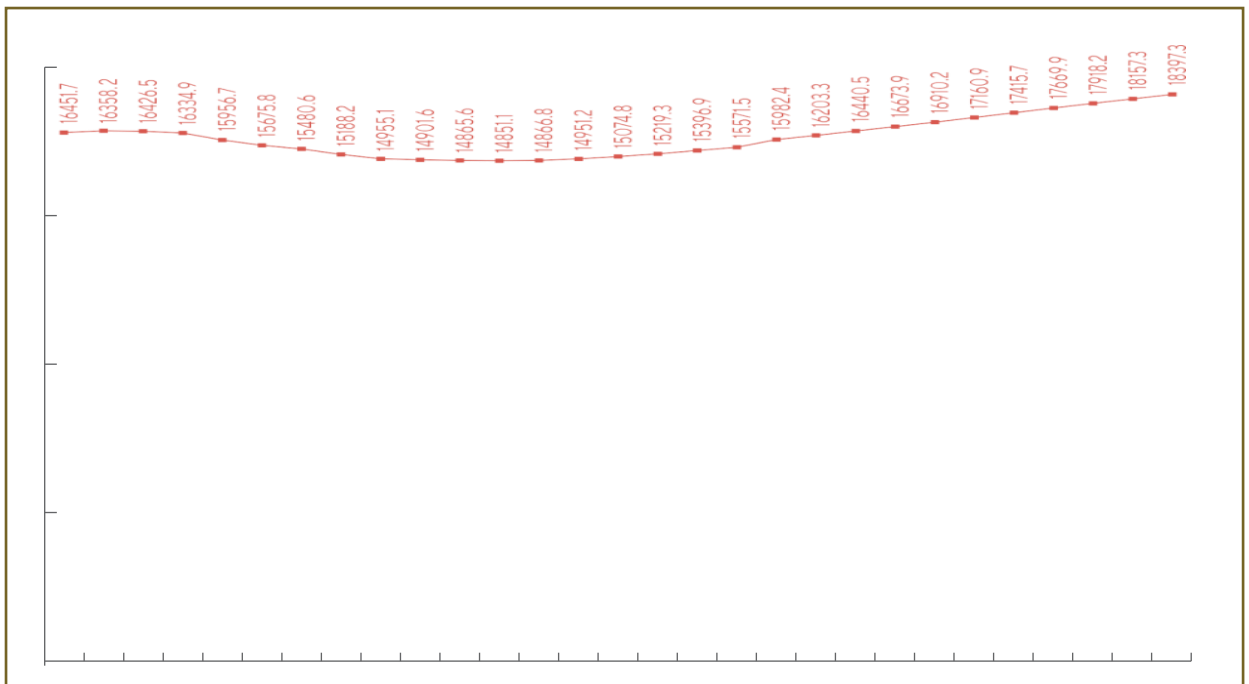
Ұсынылған есеп Қазақстан Республикасы Ұлттық экономика министрлігі Статистика комитетінің сайтында ұсынылған ресми статистикалық деректерге (ағымдағы статистика, статистикалық бюллетеньдер мен жинақтар, халық санағының және Ұлттық іріктемелі тақырыптық зерттеулердің деректері), сонымен қатар Статистика комитетінің мамандары ұсынған қосымша деректерге негізделген. Талдау үшін барлық қажетті ақпарат болмаған жағдайларда, қолда бар деректер

негізінде белгілі бір көрсеткіштердің шамаларын есептеу мен бағалау жүргізілді.

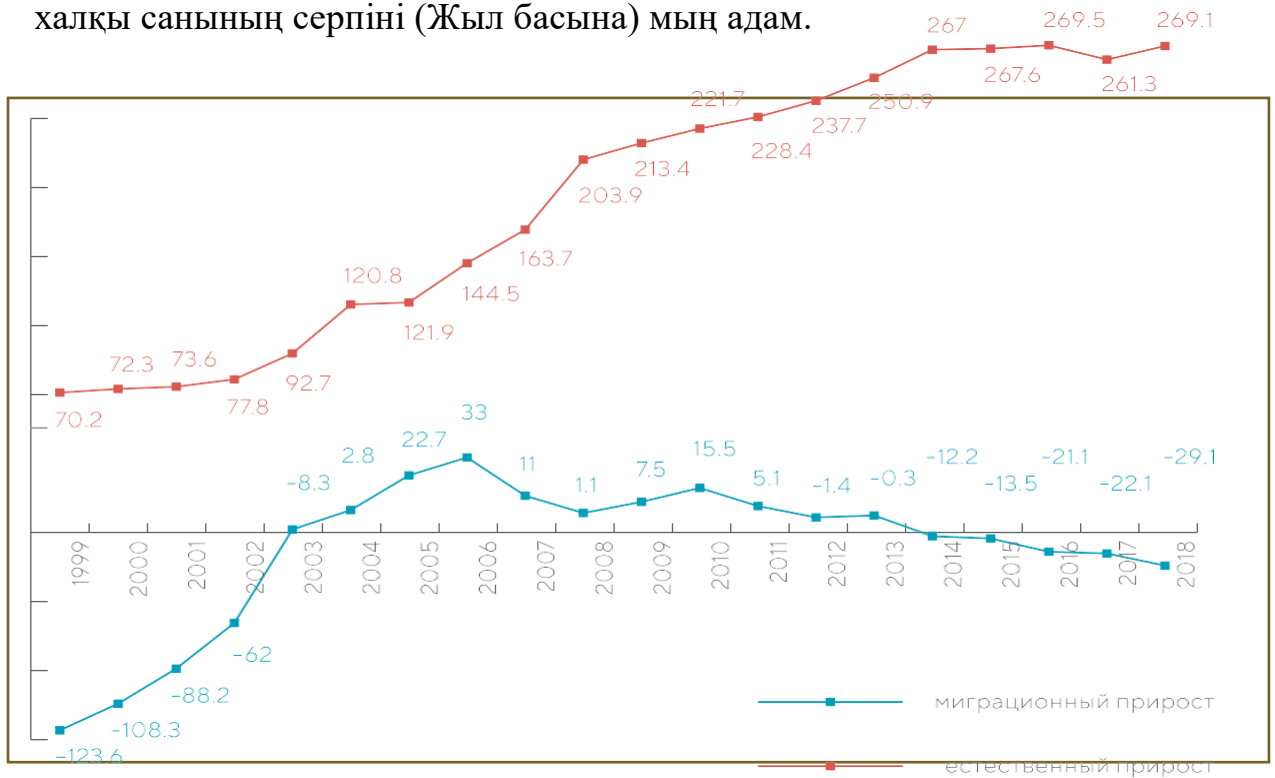
Статистикалық деректерді пайдалану кезінде облыс орталығы Түркістан қаласында Түркістан облысының құрылуы, оның құрамынан миллион халқы бар қала шыққаннан кейін Оңтүстік Қазақстан облысы халқының саны мен құрылымының айтарлықтай өзгеруі және жаңа әкімшілік - аумақтық бірліктің - Шымкент республикалық бағыныстағы қаланың құрылуы ескерілді.

Қазақстан-18 конфессиялы 100-ден астам этнос өкілдері тұратын көпұлтты мемлекет. Республика әлемде көлемі бойынша тоғызыншы орында. Бұл ретте халықтың орташа тығыздығы бір шаршы километрге небәрі 6,8 адамды құрайды. Қазақстан табиғи ресурстар қоры бойынша әлемде алтыншы орында. Және табыс деңгейі орташадан жоғары елдерге жатады. 2018 жылғы адам дамуы туралы баяндаманың деректеріне сәйкес, Қазақстан адам дамуы индексінің мәні өте жоғары (0,800) елдердің тізіміне кіріп, әлемнің 188 елінің арасында 59-орынды алады. Қазақстан тәуелсіздігінің алғашқы онжылдығында халық саны қысқарды. 1992 жылдан 2001 жылға дейін ол 1 млн 600 мың адамға немесе 9,7% - ға азайды. 2002 жылдан бастап Қазақстан халқы тұрақты өсіп, 2019 жылға қарай 18,4 млн адамды құрады. Тұрақты өсу негізінен халықтың айтарлықтай көші-қонының азаюымен және халықтың табиғи өсуінің ұлғаюымен байланысты болды

Соңғы 20 жылда Қазақстан Республикасы халқы санының ұлғаюы оның табиғи өсімімен қамтамасыз етілді (туылғандар санының қайтыс болғандар санынан асып кетуі). Ол 1999-2018 жылдар кезеңінде 3 млн 628 мың адамды құрады. 1999-2001 жылдары халықтың азаюы халықтың табиғи өсімінен асып түсетін көші-қон шығындарының нәтижесінде болды. Көші-қон өсімі тек 2004-2011 жылдары ғана орын алды. Бірақ осы кезеңде туылғандар санының қайтыс болғандар санынан асуының халық санының жалпы өсуіне қосқан үлесі 80% - дан асты. Яғни, халық санының өсуі негізінен табиғи өсім есебінен болды. Соңғы 5 жылда халық санының өсуі, мен көші-қонның кемуі (2013 жылғы 0,3 мың адамнан 2018 жылы 29,1 мың адамға дейін) өспесе, онда ол көрсеткіш (260-270 мың адам) болар еді. 2014-2018 жылдары ол халық санының өсуінен 7,3% — ды, ал 2018 жылы-10,8% - ды "алып тастады".



5-сурет – Ластану индексі.1991-2019 жылдардағы Қазақстан Республикасы халқы санының серпіні (Жыл басына) мың адам.



6-сурет – 1999-2018 жылдардағы Қазақстан Республикасы халқы санының өсу компоненттері (мың адам)

3.1 Халықты аумақтық бөлужәне халық құрылымы

Халық санының серпіні Қазақстан өңірлерінде айтарлықтай ерекшеленеді. Бұл халықтың аумақтық бөлінуінің өзгеруіне алып келеді. Елдің тәуелсіздік жылдарында Оңтүстік және Батыс облыстар халқының саны мен үлесі елеулі түрде өсті. 1992-2018 жылдары Маңғыстау облысы халқының саны екі есеге жуық өсті. Атырау облысы халқының саны 46,4% — ға, Қызылорда (34,1% — ға) және Түркістан (33,3% — ға) облыстарының шамамен үштен біріне, Алматы облысының-22,7% - ға және Ақтөбе облысының-17,5% - ға артты. Қазақстан халқының жалпы санындағы осы облыстар халқының үлесі 1992 жылдан бастап 2019 жылға дейін 42,2% - дан 47,7% - ға дейін артқан болатын. Сонымен бірге, елдің орталық, солтүстік және шығыс бөліктерінде орналасқан аудандар осы кезеңде халық санының айтарлықтай жоғалуына ұшырады. Олардың едәуір елеулі бөлігі Солтүстік Қазақстан (39,6%), Ақмола (31,0%) және Қостанай (29,6%) облыстарында. Шығыс Қазақстан облысында халық саны 22,4% — ға, Павлодар облысында — 21,1% - ға, Қарағанды облысында-18,6% - ға қысқарды. Қазақстанның жалпы халық санындағы осы алты облыс халқының үлесі 1992 жылдың басындағы 4,5% - дан 2019 жылдың басындағы 30,9% - ға дейін 1,5 есеге қысқарды .

2008 жылдан бастап қала халқының үлесі тұрақты өсуде. бұл өсу негізінен республикалық бағыныстағы үш қаланың есебінен жүреді. Бұл қалалардың елдің жалпы халқындағы бірлескен үлесі 1992 жылдың басында 11,1% құрады, 2019 жылдың басында 21,4-ке жетті

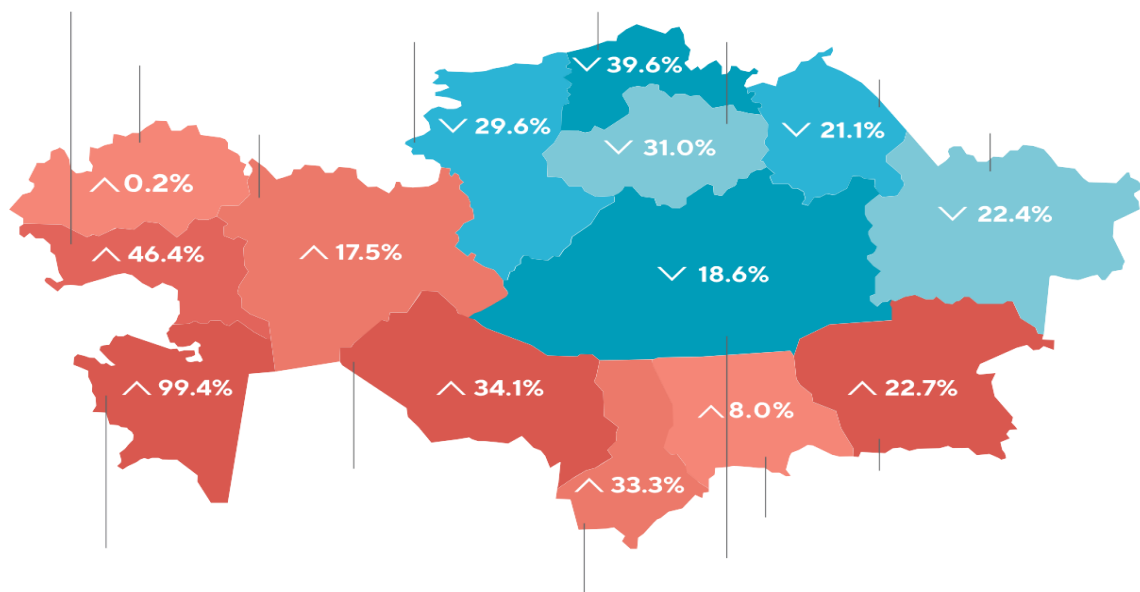
Нұр-сұлтан 1992 жылдан бастап тұрғындар саны 3,6 есеге— 2019 жылдың басына 298 700-ден 1 078 400 адамға дейін өсті, тиісінше, Нұр — сұлтан қаласы халқының үлесі Қазақстанның жалпы халық санында үш есеге-1,8% - дан 5,9% - ға дейін ұлғайды. Яғни,1992-298700 ,2019-1078400

Шымкент 1992 жылдан бастап Шымкент қаласының халқы 2,5 есеге (1992 жылдың басындағы 400 500-ден 2019 жылдың басындағы 1 009 100 адамға дейін) артып, ел халқының жалпы санының 5,5% - ын құрады (1992 жылғы 2,4% - дан ұлғайып). Демек,1992-400500, 2019-1009100 болды.

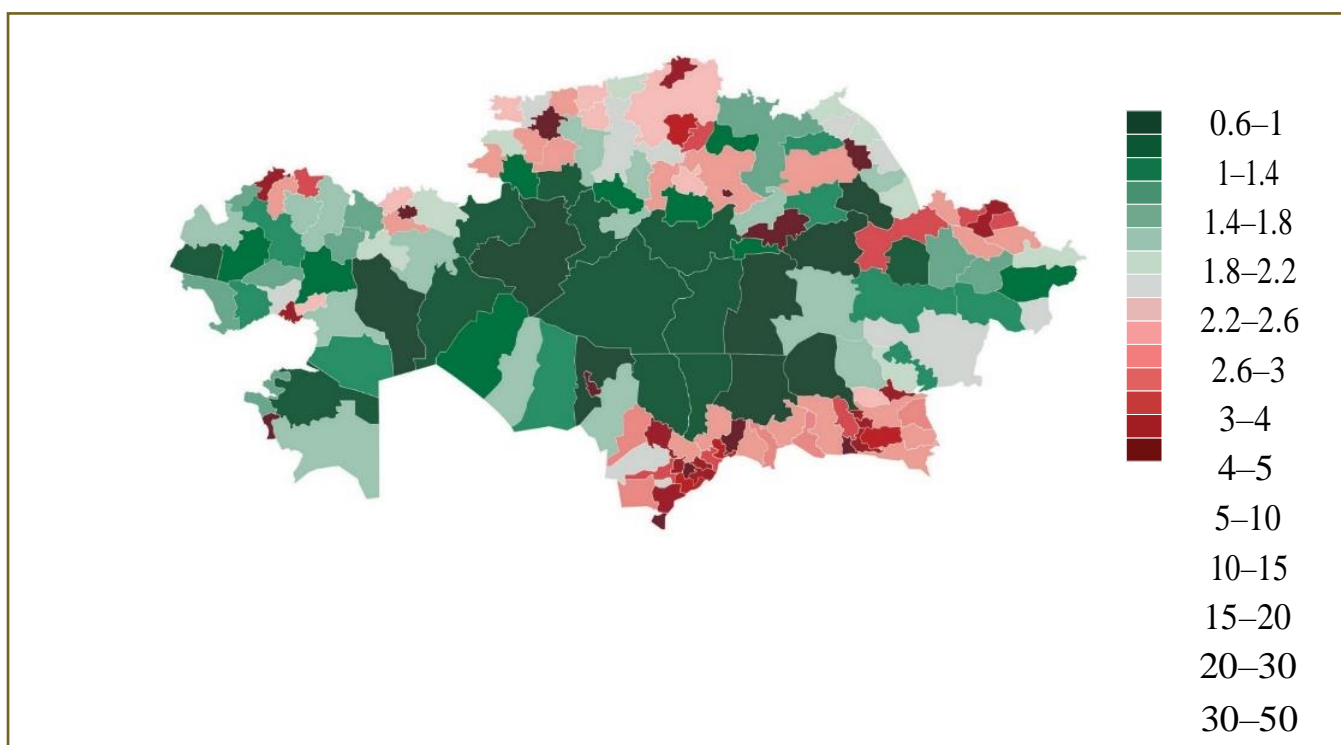
Ал Алматы қаласының халқы 1992 жылдан бастап 63,5% - ға өсті. Алматы ең көп қоныстанған қала болып қала береді — 2019 жылдың басында 1 854 800 адам болды.

Қазақстан халқының жалпы санындағы оның халқының үлесі 1992 жылғы 6,9% - дан 2019 жылдың басына 10,1% - ға дейін өсті. Демек, жалпы саны 1992-1134600 болса, ал 2019-1854800 болды. 1992 жылдан 2018 жылға дейін өңірлер бойынша халықтың аумақтық бөлінуінің өзгеру серпіні БҚО

0,2%, Атырау 46,6%, Ақтөбе 15,5%, Манғыстау 99,4%, Қызылорда 34,1%, Түркістан 33,3%, Жамбыл 22,7%, ШҚО 22,4%, Алматы 22,7% болды.



7-сурет –Қазақстан халқының жалпы санындағы оның халқының үлесі



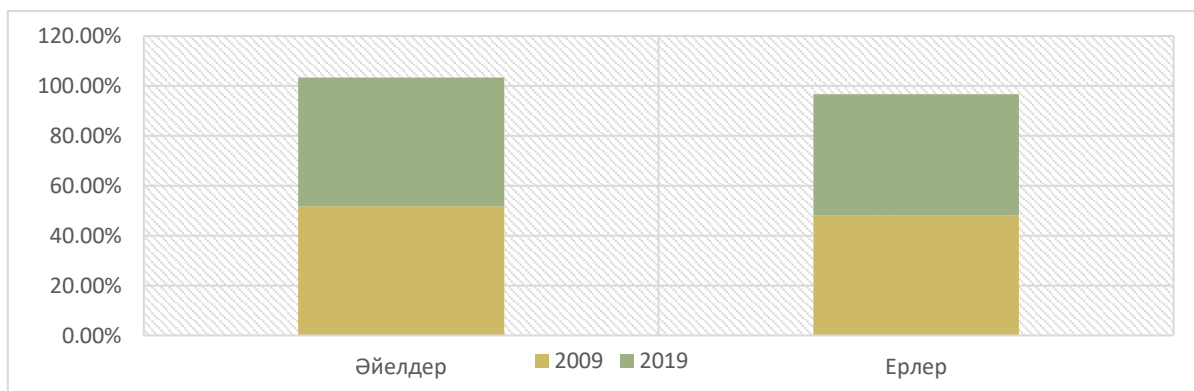
8-сурет –Қазақстанның қала халқы табиғи өсімі

Қазақстанның қала халқы табиғи өсім есебінен де, көші-қон өсімі есебінен де ұлғаюда. Бұл ретте халықтың табиғи өсімі басым болып отыр. 2009-2018 жылдары қала халқы санының жалпы өсіміндегі оның үлесі 76,1%

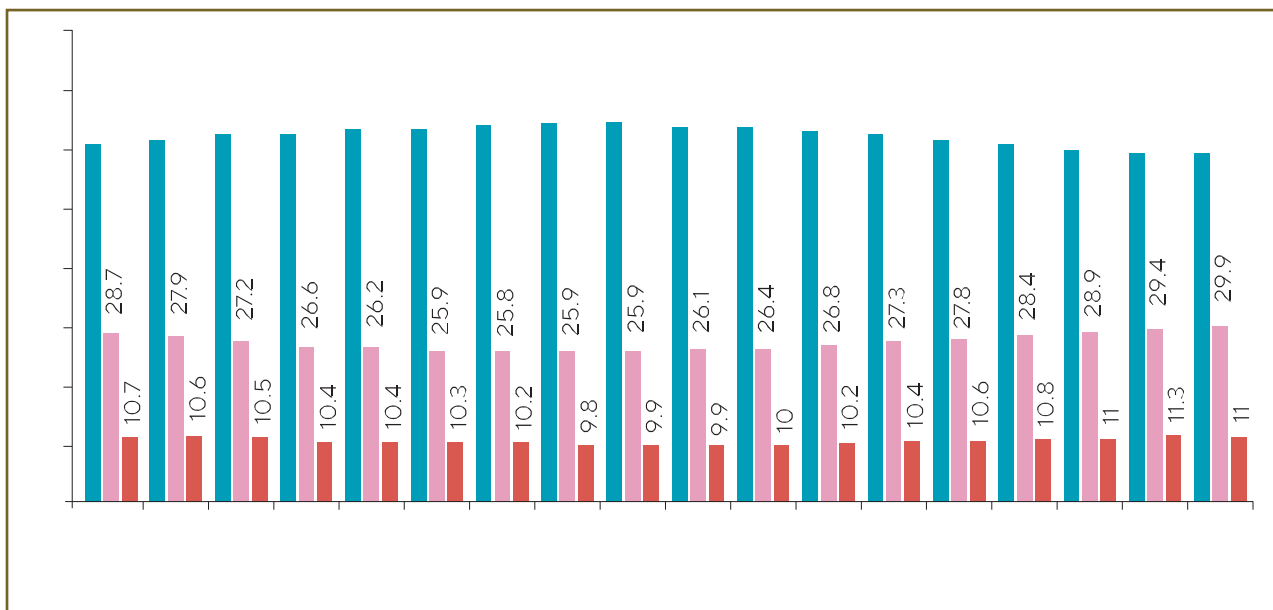
- ды құрайды. Ауыл халқының өсуі туылғандар санының қайтыс болғандар санынан асып кетуі есебінен ғана жүреді. Ал көші — қон сальдосы теріс-жалпы 2009-2018 жылдары ол табиғи өсімнің 42,7% - ын құрайды. Елдегі барлық қала халқының саны 2019 жылдың басына қарағанда 1992 жылдың басымен салыстырғанда 1 234 700 адамға немесе 13,6% - ға артып, елдің барлық халқының 58,2% - ын құрады. Еліміздің оңтүстік өңірлерінде ауыл халқы басым — Түркістан облысында ауыл халқының 80% — ы, Алматы облысында — 77,5% - ы, Жамбыл облысында-60,3% - ы құрап отыр.

Демографиялық және әлеуметтік-экономикалық тарихтың нәтижелерін көрсететін халықтың жас-жыныстық құрылымы мен сонымен бірге болашақ демографиялық динамиканы анықтайды. Экономикалық және әлеуметтік дамудың мүмкіндіктері мен шектеулерін жасайды.

2009 жылғы халық санағының деректерімен салыстырғанда (әйелдер — 51,8%, ерлер — 48,2%) әйелдердің үлесі 2019 жылдың басына 0,3% - ға төмендеді. Бұл өзгерістер негізінен халықтың жас құрылымындағы өзгерістерге байланысты-ерлердің үлесі жоғары еңбекке қабілетті жасқа дейінгі халық үлесінің едәуір артуына байланысты. Қазақстанда әйелдер мен ерлер санының шамамен теңдігі 20-29 жас аралығындағы кезеңде байқалады. 65-69 жас аралығындағы әйелдер ерлерге қарағанда 1,5 есе, ал 70 жастан асқан әйелдер 2 есе көп. 2009 жылғы халық санағынан кейінгі кезеңде Қазақстан халқының жас құрылымының өзгеруі еңбекке қабілетті жастағы халық үлесінің біршама қысқаруы мен бір мезгілде еңбекке қабілетті жастан асқан және әсіресе жас халық үлесінің ұлғаюынан көрінеді. Бұл халықтың табиғи өсуінің ұлғаюына, яғни туудың кейбір өсуіне байланысты және өлім-жітімнің төмендеуімен де тікелей байланысты.

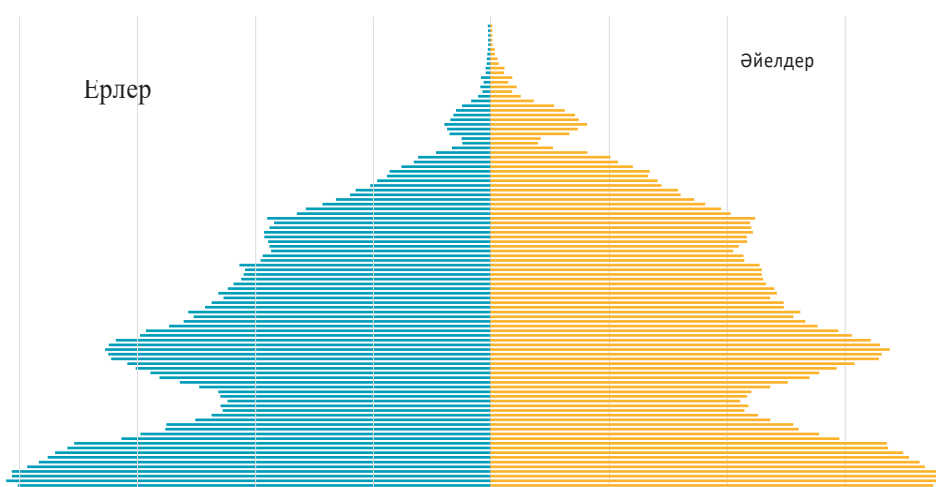


9-сурет – Қазақстанның қала халқы табиғи өсім Қазақстан Республикасының халқын 2009-2019 жылдары негізгі жас топтары бойынша бөлу (% ; жыл басына).



10-сурет – Қазақстанның қала халқы табиғи өсім Қазақстан Республикасының халқын 2009-2019 жылдары негізгі жас топтары бойынша бөлу (% ; жыл басына).

Қазақстан халқының жас-жыныстық пирамидасы (2019 жылдың басында) салыстырмалы түрде кең (және жас жастарда кеңейетін) ауқымға ие бола отырып, 2002 жылдан бастап 1990 жылдары туудың азаюының орнына туылғандар санының жыл сайын дерлік ұлғаюын көрсетеді. Бұл төмендеудің салдары - 15-20 жас тобындағы жас - жыныстық пирамидадағы "сәтсіздік" болып отыр. Оның ең үлкен тереңдігі 2019 жылдың басында 17-21 жас аралығында болды (1997-2001 жылдары туған).



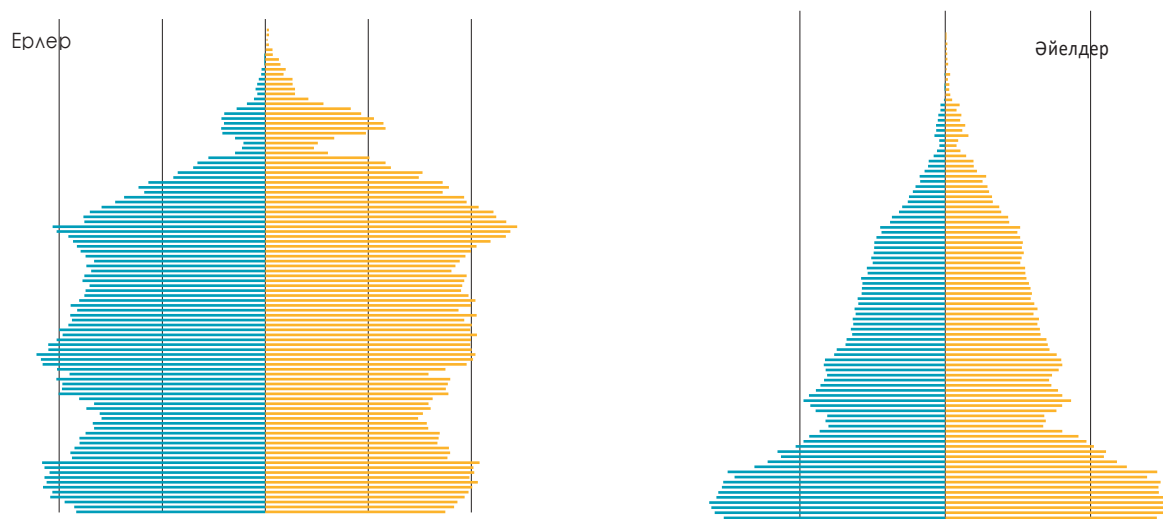
11-сурет –Қазақстан халқының жас-жыныстық пирамидасы (2019 жылдың басында)

Репродуктивті жастағы халық санының азаюы мүмкін. Бұл туудың салыстырмалы түрде жоғары жас коэффициентімен өтелді. Нәтижесінде, 2019 жылдың басында (1960-1969 жылдары туған халық) 49-58 жас аралығында халық санының өте аз ерекшелігін көреміз. 1970-1980 жылдардың бірінші жартысында туылғандар саны артты. Бұл өсу әсіресе 1984-1987 жылдары, оның ішінде, ұрпақтар санының өсуі 30-39 жас аралығында болды (2019 жылдың басында). Халықтың жас құрылымының өңірлік айырмашылықтары Солтүстік Қазақстан және Түркістан облыстарының (Солтүстік және оңтүстік өңірлер) жас - жыныс пирамидаларының мысалында айқын көрінеді.

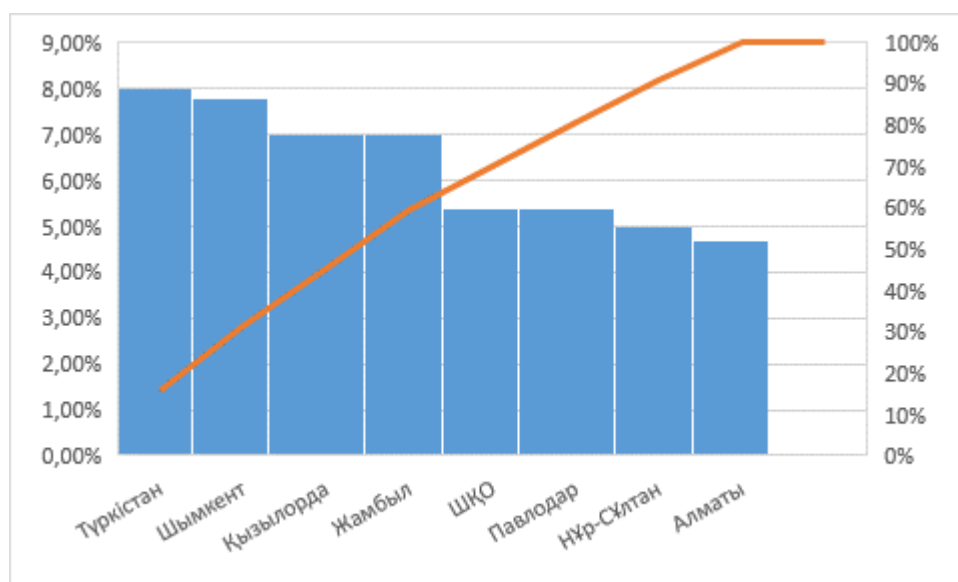
Солтүстік Қазақстан облысы халқының жас-жыныстық пирамидасы еңбекке қабілетті жастағы халықтың салыстырмалы түрде жоғары үлесін көрсетеді. Оған қарағанда, Түркістан облысы халқының жас-жыныстық пирамидасы егде жастағы халықтың төмен үлесін және 16 жасқа дейінгі балалардың жоғары үлесін көрсетеді. 15-19 жастағы жасөспірімдердің үлес салмағы Қазақстанның барлық халқының 6,2% - ын құрайды. Осы жастағы жастардың үлесі 7,0%— ды Жамбыл және Қызылорда облыстарында, 8,0% — ды Түркістан облысында, 7,8% - ды Шымкентте құрайды. Бұл көрсеткіштің мәні әлдеқайда төмен. Шығыс Қазақстан және Павлодар облыстарында (5,4% - дан) болса, Нұр-сұлтан (5,0%) мен Алматы (4,7%) қалаларында одан да аз. 2019 жылдың басында Қазақстан Республикасында 15-24 жастағы халықтың үлесі 12,8% - ды құрады. Осы жас тобындағы жастардың ең жоғары үлесі Түркістан (15,2%), Қызылорда (14,3%) облыстарында және Шымкентте (15,6%) болса, оның ең аз үлесі Шығыс Қазақстан және Павлодар облыстарында (11,2% - дан) болып отыр. 2019 жылдың басында 20-24 жастағы халықтың үлесі барлық халықтың 6,6% - ын құрады. Ал 7%— дан астамы Қызылорда (7,2%) және Түркістан (7,3%) облыстарында, Алматы (7,2%) және Шымкент (7,8%) қалаларында, ал 6%-дан азы Шығыс Қазақстан және Павлодар облыстарында (5,8% - дан) көрінді

Солтүстік Қазақстан обл

Түркістан



12-сурет– Солтүстік Қазақстан және Түркістан облыстары халқының жас-жыныстық пирамидасы (2019 жылдың басында).



13-сурет– 2019 жылдың басындағы 15-24 жастағы халықтың үлесі

Қазақстанда 2010 жылдан бастап еңбекке қабілетті жастағы халық үлесінің төмендеуі коэффициенттің артуына себепші болады. Оған еңбекке қабілетті жастан кіші және одан үлкен адамдар тарапынан демографиялық

жүктемені алуға болады. 2010 жылдың басында ол еңбекке қабілетті жастағы 1000 адамға шаққанда 557-ді құраса, ал 2019 жылдың басында 692-ге дейін, яғни 135% - ге артты.

Демографиялық жүктеменің негізгі өсуі еңбекке қабілетті жасқа дейінгі адамдар тарапынан жүктеме бойынша болды. 2010 жылғы 404-тен 2019 жылға дейін 505 жылы 2019, яғни 101%. Осы кезеңде еңбекке қабілетті жастан асқан адамдар тарапынан демографиялық жүктеме коэффициентінің өсімі шамамен екі есе аз болды-34% (2010 жылғы 153-тен 2019 жылы 187-ге дейін (2018 жылдың басында бұл коэффициент біршама жоғары болды (191)). Бірақ 58 жастағы әйелдер тобының зейнеткерлік жас санатынан еңбекке қабілетті жас санатына ауысуына байланысты аздап төмендеді.

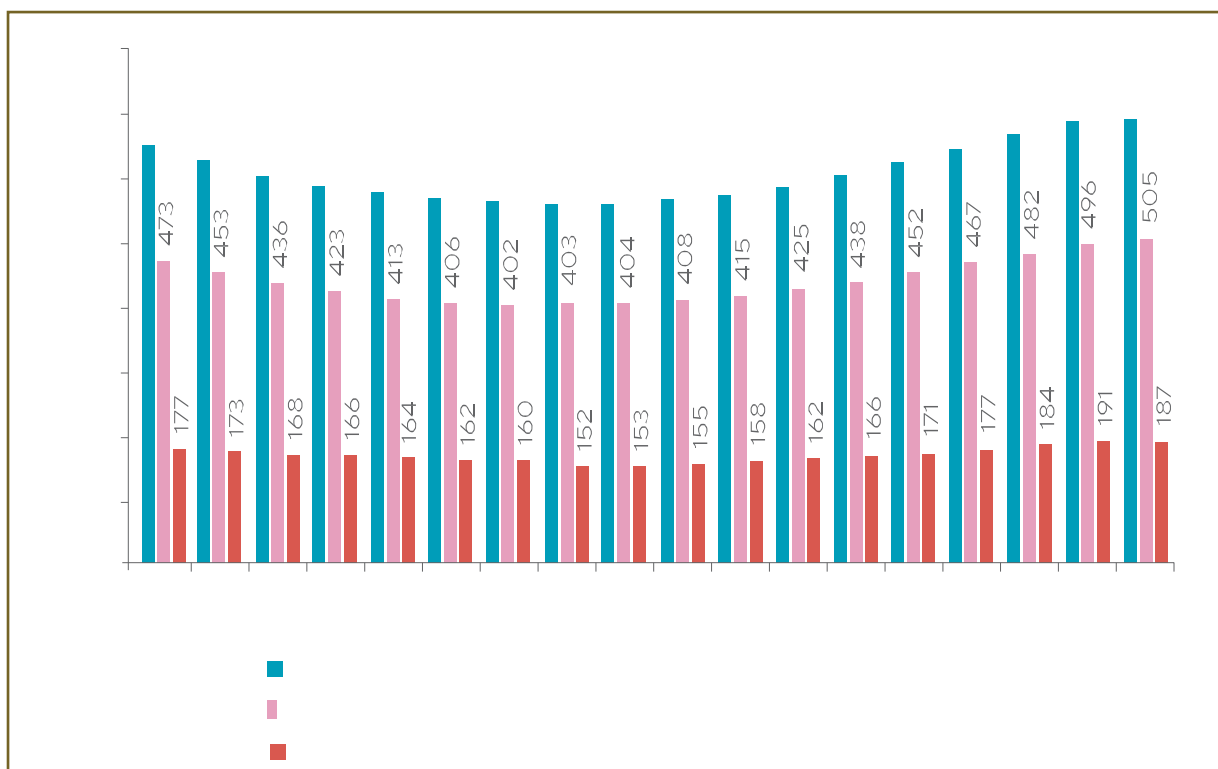
2019 жылдың басында еңбекке қабілетті жастан кіші адамдар тарапынан демографиялық жүктеме коэффициенті (1000-ға 505) еңбекке қабілетті жастан асқан адамдарға қарағанда 2,7 есе көп болды (187).

Демографиялық жүктеме Қазақстанның қалалары мен облыстарында айтарлықтай ерекшеленеді.

Қала халқы ауыл халқына қарағанда аз (сәйкесінше 656 және 731). Сонымен қатар қалаларда еңбекке қабілетті жастан кіші адамдар аз (ауыл халқы үшін 459 қарсы 549) және одан да көп-еңбекке қабілетті жастан асқан адамдар тарапынан (197) ауылдық жерлерге қарағанда (182) шамада болып отыр. Демографиялық жүктеме коэффициентінің ең жоғары мәні Түркістан (877) және Жамбыл облыстарында (808), сондай-ақ Маңғыстау (772) және Қызылорда (758) облыстарында ол көрсеткіш жоғары. Барлық осы салаларда еңбекке қабілетті жасқа толмаған адамдар тарапынан демографиялық жүктеме көрсеткіші салыстырмалы түрде жоғары екенін көреміз.

Түркістан облысында еңбекке қабілетті жастағы 1000 адамға шаққанда 744 адам болса. Ал қалғандарында 600-ден асады. Сонымен қатар, осы облыстарда еңбекке қабілетті жастан асқан адамдар тарапынан демографиялық жүктеме жалпы Қазақстан бойынша айтарлықтай аз. Коэффициенттің ең кіші мәндері демографиялық жүктеме Қостанай облысында (596), Алматы (544) және Нұр-сұлтан (605) қалаларында.

Солтүстік Қазақстан облысында еңбекке қабілетті жастағы адамдар тарапынан еңбекке қабілетті халыққа ең аз демографиялық жүктеме (367) Қазақстандағы демографиялық жүктеменің ең үлкен мәнімен үйлеседі. Онда еңбекке қабілетті жастан асқан адамдар тарапынан (294).



14-сурет– Қазақстан Республикасындағы 2002-2019 жылдардағы демографиялық жүктеме коэффициенті (еңбекке қабілетті жастағы 1000 тұрғынға шаққанда еңбекке қабілетті жастан кіші және одан үлкен адамдар саны)

Демографиялық тарихты көрсететін халықтың жас және жыныстық құрылымы болашақ демографиялық динамиканы анықтайды. Бұл бір жағынан, белсенді репродуктивті жаста туылған адамдардың салыстырмалы түрде аз контингенті болады. 2019 жылдың басында 15-19 жастағы әйелдердің саны 20-24 жастағы әйелдерге қарағанда 7,6%-ға аз болса. Ал олар өз кезегінде 25-29 жастағы әйелдерге қарағанда 22,2%-ға аз болды. Тиісінше, 15-19 жас тобындағы әйелдер саны 28,0-25 жастағы топтарға қарағанда 29%-ға аз болды. Белсенді репродуктивті жастағы әйелдер санының мұндай алдағы қысқаруы туылғандардың абсолютті санының және туудың жалпы коэффициентінің төмендеуіне әкеледі. Екінші жағынан, өлім-жітімнің салыстырмалы түрде жоғары деңгейі бар 70 жылдық кезеңге жету үшін көптеген ұрпақтар болады. Мысалға алсақ, 2019 жылдың басында 60 жастағы тұрғындардың саны 70 жастанғыдан екі есе көп болды. Ал 70 жасқа дейін өмір сүру мүмкіндігі 60 жастағы адамдарда ерлерде 71,3%, әйелдерде 86,6% құрайды. Және алдағы жылдары осы жас шегіне жеткен тұрғындар санының айтарлықтай өсуі байқалады. Жас құрылымындағы мұндай өзгерістер өлімнің жалпы коэффициентінің ұлғаюына ықпал ететін

болады . Осылайша Қазақстан халқының жас құрылымының таяу жылдары өзгеруі туудың жалпы көрсеткіштерінің төмендеуіне, өлімнің жалпы көрсеткіштерінің артуына, халықтың табиғи өсімінің біршама қысқаруына ықпал ететін болады.

Қазақстандағы туу динамикасы. Қазақстанда туудың жалпы көрсеткіштері 1990-шы жылдары айтарлықтай төмендеп, 1999 жылы ең төменгі деңгейге жетті. Ол кезде туылғандар саны 1991 жылмен салыстырғанда 38,4% — ға, ал туудың жалпы коэффициенті (халықтың 1000 адамына) 32,1% - ға қысқарды. Кейінгі жылдары туылғандардың саны жыл сайын дерлік артып, 2016 жылы елде 400 мыңнан астам адам дүниеге келді (1999 жылмен салыстырғанда 84,2% - ға көп). Алайда 2018 жылы туу көрсеткіші артып, 2014-2016 жылдар деңгейіне жеткен жоқ. Туудың жалпы коэффициентінің шамасы 2014 жылы максимумға жеткен еді (23,1‰).

Кейінгі жылдары ол біршама аз болды. 2017-2018 жылдары — 2008 жылдан бергі кезеңдермен салыстырғанда ең төмен болды.

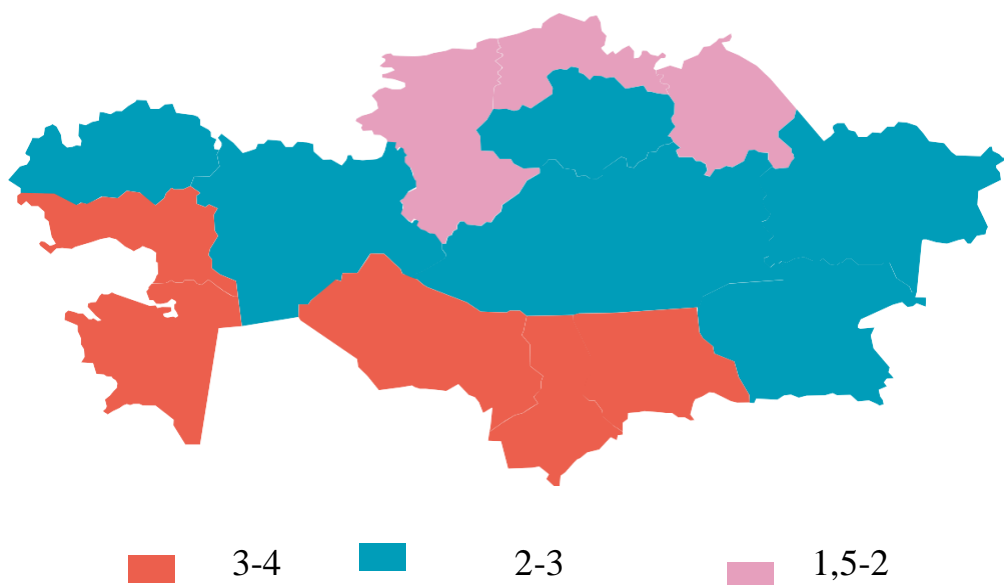
Туудың жалпы коэффициентінің мәні көбінесе халықтың жыныстық және жас құрылымына байланысты. Белсенді репродуктивті жастағы әйелдердің жоғары үлесі осы коэффициенттің салыстырмалы түрде үлкен мөлшерін анықтайды. Соңғы жылдары туудың жалпы коэффициентінің төмендеуінің негізгі себебі: белсенді репродуктивті жастағы әйелдердің саны мен үлесінің төмендеуі болып табылады. 90-шы жылдары туылғандардың аз контингенті осы жасқа енеді.

Туудың динамикасы мен аймақтық айырмашылықтарын неғұрлым дұрыс бағалау гипотетикалық ұрпақтағы бір әйелдегі туудың орташа санын сипаттайтын туудың жалпы коэффициентін әр жастағы туу деңгейлерін сақтай отырып алуға мүмкіндік береді. Егер ол өзінің бала - шасының соңына дейін өмір сүрсе және бала туудың қолданыстағы жас коэффициентіне сәйкес бала туса, әйел бала тууы мүмкін балалар санын білдіреді. Оның шамасы Қазақстанда соңғы 20 жылда орын алған "туған күннің" өзгерістеріне — уақытша ауысулардың әсеріне ұшырауы мүмкін. Оларға ерекше қолайлы жағдайларға байланысты балалардың ертерек туылуы жатады. Мысалы , шектеулі балалары бар отбасыларға көмек көрсету шаралары не керісінше, бала тууды кейінге қалдыруды алуға болады. Қазіргі өлім деңгейінде халықтың қарапайым көбеюі үшін туудың жалпы коэффициенті 2,1 қажет. Қазақстан бойынша бала туудың жиынтық коэффициенті 2018 жылы орта есеппен 2,84 құрады, 2000 жылдан бергі кезеңде ең жоғары мәнге жетті және осы кезеңде 1,0-ге артты. Бұл индикатордың мәні елде байқалған халықтың табиғи өсуін растайды туудың аймақтық айырмашылықтары бола алады.

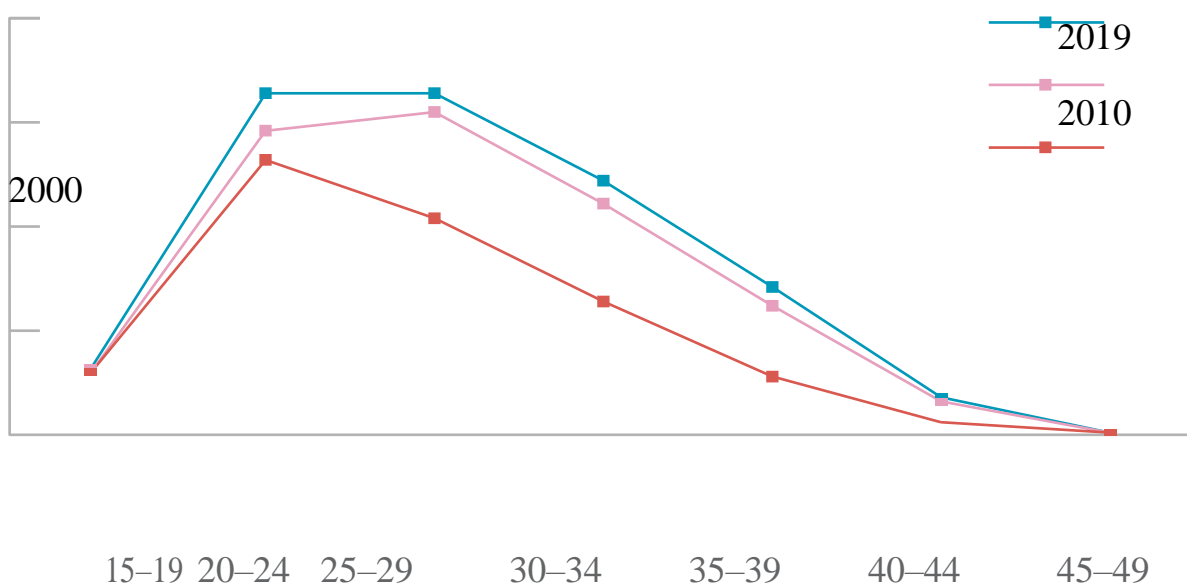
Ауыл халқының туудың жиынтық коэффициенті қала халқына қарағанда едәуір жоғары (2018 жылы-тиісінше 3,09 және 2,68). Алайда 2000 жылдардың басында қалалық елді мекендерде туудың жалпы коэффициенті ауылдық жерлерге қарағанда тұрақты және айтарлықтай өсті. 2018 жылы Қазақстанның облыстары мен қалаларында туудың жиынтық коэффициентін талдау оның ең үлкен шамасы тіркелгенін анықтады. Түркістан облысында (4,07). Солтүстік Қазақстан облысында екі есе аз (2,01) және ең төменгі мәндер Қостанай облысында (1,77), Алматы (1,76), болды. Бұл Шымкенттегіден екі есе аз (1,84) деген сөз.

Бала туудың маңызды сипаттамаларының бірі-оның жас моделі. 2000 жылдардың басында Қазақстандық әйелдерде 25-29 жас аралығындағы туу коэффициенті 20-24 жас тобына қарағанда едәуір артты. Нәтижесінде, 2006 жылға қарай осы екі жас тобында туу деңгейінде тепе-теңдік іс жүзінде орнатылды. 2007-2012 және 2017-2018 жылдары 25-29 жастағы әйелдердің туу коэффициенті 20-24 жастағы әйелдерге қарағанда сәл жоғары болды. Балалардың туылуындағы аналардың орташа жасы алғашқы онжылдықта айтарлықтай өсті

XXI ғасыр-2000 жылғы 26-27 жастан 2010 жылғы 28-30 жасқа дейін және 2018 жылы 28 жасқа дейінгі аралықта туу көрсеткішін алуға болады. Қалалық әйелдерде бұл көрсеткіштің мәні (28,7 жас) ауылдық әйелдерге қарағанда (28,3 жас) жоғары. Бірақ бұл көрсеткіш бойынша қала тұрғындарының айтарлықтай артықшылығы 2009 жылдан кейін пайда болды. Қазақстан тұрғындарында бірінші бала туған кездегі аналардың орташа жасы 2000 жылғы 23,7 жастан 2010 жылы 25,1 жасқа дейін өсті және 2018 жылы 24,7 жасты құрады. Екінші бала туылған кезде аналардың орташа жасы 2000 жылғы 26,7 жастан 2007 жылы 27,9 жасқа дейін өсті, содан кейін 2018 жылы 27,4 жасқа дейін төмендеді. Үшінші баланың туылуындағы аналардың орташа жасы 2000 жылғы 29,9 жастан 2007 жылы 31,2 жасқа дейін өсті. Нақты ұрпақтар үшін туу көрсеткіштерін қолдану уақыт ауысуларының әсерін теңестіруге мүмкіндік береді. Осы көрсеткіштерді қолдануға негізделген талдау дұрыс.



15-сурет. Қазақстан өңірлерінде 2018 жығы бала туудың жиынтық коэффициенті



16-сурет – Қазақстан Республикасында 2000 - 2019 жылдары туудың жас коэффициенттері

2009 жылғы Қазақстан Республикасы халқының Ұлттық санағының нәтижелері әйелдердің салыстырмалы түрде жас ұрпақтарында туылған балалардың орташа санының төмендегенін көрсетті. 2009 жылғы халық санағы кезінде 1959-1963 жылдары туған әйелдер ұрпағында 45-49 жаста және олар бала туу үрдісін аяқтады. Олар туылған балалардың орташа саны Оңтүстік Қазақстан (3,48), Қызылорда облыстарында 3,0-ден жоғары болды

(3,39) және Маңғыстау (3,05) облыстарында да осындай көрсеткіштерге ие болды.

Неке және некеден тыс туу 2017 жылы Қазақстандағы балалардың 87,0% жағдай тіркелген. Тіркелген некеден тыс туылғандардың үлесі жыл сайын төмендеп келеді — 2005 жылғы 24,4%-дан 2017 жылы 13,0% - ға дейін жетті. Төмендеудің себептерінің бірі, туудың жоғарылауы сәйкесінше екінші, үшінші және одан кейінгі туылғандардың үлесінің артуы. олардың арасында тіркелген некеден тыс туулар алғашқы туылғандарға қарағанда сирек кездеседі. Қала тұрғындарында тіркелген некеден тыс туылғандардың үлесі (2017 жылы — 13,4%) ауыл тұрғындарына қарағанда біршама жоғары (12,4%). Бірақ олардың арасындағы айырмашылық осы көрсеткіштің шамасында қысқаруда (2005 жылы ол тиісінше 5— тен 26,6% - дан және 21,3% - дан асты). Ал 2014 жылы ауылдық жерлерде тіркелген некеден тыс туылғандардың үлесі Атырау (2017 жылы-6,9%), Маңғыстау (6,9%) және Қызылорда (7,7%) облыстарында, ал ең жоғары-Солтүстік Қазақстан (21,3%), Павлодар (20,1%)және Қостанай (19,9%) облыстарында байқалды.

3.2 Білім беруге байланысты туу деңгейін саралау. Репродуктивті жоспарлар. Туудың этникалық айырмашылықтары. Репродуктивті денсаулықтың ұлттық көрсеткіштері

Бала туу деңгейі әйелдердің біліміне байланысты айтарлықтай өзгереді. Дегенмен жас ұрпақтарда бұл айырмашылықтар жігіне жата кетеді. 2009 жылғы халық санағы бойынша 1939-1943 жылдары туған әйелдер ұрпағында жоғары. Және аяқталмаған жоғары білімі бар әйелдерде туылған балалардың орташа саны білім деңгейі төмен әйелдерге қарағанда едәуір аз. Жоғары білімі бар әйелдерде бұл көрсеткіштің шамасы арнаулы орта білімі барлармен салыстырғанда 0,21 — ге, кәсіптік бастауыш — 0,69 — ға, жалпы орта — 1,63-ке, негізгі орта-1,87-ге, бастауыш-2,18-ге аз.

Қазақстан, шамасы, жалғыз (немесе кем дегенде бір) ел 2009 жылғы халық санағының бағдарламасына 15-55 жас аралығындағы әйелдерге "жоспарланған балалар саны (барларын қоса алғанда)" деген сұрақ енгізілді. Санақ нәтижелері 1976 жылы туған және одан бұрынғы ұрпақтарда (санақ кезінде— 32 жас және одан жоғары) жоспарланған балалардың орташа санының өзгермейтінін көрсетті. Алайда, жас әйелдерде ол азаяды. және айтарлықтай көрсеткіште. Егер 32 жастағы әйелдерде ол 2,79 болса, 25 жастағы әйелдерде — 2,58, 20 жастағы әйелдерде-2,28, 15 жастағы әйелдерде — 2,01. Осы жоспарларды іске асыру Қазақстанда бала туудың айтарлықтай қысқаруына алып келуі мүмкін. Жоспарланған балалардың орташа санының

едәуір төмендеуі қалалық және ауылдық әйелдерде бірдей ұрпақтарда басталады. Бірақ ауыл әйелдерінде ол қарқынды жүреді. Нәтижесінде қалалық және ауылдық тұрғындардың жас кезіндегі орташа жоспарланған балалар саны едәуір жақындайды. Ал 2009 жылғы халық санағы кезінде тағы 20 жасқа жетпеген балалар іс жүзінде салыстырылады.

Әр түрлі ұлттардың әйелдерінде туылған балалардың орташа санындағы айырмашылықтар ішінара олардың жас құрылымындағы айырмашылықтарға байланысты болуы мүмкін екенін есте ұстаған жөн. Репродуктивті денсаулық жағдайы-халықтың көбею үрдісіне әсер ететін негізгі факторлардың бірі. Репродуктивті денсаулық әр адамның, отбасының және жалпы қоғамның денсаулығының маңызды компоненттерінің бірі болып табылады. Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы оны репродуктивті жүйеге, оның функциялары мен үрдістеріне қатысты барлық мәселелерде аурулар мен аурулардың болмауы ғана емес, толық физикалық, психикалық және әлеуметтік салауаттылық жағдайы ретінде анықтайды. Бұл адам қанағаттанарлық және қауіпсіз жыныстық өмір сүре алады. бала туа алады және қанша бала, қашан және қандай уақыт аралығында болатындығын таңдай алады деп болжайды.

Репродуктивті құқықтар дегеніміз -ерлер мен әйелдердің тиісті ақпарат алуы және отбасын олардың таңдауына сәйкес жоспарлаудың қауіпсіз, тиімді, қолжетімді, қолайлы әдістеріне, сондай-ақ әйелдерге қауіпсіз жүктілік пен босануды қамтамасыз ететін денсаулық сақтау қызметтеріне қол жеткізу құқығы. Репродуктивті денсаулықты қорғау репродуктивті саланың мәселелерін болдырмау мен шешу арқылы репродуктивті денсаулық пен әл-ауқатқа ықпал ететін әдістердің, тәсілдердің, технологиялар мен қызметтердің жиынтығы ретінде анықталады.

Репродуктивті денсаулықты ұлттық деңгейде бағалау үшін Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының (ДДСҰ) көрсеткіштерін пайдалана отырып, Қазақстанда арнайы ішінара зерттеулер жүргізілді. Мульти-индикаторлық кластерлік зерттеу (МИКС) 14-репродуктивті денсаулық мәселелерін қоса алғанда, балалар мен әйелдердің денсаулығы, білімі және әл-ауқатының басқа да маңызды салалары туралы кешенді деректер көзі. Бұл бөлімде екі негізгі ақпарат көзі пайдаланылды-ресми статистика мен 2010 - 2015 жылдары жүргізілген аралас зерттеулер алынады.

Әйелдер арасында бедеуліктің таралуын анықтау үшін осы қоспалар қолданылды. Бедеулік жыныстық өмір тәжірибесі бар 15-44 жастағы әйелдердің өз сөздерінен анықталды. Олар екі жыл немесе одан да көп уақыт бойы жүкті болуға тырысқандарын хабарлады. Бедеуліктің таралуы

3,0% — ды құрады. Бұл көрсеткіш әйелдердің жасына қарай: 15-19 жас — 0%; 20-24 жас — 0,9%; 25-29 жас — 2,0%; 30-34 жас — 2,6%; 35-39 жас — 4,4%; 40-44 жас-4,9% - ға ұлғайды. 2011 жылы анемия ұрпақты болу жасындағы әйелдердің 39% - ында байқалды. Бұл 2006 жылмен салыстырғанда төмен болды (44,5%). Жүкті әйелдер арасында АИТВ-инфекциясының таралуы 2017 жылы 1000 әйелге шаққанда 1,8-ді құрады. Бұл 1% көрсеткішінен едәуір төмен. Одан асып кету АИТВ індетінің жалпылама сатыға өтуін білдіреді. Мерезге жүргізілген талдаулардың серопозитивті нәтижелерінің таралуы 2007 жылы 2,3% 15 құрады. Халықаралық жұқпалы аурулар статистикалық жіктеу мәліметі бойынша 2015 жүкті әйелдерді босанғанға дейінгі бақылаумен қамту іс жүзінде тұтас болды: соңғы екі жылда тірі бала туған 15-49 жастағы әйелдердің 99,3% — ы кемінде бір рет білікті медициналық персоналдарда қаралды, 95,3% - кем дегенде сол аралықта көмекке 4 рет жүгінген.

Соңғы екі жыл ішінде босанудың 99,4% - ы білікті медицина қызметкерлерінің қатысуымен және 99,3% - ы медициналық мекемеде өтті. Босанғаннан кейінгі бақылаумен әйелдердің 97,5% қамтылды. Халықаралық жұқпалы аурулар статистикалық жіктеу деректері бойынша, АИТВ-ның жыныстық жолмен берілуінің алдын алу тәсілдерін дұрыс атай алатын және АИТВ-ның берілуіне қатысты кең таралған жаңылыстарды жоққа шығаратын 15-24 жастағы жас әйелдердің үлесі 2015 жылы 26,7% - ды құрады. Бұл 2010 жылғы деңгейден шамамен 10% - ға төмен. Ол 36,2% - ға тең болған. Мүмкін, АИТВ туралы хабардар болу деңгейінің төмендеуінің бір себебі-антиретровирустық терапияның қол жетімділігінің арқасында АИТВ-инфекциясы өлімге әкелетін аурудан гөрі созылмалы ауру ретінде қарастырыла бастағанында болуы да мүмкін. Халық арасында ақпараттық-білім беру науқандары сирек жүргізіле бастады. Білім беру жүйесінде мектептер мен колледждерде АИТВ туралы жеткіліксіз ақпарат беріледі.

Халықтың ұрпақты болу денсаулығын сақтау халықтың қоныстануы саласындағы саясаттың негізгі міндеттерінің бірі болып табылады. Сөзсіз гуманистік мағынадан басқа, әйелдердің туылу мүмкіндігін қамтамасыз етуде маңызды демографиялық аспектіні көреміз.

Оң динамика

Ана өлім-жітімінің коэффициентін төмендету:

1999 жылы-100 000 тірі туғандарға 65,3

2017 жылы-100 000 тірі туғандарға 14,0*

* көрші елдерге қарағанда айтарлықтай төмен — Ресей (25,0) және Қытай (27,0)

Перинаталдық өлім-жітімді төмендету:

2008 жыл-1000 тууға 22,7

2018 жылы-1000 туылғанға 11,8

2018 жыл туудың жиынтық коэффициенті:

ұлттық деңгейде-2,84 қала — 2,68

ауылдық жер-3,09.

Репродуктивті денсаулық және медициналық көмек Қазақстан қауіпсіз ана болу мәселелерінде сөзсіз табыстарға жетті. Осы үрдісті сақтау ана өлімінің алдын алу үшін Үкімет тиімді перинаталдық көмекті дамытуға, медициналық қызмет көрсетушілерді шешімдер қабылдау үрдісіне тартуға, сондай-ақ негізделген стратегиялық шешімдер қабылдау үшін ана өлімі мен сырқаттанушылық көрсеткіштерінің құпия аудит құралдарын енгізуге тиіс.

Сонымен бірге репродуктивті денсаулық, контрацепцияның заманауи әдістерін қолдану туралы білім деңгейі тұрақты болып қала береді және тіпті төмендейді де.

Соңғы жылдары Қазақстанда әйелдер консультациялары мен акушерлік-гинекологиялық кабинеттердің саны айтарлықтай өсті. 2017 жылы олардың саны 973 құрады. бұл 2010 жылмен салыстырғанда 31,3% - ға көп.

Сонымен қатар акушер-гинеколог дәрігерлермен (2010 жылғы 10,5-тен бастап) қамтамасыз етілуі (1000 тірі және өлі туғандарға шаққанда) төмендеді

2017 жылы 9,7-ге дейін).

Алматыда 2017 жылы акушер-гинекологтармен қамтамасыз ету ең жоғары деңгейде болды. Ол 1000 босануға 14,6 құрады. Жалпы Қазақстан бойынша Атырау (5,9), Алматы (6,4) және Маңғыстау (6,5) облыстары айтарлықтай аз деңгейде акушер-гинеколог дәрігерлерімен қамтамасыз етілген. Солтүстік Қазақстан облысында 2017 жылы жүкті, босанатын және босанған әйелдер үшін төсектермен ең көп қамтамасыз етілу көрінді (1000 босануға 37,2) және Қостанай (35,3) облыстарында осы жағдай байқалған еді. Бұл көрсеткіштің ең төменгі шамасы 2017 жылы Нұр-Сұлтанда (12,6) болды. Бұл 2010 жылға қарағанда екі есе аз. Дәрігерлермен және аурухана төсектерімен қамтамасыз етудегі айырмашылықтар, біздің ойымызша, медициналық инфрақұрылым демографиялық өзгерістерге әрдайым сәйкес келе бермейді. Қауіпсіздіктің жоғары деңгейі туудың төмен деңгейімен тығыз байланысты. Ал керісінше, төмен көрсеткіштер — туу мен көші-қонның жоғары деңгейімен байланысты. 2010 жылдан кейін жүктілік мерзімі 12 аптаға дейінгі әйелдер консультацияларының бақылауына түскен әйелдердің үлесі жыл сайын артып келеді. Егер 2010 жылы ол 64,8% құраса, 2017 жылы ол 82,7%-ға дейін өсті.

3.3 Репродуктивті денсаулықтың маңызды сипаттамасы-таралуы жүктілік пен босануды қиындататын аурулар. Халықтың өмір сүру деңгейі

2017 жылы жүктілікті аяқтаған әйелдердің үштен бірі (31,8%) анемиядан зардап шекті. Бұл көрсеткіш 2010 жылмен салыстырғанда 1,5 есе азайды. Ол кезде ол 49,4% - ды құрады. Несеп-жыныс жүйесі аурулары бар жүкті әйелдердің үлесі айтарлықтай қысқарды: 2011 жылғы 19,2% - дан 9,9% - ға дейін%. 2017 жылы ісінуден, протеинуриядан және гипертензиялық жай-күйден зардап шегетін жүкті әйелдердің үлесі 2011 жылғы 9,5% - дан 2017 жылы 4,2% - ға дейін қысқарды. Сонымен қатар, жүктілік кезінде қан айналымы жүйесінің аурулары диагнозы қойылған әйелдердің үлесі 2011 жылғы 2%-дан 2017 жылы 6%-ға дейін өсті. 2016 және 2017 жылдары Қазақстанда асқынған босану көрсеткіштері қысқарды: 2015 жылы — 1000 босануға 31, 2017 жылы-23 болды.

Үй шаруашылықтарының табыстары, шығыстары мен тұтынуы соңғы жылдары Қазақстан Республикасында номиналды құнның тұрақты өсуі байқалады. 2013-2017 жылдары олар шамамен 1,5 есе — 47,1% - ға өсті. Номиналды кірістің максималды деңгейі тұрақты түрде белгіленді. Ол Атырау облысында, ең төменгі — Оңтүстік Қазақстан облысында (2018 жылдан - Түркістан облысы) байқалған. Алайда, Қазақстандағы нақты ақшалай кірістердің динамикасы инфляцияға байланысты номиналды ақшалай кірістердің динамикасынан өзгеше.

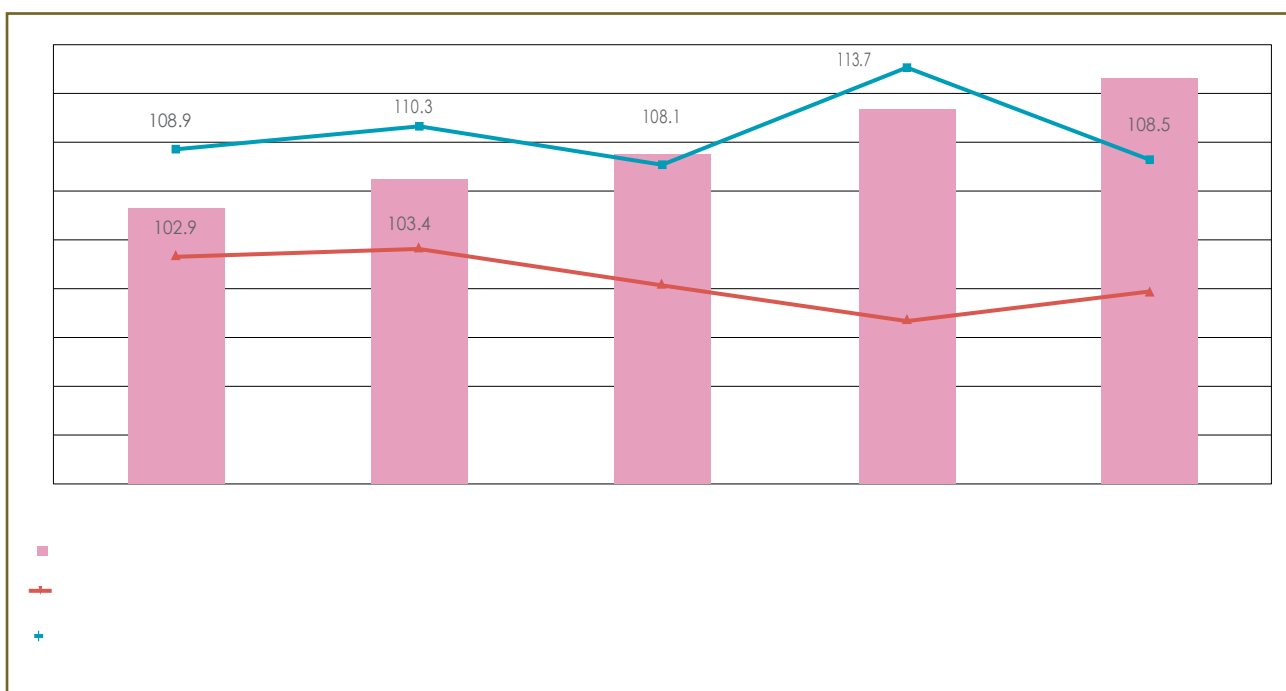
Нақты табыстардың өсуі Қазақстан бойынша және барлық өңірлер бойынша орта есеппен алғанда төмен. Мәселен, 2013-2017 жылдар кезеңінде олар 5,2% — ға, ал номиналды-47,1% - ға өсті. Тек үш өңірде ғана нақты кірістердің тұрақты өсуі байқалды: Ақмола (кезең ішінде жалпы өсім 10,8%), Қостанай (барлық өңірлердің ең көбі — 16,5%) және Солтүстік Қазақстан (8,7%) облыстарында осы көрсеткіштер көрінеді. Бұл номиналды кірістің максималды өсуі байқалған аймақтар. Нақты кірістер сол кезеңде Оңтүстік Қазақстан (10,5% - ға), Маңғыстау (5,2% - ға), Қызылорда және Ақтөбе (4,3% - ға) облыстарында төмендеді. 2017 жылы халықтың ақшалай табыстары құрылымының өңірлер бойынша таландықталуы жалпы еңбек қызметінен (Маңғыстау облысында 87,0% - дан Солтүстік Қазақстан облысында 64,2% - ға дейін), сондай-ақ жалданып жұмыс істеуден (Маңғыстау облысында 80,6% - дан Солтүстік Қазақстан облысында 54,5% - ға дейін) кірістер үлесі бойынша айтарлықтай саралауды көрсетеді. Сондай-ақ өзін-өзі жұмыспен қамтудан және кәсіпкерлік қызметтен (Оңтүстік Қазақстан облысында 24,2% - дан Қарағанды облысында және Алматыда 5,4% - ға дейін).

Солтүстік Қазақстан, Шығыс Қазақстан, Ақмола сияқты халқы неғұрлым ересек (еңбекке қабілетті жастан асқан халықтың үлесі көп) облыстарда, Павлодар және Қостанай облыстары, зейнетақы үлесі халқының құрылымы салыстырмалы түрде жас облыстарға қарағанда Маңғыстау (9,0%), Түркістан және Атырау (12,9% — дан) - табыстарында 20% және одан да көп мөлшерді құрайды.

2013-2017 жылдар кезеңінде халықтың ақшалай шығыстары орта есеппен 1/3-ке өсті. Халықтың ақшалай шығыстарындағы тұтыну шығыстарының үлесі орта есеппен Қазақстан бойынша айтарлықтай тұрақты және 92,3–92,8% аралығында ауытқиды. Қаладағы тұтыну шығындары ауылдық жерлерге қарағанда едәуір жоғары (көп 1,4 есе).

Азық-түлік шығындары барлық шығындардың жартысына жуығын құрайды. Бұл көрсеткіштің өсу үрдісі анықталды: қалаларда 2013 жылғы 46,1%-дан 2017 жылы 48,8% — ға дейін, ауылда 2013 жылғы 47,7%-дан 2017 жылы 53,3% - ға дейін өмір сүру деңгейін салыстырмалы бағалау үшін өңірлер бойынша ең төменгі күнкөріс деңгейі пайдаланылды, ол азық-түлік себетінің құнынан және азық-түлік емес тауарлар мен қызметтерге жұмсалатын шығыннан тұратын ең төменгі тұтыну себетінің құнына тең болды. Бұл көрсеткіш 2013-2017 жылдары орта есеппен 33,7% - ға өсті.

Абсолютті кедейліктің өлшемі ретінде, әдетте, күнкөріс минимумының мөлшері немесе оның азық-түлік мөлшері қолданылады. Кедейлік деңгейінің көрсеткіші (табысы) күнкөріс деңгейінен төмен халықтың үлесі.



17-сурет – Халықтың атаулы және нақты ақшалай табыстары

Кедейлік деңгейінің көрсеткіші (табысы ең төменгі күнкөріс деңгейінен төмен халықтың үлесі) соңғы жылдары төмендеді (2,9% - дан%). 2013 жылы 2,6%-ға дейін және 2017 жылы 2010 жылмен салыстырғанда 2,5 есе. Алайда, 2018 жылғы қаңтардан бастап ең төменгі күнкөріс деңгейінің құрылымы өзгергендіктен (азық-түлікке жатпайтын тауарлар мен көрсетілетін қызметтерге шығыстардың тіркелген үлесі ең төменгі тұтыну қоржыны құнының 45% - ы мөлшерінде белгіленген), осы көрсеткіштің шамасы 2018 жылы 4,3% - ға дейін ұлғайды. Табысы азық-түлік себетінің құнынан төмен халықтың үлесі тұрақты шамамен 0,1% құрайды.

Табыстарды бөлудің әркелкілігі біршама өсті: 2013-2017 жылдары Джини 42 коэффициенті 0,263-тен 0,273-ке дейін өсті. ал табыстардың арақатынасы 10% ең аз және ең аз.халық саны — 5,6-дан 5,9-ға дейін қамтамасыз етілді.

Кедейліктің таралуының аймақтық ерекшеліктерін талдау үшін екі көрсеткіш салыстырылды: елдегі кедейлердің жалпы санына аймақтағы кедейлердің үлесі мен елдегі халықтың жалпы санына аймақтағы халықтың үлесі. Егер бұл арақатынас 1-ден асатын болса, онда Қазақстан бойынша орташа деңгеймен салыстырғанда өңірді салыстырмалы түрде кедей деп тануға болады. Мұнда кедейлердің үлесі Қазақстан халқының осы қалалар халқының үлесіне қарағанда едәуір аз: тиісінше 3,4 және 2,5 есе көрсеткішке ие. Еліміздің осы ірі қалаларында жалақы мен жұмыспен қамту деңгейі жоғары. Салыстырмалы түрде "кедей емес" деп өнеркәсіп дамыған Қарағанды және Павлодар облыстарын жатқызуға болады. Мұнда кедейлердің үлесі халықтың жалпы санындағы осы облыстар халқының үлесіне қарағанда 1,6 есе төмен. Қазақстан кедейлікпен күресте белгілі бір табыстарға қол жеткізді және Мыңжылдықтың даму мақсаттарының (МДМ) алдыңғы жаһандық күн тәртібі шеңберінде өз міндеттемелерін орындады.

Бірақ, осы прогреске қарамастан, кедейлікті жою мәселесі тұрақты даму мақсаттарына қол жеткізу шеңберіндегі ең маңызды мәселелердің бірі болып қала береді. Қазақстанда кедейшілік деңгейі бойынша өңірлік және қоныстану (қала-ауыл) бойынша елеулі айырмашылықтар сақталуда. Ауылдық жерлерде кедейлік деңгейі қалалық жерлерге қарағанда 2,7 есе жоғары.

Кедейліктің таралуын аймақтық саралау факторларының бірі үй шаруашылықтарының мөлшері сияқты демографиялық фактор болып табылады, ол өз кезегінде көп балалы үй шаруашылықтарының үлесіне байланысты. Мәселен, бес және одан да көп адамнан тұратын үй шаруашылықтарының арасында халықтың үлесі табысы ең төменгі күнкөріс деңгейінен төмен болса, ол елдегі орташа көрсеткіштен екі есе жоғары.

Қазақстанда халықтың кейбір топтары, әсіресе ауылдық жерлерде тұратындар, кедейлік тұрғысынан осал болып қалады. Оларға өзін-өзі жұмыспен қамтығандар, көп балалы және толық емес отбасылар, қарт адамдар, мүгедек адамдар және мигранттар жатады. Бұл жеке зерттеу тақырыбы болуы керек.

Үлкен отбасылар ең *осал* болып табылады. Төрт және одан да көп баласы бар отбасылар ең төменгі күнкөріс деңгейінен төмен табысы бар халықтың 97% - ын құрайды. Мұндай отбасылардың 90% - ы тұтынуға пайдаланылған жан басына шаққандағы орташа табысы екі еседен артық емес және кедейлік қаупі бар. Мүгедектігі бар адамдардың басым көпшілігі (жалпы халық санының 3,7% - ын құрайды) кедей халық санатына жатады және олардың қажеттіліктерін өтейтін жеткілікті зейнетақымен қамсыздандыруды алмайды.

Кедейшіліктің негізгі себептері жұмыссыздық, нәтижесіз жұмыспен қамтылу және табысы ел бойынша орташа көрсеткіштің жартысын ғана құрайтын ауыл халқы арасындағы табыс деңгейінің төмендігі болып отыр. Сонымен қатар, ауыл шаруашылығында жұмыс істейтін халықтың шамамен 40% - ы өзін-өзі жұмыспен қамтығандар болып табылады. Және лайықты өмір сүру деңгейін ұстап тұру үшін жеткіліксіз табыс алады. 2017 жылы елімізде 2,1 млн өзін-өзі жұмыспен қамтығандар болды (жұмыспен қамтылған халықтың 24,5%). Елдің оңтүстік өңірлерінде өзін-өзі жұмыспен қамтыған халық мәртебесі жұмыспен қамтылған халықтың 80% - на жетеді

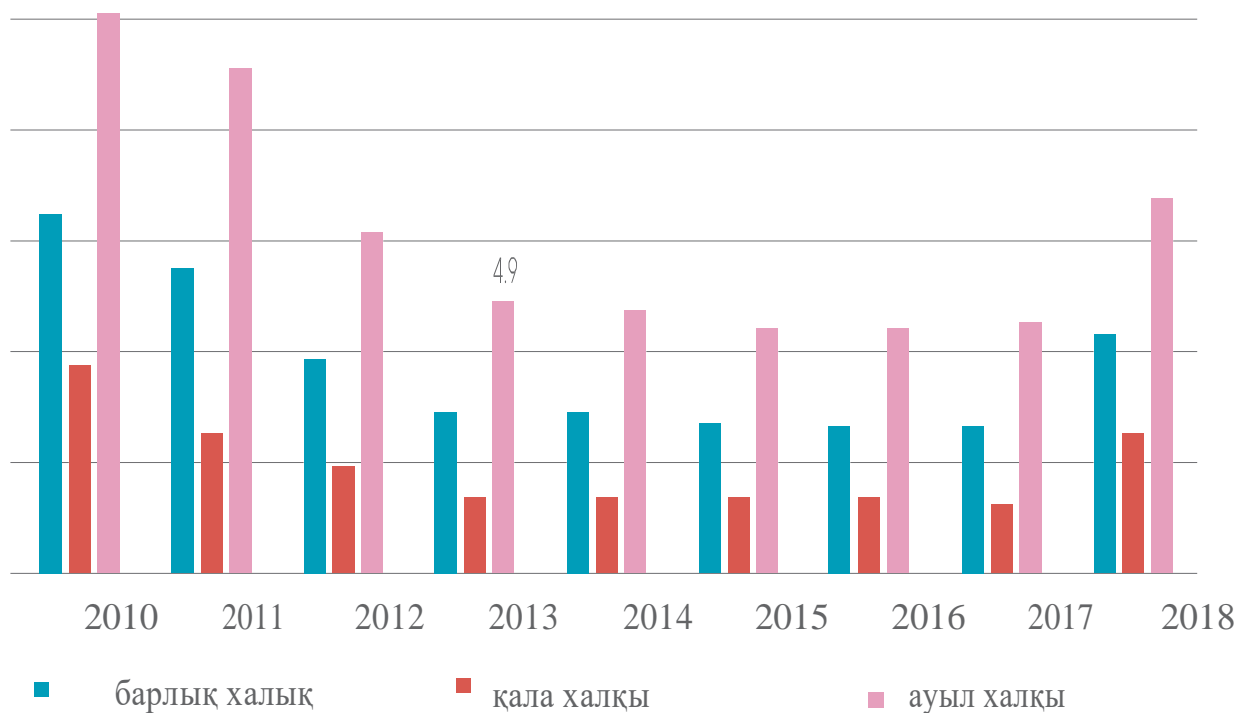
Жергілікті өндіріс тауарлардың негізгі түрлері бойынша елдің азық-түлік қауіпсіздігін 80% - дан астам қамтамасыз етеді. 2018 жылы азық-түлік қауіпсіздігінің жаһандық рейтингінде Қазақстан 113 мемлекеттің арасында 57-ші орынға ие болды.

Ұсынымдар. Қазақстанға ауыл шаруашылығындағы еңбек өнімділігін арттыру аса маңызды. Осы мақсатта мемлекет агроөнеркәсіптік сектордың (АӨК) бәсекеге қабілеттілігін арттыру саясатын жүргізеді. Оның ішінде АӨК цифрландыру жүргізілуде: елдегі егістік жерлердің 100% - ы және жайылымдардың 70% - ы цифрландырылған. 2021 жылға қарай Қазақстанда нақты егіншілік элементтерін қолданатын кемінде 20 цифрлық және 2000 ілгері фермалар құру міндеті тұр.

Кедейлікті азайту, адам әлеуетінің тұрақты дамуын қамтамасыз ету, еңбек әлеуетін іске асыру үшін жағдай жасау, табыс деңгейін, қолжетімділік пен сапаны арттыру арқылы өмірдің әлеуметтік деңгейін тұрақтандыруға болады. Әлеуметтік бейімдеу, экономикалық оңалту және халықтың неғұрлым әлжуаз топтарын әлеуметтік қолдау шараларын іске асыра отырып,

білім беру және медициналық қызметтер көрсету сапасын арттыруды қамтамасыз ету керек.

Кедейлікті азайту жөніндегі ұлттық саясат тек абсолютті стандарттар бойынша кедей адамдарға ғана емес, сонымен бірге кедейлік қаупі бар адамдарға да бағытталуы керек (лайықты өмір сүру деңгейін ұстап тұру үшін жеткіліксіз кірістерге өмір сүру). Сондықтан әлеуметтік саясаттың тиімділігін бағалау үшін салыстырмалы кедейлік тұжырымдамасын пайдалану өте маңызды. Ол кедейліктің алдын алуға және әлеуметтік теңсіздікті азайтуға бағытталған тәсілді әзірлеуге мүмкіндік береді.



18-сурет – Табысы ең төменгі күнкөріс деңгейінің шамасынан төмен халықтың үлесі (қала-ауыл), %

Ұлттық саясат нәтижелі жұмыспен қамту, әйелдер мен жастар арасындағы, әсіресе ауылдық жерлердегі жұмыссыздық мәселелерін шешуге бағытталуы тиіс. Осы мақсатта ауыл кәсіпкерлері үшін ақпаратқа, субсидиялар мен қаржыландыруға қолжетімділікті жақсарту, ауылдық инфрақұрылымды жақсарту және ауыл тұрғындарын лайықты жұмыспен қамту үшін мүмкіндіктер жасау қажет.

Ауыл тұрғындарына, өзін-өзі жұмыспен қамтығандарға, көп балалы және толық емес отбасыларға, мүгедек адамдарға, қарт адамдар мен көшіп-қонушыларға ерекше назар аудара отырып, әлеуметтік қорғау жүйесінің

тиімділігін арттыру, неғұрлым осал топтарды әлеуметтік қорғауды күшейту қажет:

- халықтың осал топтарына қаржылық қолдау көрсетуолардың әлеуметтік интеграциясы мен еңбек нарығындағы бәсекеге қабілеттілігін арттыру; лайықты жалақысы бар жаңа жұмыс орындарын құру;
- сапалы білім алуға және медициналық қызмет көрсетуге қол жеткізу;
- созылмалы кедейлікті молықтырудың алдын алу мақсатында аз қамтылған және осал отбасыларға сапалы кәсіптік білім беру үшін әлеуметтік қамсыздандыру және білім беру органдарының өзара іс-қимылы;
- әлеуметтік қолдау ұйымдарының мемлекеттік әлеуметтік тапсырыс және гранттар шарттарында халықтың қорғалмаған топтарына көмек көрсетуге мамандандырылған бизнес - қоғамдастықпен және азаматтық қоғам ұйымдарымен тиімді өзара іс-қимылын қамтамасыз ету;
- олардың қажеттіліктерін қанағаттандыруға және атаулы көмек үшін деректерді пайдалануға бағытталған бағдарламалардың тиімділігін арттыру үшін әлеуметтік осал топтардың тізілімдерін/тіркелімдерін құру;
- кедейліктің жаңа өлшемін құру, бұл мұқтаж азаматтарды әлеуметтік қорғау жүйесімен қамтуды кеңейтуге әкеледі;
- заманауи технологияларды енгізу, ауыл шаруашылығы өндірісін әртараптандыру, сондай-ақ цифрлық және ілгері фермаларды құру арқылы аграрлық ғылым мен АӨК цифрландыруды дамыту, процестер мен мемлекеттік қызметтерді автоматтандыру есебінен ауыл шаруашылығындағы еңбек өнімділігін арттыру.

Кедейлікті өлшеу жүйесі үшін жеке ерекшеліктерін (Жасы, жынысы, балалар саны, мүгедектігі, өңірі, тұрғылықты жері — қала/ауыл) және инфляцияны ескере отырып, адамдар мен үй шаруашылықтарының әртүрлі санаттары үшін кедейлік шегін айқындаған жөн. Балалары немесе мүгедектігі бар адамдар бар кедей отбасы екі есе ауыртпалықты көтереді. Ең төменгі күнкөріс деңгейінің немесе кедейлік шегінің бірнеше түрін енгізу әлеуметтік қолдауды неғұрлым мақсатты және тиімді қайта бөлуге мүмкіндік береді

Мемлекеттік әлеуметтік саясат салыстырмалы кедейлікті әлеуметтік теңсіздікті азайтуды да көздеуі тиіс.

Бұл үшін тиісті бағдарламалық құжаттарда кедейліктің абсолюттік шегін қысқарту көрсеткіштерімен қатар салыстырмалы кедейліктің көрсеткіштері белгіленуі тиіс

Гендерлік теңдік дегеніміз-әйелдер мен ерлердің мүмкіндіктері, құқықтары мен міндеттері тең болатын қоғам. Екі жыныстың өкілдері білім беру мен денсаулық сақтауға, басқару мен билікке тең қолжетімділікке,

қаржылық тәуелсіздікке қол жеткізуге, жеке және кәсіби қажеттіліктер мен мүдделерді іске асыруға тең мүмкіндіктерге ие болуға тиіс. Әйелдердің экономикалық, саяси және әлеуметтік мүмкіндіктерін кеңейту кедейлік деңгейін төмендету мен ресурстар және көрсетілетін қызметтерге қол жеткізуді жақсартуға жәрдемдесетін гендерлік теңдікке қол жеткізуге болады деген сөз.

2015 жылдан кейінгі күн тәртібі бойынша жаһандық консультациялар гендерлік теңсіздік теңсіздіктің әмбебап нысандарының бірі болып қалатынын көрсетті. Ол барлық қоғамдарда бар. Және теңсіздіктің кез-келген түріне қарағанда әлем халқына көбірек әсер етеді

Әйелдердің құқықтары мен мүмкіндіктерін кеңейту неғұрлым әділ және тең құқықты әлем құрудың және кедейлікпен, теңсіздікпен және денсаулықпен байланысты негізгі мәселелерді шешудің міндетті шарты. Гендерлік теңдіксіз тұрақты даму мүмкін емес. Бұл 2030 жылға дейінгі жаһандық даму күн тәртібімен және онда белгіленген 17 орнықты даму мақсаттарымен (ТДМ) бекітіледі.

Гендерлік теңдікке қол жеткізу үшін Қазақстан Елдегі гендерлік теңдікті дамыту тұғырнамасын қалыптастырған бірқатар маңызды құжаттарды қабылдады. Гендерлік саясаттың негізгі қағидаттары Қазақстан Республикасының Конституциясында белгіленген. 2009 жылы елімізде "Ерлер мен әйелдердің тең құқықтарының және тең мүмкіндіктерінің мемлекеттік кепілдіктері туралы" және "тұрмыстық зорлық - зомбылық профилактикасы туралы" гендерлік бағдарланған заңдар қабылданды.

Қазақстан Бейжің іс-қимыл платформасына қол қойды (1995 жыл). Әйелдерге қатысты кемсітушіліктің барлық нысандарын жою туралы конвенцияны ратификациялады (CEDAW) (1998 жыл) және Cedaw Факультативтік хаттамасына қол қойды (2001 жыл). Гендерлік теңдік стратегиясы іске асырылды, 2016 жылы Қазақстанның 2030 жылға дейінгі отбасылық және гендерлік саясатының тұжырымдамасы бекітілді.

Гендерлік теңдіктің институционалдық негізін қалыптастыру шеңберінде Ұлттық комиссия 1995 жылдан бастап Қазақстан Республикасы Президентінің жанындағы әйелдер істері және отбасылық-демографиялық саясат жөніндегі жұмыс істейді.

Қазақстан, БҰҰ-ның басқа да көптеген мемлекеттері сияқты, гендерлік теңдікті қамтамасыз ету мен гендерлік зорлық-зомбылықты жою жөніндегі барлық негізгі халықаралық міндеттемелері мен 2030 жылға дейінгі орнықты даму мақсаттарына да дерлік қосылды. 2018 жылы гендерлік алшақтықтың жаһандық индексі бойынша Қазақстан 149 елдің ішінде 60-шы орынға ие болды. Зерттеу 149 елдегі гендерлік теңдікке қол жеткізудегі прогресті төрт

бағыт бойынша бағалады: яғни, экономикалық қатысу және мүмкіндіктер, білім беру, денсаулық сақтау деңгейі және саяси құқықтар мен мүмкіндіктерді кеңейту.

Елдің білім беру мен денсаулық сақтау салаларында теңдікке қол жеткізудегі табыстарына қарамастан, Қазақстанда елеулі гендерлік көрсеткіштер сақталып отыр. Еңбек нарығындағы гендерлік сегрегациядан туындаған экономикалық саладағы айырмашылықтармен жалақы және сол ресурстарға қол жетімділіктің айырмашылығы және мемлекеттік саяси шешімдер қабылдаудың барлық деңгейлерінде әйелдердің өкілдік ету деңгейінің жеткіліксіздігіде қаралуда. Әйелдер жұмыс күшінің жалпы санының 49% құрайды. Соңғы 5 жылда шағын және орта бизнестегі (ШОБ) әйелдердің белсенділігі айтарлықтай өсті. Тіркелген жұмыс істеп тұрған кәсіпкерлердің 43,2% — ы әйелдер (2019 жылғы 1 қаңтарға). Әйелдер республикадағы шағын, орта және ірі кәсіпорындар басшыларының 28% - ын құрайды.

Дегенмен, әйелдер шешім қабылдаудың барлық деңгейлерінде әлі де жеткілікті түрде ұсынылмаған. Мәселен, Парламенттің төменгі палатасындағы әйелдердің үлесі 28% — ды, жергілікті өкілді органдардағы әйелдердің үлесі 22% - ды құрайды. Бұл ретте мемлекеттік қызметтегі әйелдердің үлесі 55,4% - ды құрайды%, демек, немесе 50,3 мың адам деген сөз. Әйелдердің мемлекеттік институттар — Парламентте, атқарушы органдар мен соттарда мемлекеттік және саяси шешімдер қабылдауға қатысуы өте маңызды. Себебі бұл институттар азаматтардың құқықтарына, олардың мінез-құлқына және таңдауына тікелей әсер ететін заңдар жасайды және шешімдер қабылдайды.

Тең құқықтар мен тең мүмкіндіктер туралы заңда мемлекеттік органдардың басшылары арасында әйелдердің кемінде 30 пайыз өкілдігі мөлшерінде квоталар енгізу көзделген.

Қазақстан қоғамындағы зорлық — зомбылықтың алдын алу және оған қарсы күрес-мемлекеттік саясаттың маңызды басымдықтарының бірі.

Қазақстанның 2030 жылға дейінгі отбасылық және гендерлік саясат тұжырымдамасы сот тәжірибесінде әйелдерге қатысты кемсітушіліктің барлық нысандарын жою туралы БҰҰ Конвенциясының ережелерін қолдануды жандандыру, БҰҰ, ТДМ және ЭЫДҰ халықаралық талаптарына сәйкес гендерлік кемсітушілік пен зорлық-зомбылықтың жолын кесу туралы заңнамалық актілерді жетілдіру қажеттігіне ерекше назар аударады.

Әйелдерге қатысты зорлық-зомбылықты жою туралы декларацияның 1-бабына сәйкес - әйелдерге қатысты зорлық-зомбылық әйелдерге дене, жыныстық немесе психологиялық зиян немесе азап келтіретін немесе

келтіруі мүмкін кез келген зорлық-зомбылық әрекетін, сондай-ақ мұндай әрекеттерді жасау қаупін білдіреді.

Әйелдерге қатысты зорлық-зомбылық-жалпы әлемдік мәселе. Ол үшін мәдени, географиялық, діни, әлеуметтік және экономикалық шекаралар жоқ. Бұл оның көптеген формалары мен көріністерінде адам құқықтары мен негізгі бостандықтардың бұзылуы болып табылады. Бүкіл әлемдегі әйелдер жасына, класына, нәсіліне және ұлтына қарамастан зорлық-зомбылыққа ұшырайды. Соңғы бағалауларға сәйкес, бүкіл әлемде әрбір үшінші әйел белгілі бір зорлық-зомбылыққа ұшырайды. Олар көбінесе оған таныс адамдар, соның ішінде күйеуі болып келеді. Әрбір төртінші әйел жүктілік кезінде зорлық - зомбылыққа ұшырайды. Әйелдерге қатысты зорлық-зомбылық олардың денсаулығы мен әл-ауқатына, сондай-ақ балаларының денсаулығына ауыр зардаптар әкеледі.

Әйелдерге қатысты зорлық-зомбылықтың таралуының шынайы көрінісін алу үшін 2015 жылы ЮНФПА, ДДҰ және БҰҰ-әйелдердің техникалық қолдауымен ҚР Ұлттық экономика министрлігінің статистика комитеті әйелдерге қатысты зорлық-зомбылықтың таралуы бойынша бірінші ұлттық зерттеу жүргізді ("зорлық-зомбылық бойынша іріктемелі зерттеу әйелдерге қатысты. Қазақстан". Астана, 2017 ж).

Алынған мәліметтер әйелдерге қатысты зорлық-зомбылық Қазақстанда кең таралғанын дәлелдеді:

- 18-75 жас аралығындағы әйелдердің 17%-ында жыныстық қатынаста серіктес болған, физикалық жыныстық серіктес тарапынан жыныстық зорлық-зомбылық; физикалық және жыныстық зорлық-зомбылық әрекеттері бір реттік емес, бірақ бірнеше рет болған;
- жыныстық серіктес тарапынан зорлық-зомбылыққа ұшыраған әйелдердің жартысы зорлық-зомбылықтың қатал түрлері туралы хабарлады;
- әрбір бесінші (21%) әйел өмір бойы интимдік серіктес тарапынан психологиялық зорлық-зомбылықты бастан өткерді;
- әрбір үшінші (33%) әйел өмірінде кем дегенде бұл зомбылықты бір рет көрінді
- серіктес тарапынан мінез-құлықты бақылау;
- физикалық, жыныстық немесе психологиялық зорлық-зомбылықты бастан кешірген әйелдердің төрттен бір бөлігі (24%) өз өмірінде серіктес тарапынан зорлық-зомбылықтың барлық үш түрін бастан өткерді;
- аналары зорлық-зомбылыққа ұшыраған әйелдер өмір бойы серіктесінен физикалық және/немесе жыныстық зорлық-зомбылық көргендері туралы айтты.

Ең алдымен, Солтүстік Қазақстан (31,2%), Шығыс Қазақстан облысында әйелдер жыныстық серіктес тарапынан зорлық - зомбылыққа ұшырайды. Онда (22,3%), Түркістан (21,0%) және Алматы (20,1%) облыстарында. Бұл көрсеткіштердің оңтүстік облыстардағы мәнінен біршама төмен, шамасы, мұны патриархалды менталитеттің тамырына байланысты осы салалардағы әйелдер жыныстық серіктес тарапынан зорлық-зомбылық жағдайларын ашуға бейім емес екендігімен түсіндіруге болады. 18-24 және 30-39 жас аралығындағы жас әйелдердің 6,2-6,3% - ы соңғы 12 айда болған зорлық-зомбылық туралы хабарлады. 30-49 және 50-59 жас аралығындағы әйелдердің 18% - дан астамы өмір бойы интимдік серіктес тарапынан зорлық-зомбылыққа ұшырағанын айтып өткен.

Бұрын жыныстық серіктесі болған қалалық және ауылдық әйелдер серіктес тарапынан тең дәрежеде зорлық-зомбылыққа ұшырайды (қалалық әйелдердің 16% және ауылдық әйелдердің 17%). Бастауыш немесе толық емес орта білімі бар әйелдерге білім деңгейі жоғары, яғни, жоғары оқу орнынан кейінгі білімі бар әйелдерге қарағанда интимдік серіктес тарапынан екі есе көп зорлық-зомбылық жасалады. Гендерлік зорлық-зомбылық пен мүгедектігі бар адамдар мүгедек қыздар мен әйелдерге қатысты мәселе одан маңызды болып тұр. Олар мүгедектігі жоқ қыздар мен әйелдерге қарағанда зорлық-зомбылыққа көбірек ұшырайды.

Бүкіл әлемдегі зерттеулер көрсеткендей, құқық қорғау органдарына жыныстық зорлық-зомбылық пен басқа да заңсыз әрекеттер туралы сотқа жүгінуге мәжбүр болған мүгедек қыздар мен әйелдер мүгедектік бойынша кемсітушілікке байланысты кедергілерге тап болады. Мемлекеттік және қоғамдық қолдау болмаған кезде, олар өз құқықтарын қорғауға тырысып, әділеттілікке сирек қол жеткізеді. Мүгедектігі бар әйелдер мен ер адамдар қоғам мен отбасы тарапынан әртүрлі зорлық-зомбылыққа ұшырайды.

БҰҰ-ның тұрғын халық саласындағы қорының техникалық қолдауымен Қазақстанда жүргізілген 47 зерттеу нәтижелері көрсеткендей, барлық жастағы және жыныстағы мүгедектер қоғам тарапынан зорлық-зомбылыққа ұшырайды. Зерттеулер көрсеткендей, респонденттердің 39% - ы, ерлер де, мүгедек әйелдер де қоғам тарапынан түрлі зорлық-зомбылыққа ұшырайды. Көбінесе респонденттер мүгедектік негізінде қоғам тарапынан экономикалық және психологиялық қысымға ұшырады. Олар өз отбасыларында да әртүрлі зорлық-зомбылыққа ұшырайды.

Көбінесе бұл олардың кірістері мен шығыстарын бақылауға және сондай-ақ физикалық, психологиялық қысымның әртүрлі формалары болып табылады.

Зерттеу нәтижелері бойынша респонденттердің жартысы (49,4%) отбасы мүшелері тарапынан зорлық-зомбылықтың әртүрлі түрлеріне ұшырады. Барлық жастағы және жыныстағы мүгедектігі бар адамдар отбасы мүшелері тарапынан зорлық-зомбылыққа бірдей дәрежеде ұшырайды.

Мүгедектердің едәуір бөлігінің құқықтық білмеуі көбінесе оларды зорлық-зомбылық, қатыгездік, алдау және жеке адамға қарсы басқа да қылмыстардың объектісіне айналдырады. Мүгедектігі әртүрлі адамдармен жұмыс істеу дағдылары мен білімі бар мамандармен мамандандырылған психологиялық көмек пен сенім телефонының қызметінің жоқтығы. Үйдегі зорлық-зомбылықтың алдын-алу бағдарламалары көбінесе мұндай адамдардың ерекше қажеттіліктерін ескермейді. Әлеуметтік және медициналық қызметкерлер, дағдарыс орталықтарының немесе жедел желілердің қызметкерлері көбінесе бейімделген және түсінікті форматта гендерлік және тұрмыстық зорлық-зомбылық пен мүгедектіктің белгілі бір түрлері бар адамдарға тиісті қызметтер туралы ақпарат беру үшін қажетті дағдыларға ие емес.

Мүгедектіктің әртүрлі түрлері бар адамдар үшін қол жетімді форматтағы ақпараттың оқшаулануы мен болмауы оны алуды қиындатады. Олар көбінесе тұрмыстық және гендерлік зорлық-зомбылыққа ұшыраған жағдайларда зорлық-зомбылық нысандарын тани алмайды. Және өз құқықтары туралы білмейді. Екінші жағынан, мүгедек адамдардың үйлерінде зорлық-зомбылық туралы мәліметтердің болмауы мақсатты қызметтердің дамуына кедергі келтіреді. Сенсорлық және интеллектуалдық бұзылыстары бар адамдар көбінесе коммуналдық кедергілерге тап болады. Және зорлық-зомбылық туралы есеп бере алмайды. Басқа қорғаныс қызметтерін ала алмайды және зорлық-зомбылық жағдайында қауіпсіздікті жоспарлай алмайды. Қол жетімді көліктің немесе инфрақұрылымның болмауы сияқты физикалық кедергілер мүгедек адамдарды гендерлік зорлық-зомбылықты қорғау және әрекет ету қызметтеріне қол жеткізуден айыруы мүмкін.

Ерте (балалар) және мәжбүрлі неке-қыздардың әл-ауқатына зиян келтіретін гендерлік зорлық-зомбылықтың бір түрі. *Ерте (балалар) неке*-бұл кем дегенде бір кәмелетке толмаған екі адамның одағы. Кәмелетке толмағанға байланысты ерлі-зайыпты балалар ерікті, еркін және саналы келісім бере алмайды. Яғни, балалардың некелері адам құқықтары мен баланың құқықтарын бұзады және жиі мәжбүр болады. Қазақстандағы балалар мен мәжбүрлі неке мәселесі кейбір этникалық топтарда, әсіресе ауылдық жерлерде тұратындарда бар. Бұл жасөспірім қыздардың өз құқықтары туралы хабардарлығының төмендігіне, қалыңдықтарды ұрлаған адамдарға заңның негізсіз жұмсақтығы мен сондай-ақ заңды күші жоқ ерлі-

зайыпты болған қыздардың құқықтарын қорғамайтын кәмелетке толмаған қыздармен некені діни тіркеуге байланысты.

Соңғы 5 жылда Қазақстанда орта есеппен жыл сайын кәмелеттік жасқа толмаған 1200 — ден астам қыз-18 жасқа дейін 49 неке қиды. Кәмелетке толмаған қыздармен жасалған некелердің үлесі, елде жасалған некелердің жалпы санында 0,71% - ды құрайды (2017 жылы). Кәмелетке толмаған жас жігіттер өз құрдастарына қарағанда 21 есе аз үйленетінін атап өткен жөн. Тек жиырмасыншы қыз өз құрдастарына, ал қалғандары үлкенірек ер адамдарға үйленеді. Бұл көбінесе мәжбүрлі некені білдіреді. Егер 15-19 жас аралығындағы жасөспірімдердің некелерін 50 деп қарастыратын болсақ. Онда олардың саны одан да жоғары — 2013 жылдан бастап 1,7% - ға қысқарып, елдегі барлық неке санының 10,8% - ы, жасөспірімдер некесінің үлес салмағы 12,5% - ды құрайды.

Үкімет, әсіресе, еліміздің оңтүстік өңірлерінде қыздарды ұрлау мен оларды күштеп тұрмысқа беру жағдайларына ерекше назар аударуы қажет. *Балалардың некесі*-бұл қыздар мен ұлдарға әртүрлі әсер ететін гендерлік құбылыс. Жалпы, балалар некеге тұрған ұлдар қыздарға қарағанда әлдеқайда аз. Ерлі-зайыпты қыздар үйде жыныстық зорлық-зомбылыққа осал. Егер олар жүкті болса, көбінесе бала көтеру мәселелеріне тап болады. Өйткені олардың денелері физиологиялық тұрғыдан бала көтеруге дайын емес. Некеге тұрып, қыздар жиі оқуын тастап кетуі басым. бұл олардың өмірлік әлеуетін іске асыру мүмкіндігін шектейді.

Қазақстанда жүргізілген мульти - индикаторлық кластерлік зерттеулердің (МИКС) нәтижелері жас кезінде некеге тұрған респондент әйелдердің бала күтіміне, үй тапсырмасына және күйеуімен жыныстық жақындықтан бас тартуға қатысты жол берілген "кінә" үшін қандай да бір жағдайда өз әйелін/серіктесін ұрып-соғуы мүмкін екендігіне жиі жол беретіндігімен жиі тұрмыстық зорлық — зомбылыққа ұшырайтындығын көрсетті.

Ерте үйленген аналарының мысалында тәрбиеленген балалар көбінесе ерте және мәжбүрлі некенің құрбаны болады. Бала кезіндегі және мәжбүрлі неке қыздардың білім алу құқығы мен олардың репродуктивті құқығын бұзады. Ауру мен ана өлімінің қаупін арттырады.

16 жасқа толмаған адамдармен неке және мәжбүрлі неке туралы сенімді статистика жоқ. Олардың санын дәл анықтау қиын.

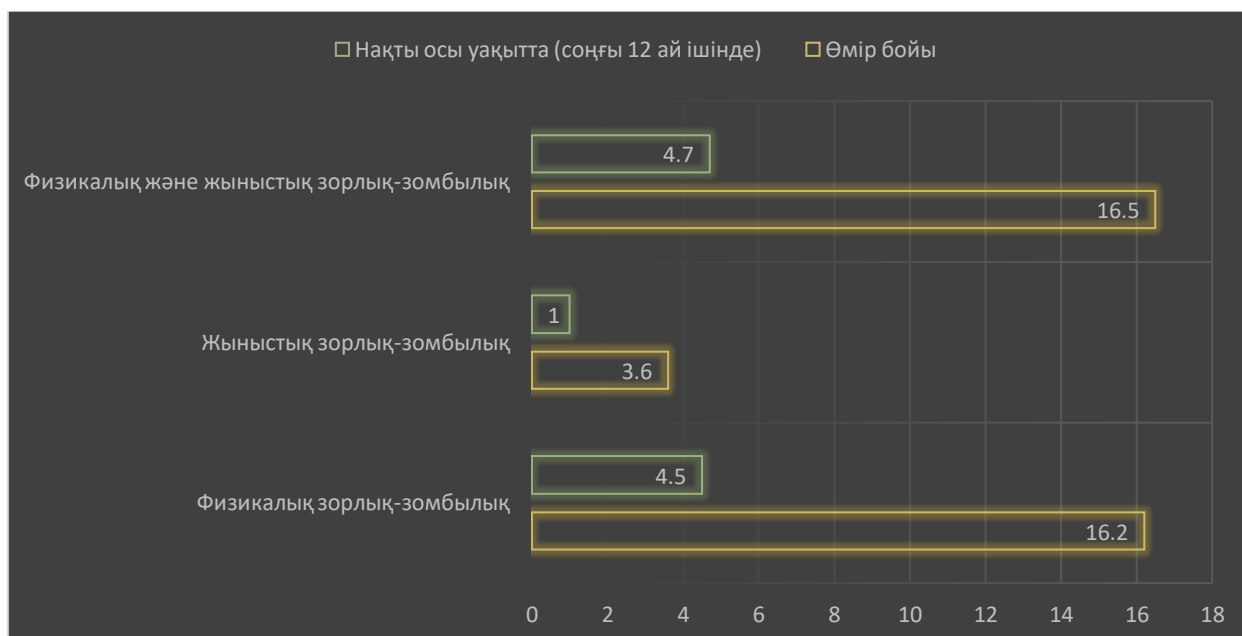
Мәжбүрлі неке адам құқықтарының бұзылуымен байланысты болып келеді.

Яғни:

- балалардың некесі қыздардың құқығын бұзады, оларды балалық шақтан айырады, білім алуға кедергі келтіреді, денсаулығына қауіп төндіреді және

олардың өмірлік әлеуетін іске асыру мүмкіндігін шектейді. Балалық шақтағы некенің ешқандай мәдени, діни немесе экономикалық негіздемелері оның қызға және оның әл-ауқатына тигізетін жарақаттары үшін негіз бола алмайды;

- қыз кімге тұрмысқа шығатыны және қашан болатынын таңдауға құқылы болуы керек. Ата-аналар қыздарының некеге тұру мәселелері бойынша таңдауы мен шешімін қолдауы керек; қыз тұрмысқы шығуды кейінге қалдырған кезде, ол оқуын жалғастыруға, жұмыс істеуге және кірістерін салуға көбірек мүмкіндік алады. Отбасында ; репродуктивті денсаулығын сақтай отырып, қашан және қанша баланың болуын таңдауға көбірек мүмкіндіктер бар;
- бала мен мәжбүрлі неке саласындағы әрекетсіздік тым қымбат. Саясаткерлер, парламентшілер, қауымдастықтар мен отбасылар бұл мәселені мақсатты түрде шешуі керек. Әйелдерге қатысты зорлық-зомбылықтың алдын алу мен оған қарсы тұру үшін психоәлеуметтік әл-ауқатты, әділ сот қызметтеріне және гендерлік/тұрмыстық зорлық-зомбылықтан зардап шеккендерге медициналық қызметтерге қол жетімділікті қамтамасыз ету үшін әртүрлі мекемелердің келісілген әрекеттері қажет. Гендерлік зорлық-зомбылыққа ведомствоаралық ден қою жүйесі құрылуы тиіс.



19-сурет. 18-75 жас аралығындағы әйелдер арасында жыныстық серіктес тарапынан зорлық-зомбылықтың түрі мен уақыт кезеңі бойынша таралуы

Тартылған мекемелер мен ұйымдардың келісілген іс-әрекеттері көмек көрсетуде маңызды рөл атқарады. Зорлық -зомбылықтан аман қалған адамдарға көрсетілетін қызметтердің сапасы мен уақтылығын жақсартады.

Әйелдерді кемсітушіліктің барлық нысандарын жою жөніндегі Конвенция (CEDAW) және Пекин декларациясының іс-қимыл платформасы шеңберінде Қазақстан қабылдаған халықаралық міндеттемелерді орындау талаптарына сәйкес гендерлік зорлық-зомбылыққа ведомствоаралық ден қою тетіктерін дамыту Қазақстан Республикасының 2030 жылға дейінгі отбасылық және гендерлік саясат тұжырымдамасында көзделген. Мүгедек адамдардың гендерлік және тұрмыстық зорлық-зомбылық жағдайындағы ерекше қажеттіліктері мүгедек адамдардың өмірін жақсартудың ұлттық бағдарламаларында зерделенуге және ескерілуге, гендерлік және тұрмыстық зорлық-зомбылыққа ведомствоаралық ден қою тетіктеріне интеграциялануға тиіс. Сондай -ақ, денсаулық сақтау, әлеуметтік қолдау және сот төрелігіне қол жеткізу секторлары зардап шеккен адамдарды анықтау мен оларға көмек көрсетудің стандартты жедел түрде орындалуы керек.

Ерте/бала кезіндегі және мәжбүрлі некенің алдын алу үшін Үкіметке тиісті шараларды күшейту ұсынылады. *Неке* -отбасы қатынастары, қылмыстық-құқықтық регламенттеу саласындағы жеке адамның құқықтары мен мүдделеріне қол сұғатын осы құбылыс пен мінез-құлықты жоюға арналған заңнамалық актілер. Сондай -ақ ол қылмыстық заңнаманы тиісті нормалармен толықтырылуы керек.

4-тарау. Демографиялық болжам

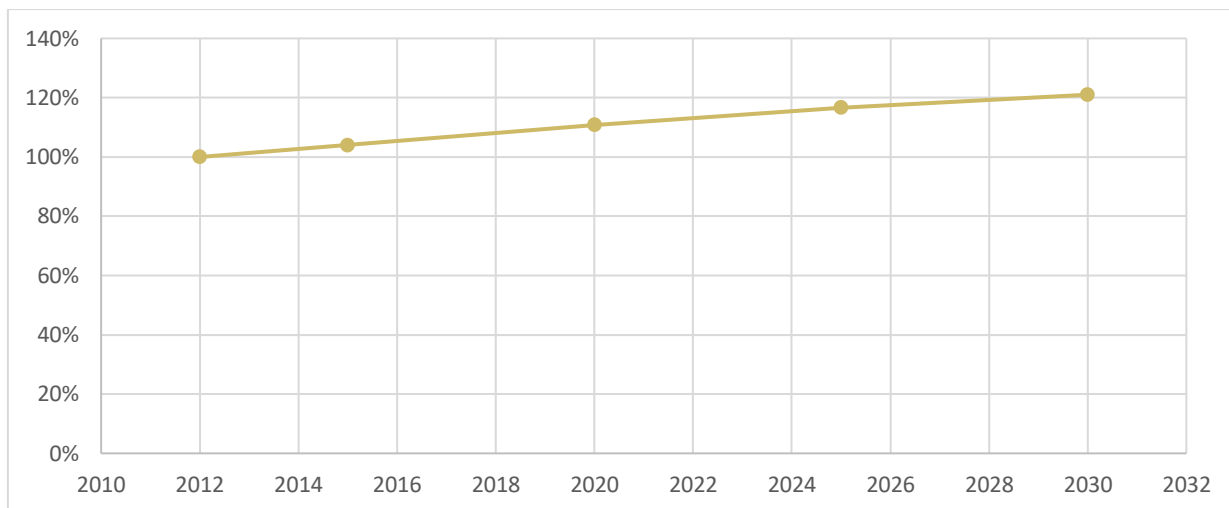
4.1 Қазақстан Республикасының демографиялық даму болжамы

Жалпы халық үшін халық санының болжамы жұмыспен қамтамасыз ету мен еңбекті пайдаланудың әлеуметтік-экономикалық үрдісін басқару үшін маңызды. Демографиялық сипаттамалардың динамикасына, халықтың білім деңгейіне, әлеуметтік-экономикалық өмір сүру жағдайларының дамуына сүйене отырып, халықтың және еңбек ресурстарының сандық, сапалық көрсеткіштерінің ұзақ мерзімді өзгеру тенденциялары анықталады. Болжамды есептеулер халық санының күтілетін өзгерістерін анықтауға, елдегі демографиялық жағдайды бағалауға, еңбек ресурстарының санын анықтауға, көбею процесіне басқа әлеуметтік - экономикалық факторлардың әсерін бақылауға мүмкіндік береді. Өндіргіш күштерді орналастыруды оңтайландыру, қалаларды, өңірлерді дамытудың бас сызбаларын әзірлеу, табиғи, еңбек ресурстарын пайдалануды ұтымды ету сияқты елдегі экономикалық және әлеуметтік үрдістерді басқару, реттеу үшін ұзақ мерзімді демографиялық болжамдарда ғана болуы мүмкін ақпарат талап етіледі. Осы есепте Қазақстан Республикасы халқының 2030 жылға дейінгі болжамды саны демографияда неғұрлым танымал когорттық-компоненттік әдіспен не өңірлер бөлінісінде жекелеген жас топтары бойынша үш нұсқада, жынысы бойынша, қалалық және ауылдық жерлер бойынша бөле отырып "жастарын жылжыту" деп аталатын әдіспен есептелген. Болжам әдістемесінің сипаттамасы 7-қосымшада келтірілген. Қазақстан Республикасының болжамды санын есептеу үшін базалық кезең ретінде 2012 жылғы ҚР демографиялық көрсеткіштері қолданылды. Талдау үшін Қазақстан Республикасы халқының жынысы бойынша, негізгі жас топтары бойынша 2030 жылға дейінгі болжамды санын қарастырамыз(3-кесте). Қазақстан Республикасы халқының саны және олардың 2030 жылға дейінгі өзгеру құрамдауыштары есепті жылдарға туудың жиынтық коэффициенті, күтілетін өмір сүру ұзақтығы мен халықтың базалық жылдағы көші-қоны өзгеріссіз қалатын жағдайларда айқындалған.

3-кесте. Қазақстан Республикасы халқының болжамды саны және халық санының 2030 жылға дейінгі өсу қарқыны

Жылы	Халықтың саны	Өсу қарқыны%
2009	16092701	1,38%
2010	16321581	1,42%
2011	16556600	1,44%
2012	16791425	1,42%
2013	17029120	1,42%
2014	17267141	1,40%
2015	17503080	1,37%
2016	17735340	1,33%
2017	17962170	1,28%
2018	18182015	1,22%
2019	18393708	1,16%
2020	18596568	1,10%
2021	18790610	1,04%
2022	18976379	0,99%
2023	19154791	0,94%
2024	19327060	0,90%
2025	19494551	0,87%
2026	19658707	0,84%
2027	19821112	0,83%
2028	19983452	0,82%
2029	20147304	0,82%
2030	20313981	0,83%

Кестенің деректері бойынша Қазақстан халқының саны 2025 жылға қарай – 19,4 млн.адам, 2030 жылға қарай – 20 млн. адам болады деп болжанған. 2016 жылдан бастап өсім 0,82% - ды құрайтын 2027 жылға дейін жыл сайынғы өсу қарқынының біртіндеп төмендеуі күтілуде. Бұл үрдіс репродуктивті жастағы халықтың тобына 1995 жылдан кейін туылған жастардың енуімен түсіндіріледі. Содан кейін елде туу деңгейі салыстырмалы түрде төмен болды. Сәйкесінше, 2016 жылдан бастап туылғандар саны 2026 жылға дейін біртіндеп қысқаратын болады. 2026 жылдан бастап бала туу деңгейі жоғарылайды,себебі, 2005-2010 жылдары дүниеге келген көптеген ұрпақтар өсімді арттырады.

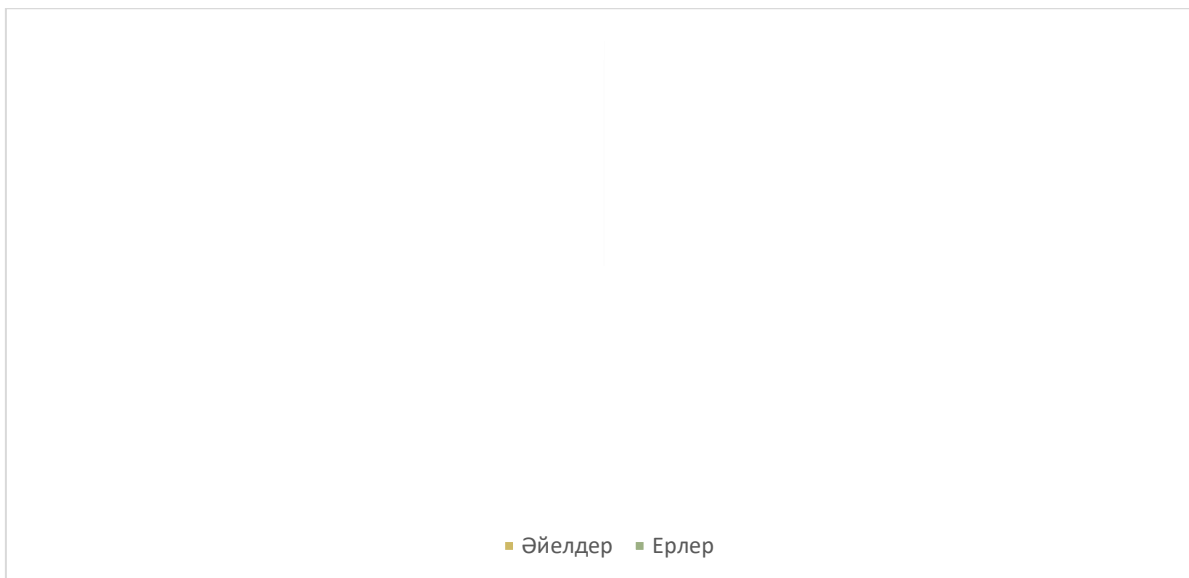


20-сурет – ҚР халқының 2030 жылға дейінгі болжамды санының динамикасы (2012=100)

Базалық 2012 жылмен салыстырғанда ҚР халқының саны 2020 жылы 10,8% - ға, ал 2030 жылы 21% - ға ұлғаяды деп болжануда.

4-кесте. Жынысы бойынша 2030 жылға дейінгі ҚР халқының болжамды санының құрылымы.

Жылы	Барлық халық саны	Соның ішінде		Мөлшері %		Ер адамдар 1000 әйел адамдарға шаққанда
		Ер адамдар	Әйел адамдар	Ер адамдар	Әйел адамдар	
2020	18596568	8992402	9604166	48,36%	51,64%	936
2021	18790610	9087648	9702962	48,36%	51,64%	937
2022	18976379	9178584	9797795	48,37%	51,63%	937
2023	19154791	9265632	9889159	48,37%	51,63%	937
2024	19327060	9349409	9977651	48,37%	51,63%	937
2025	19494551	9430598	10063953	48,38%	51,62%	937
2026	19658707	9509966	10148741	48,38%	51,62%	937
2027	19821112	9588392	10232720	48,37%	51,63%	937
2028	19983452	9666820	10316632	48,37%	51,63%	937
2029	20147304	9746150	10401154	48,37%	51,63%	937
2030	20313981	9827128	10486853	48,38%	51,62%	937



21-сурет – Жынысы бойынша 2030 жылға дейінгі ҚР халқы санының болжамы

2030 жылы ерлер санының базалық кезеңге қарағанда 1 млн.727 мың адамға өсуі күтілуде. Ол 9 млн.827 мың адамды (48,38%) құрайды. 2030 жылы әйелдер саны 10 млн.486 мың адамды (51,62%) құраса, ал ерлер саны 659 мың адамға артады. Болжамды кезеңнің басында (2013 жылдан 2020 жылға дейін) 1000 әйелге шамамен 933-936 ер адам келеді (7-кесте). 2021 жылдан 2030 жылға дейін 1000 әйелге 937 ер адамнан келеді деген болжам бар.

5 – кесте. Қалалық және ауылдық жерлер бойынша ҚР халқының 2030 жылға дейінгі болжамды саны

Жыл	Барлық халық саны	Соның ішінде		Мөлшері %		Өсу жылдамдығы%	
		Қала	Ауыл	Қала	Ауыл	Қала	Ауыл
2020	18596568	10349449	8247119	55,7%	44,3%	1,3%	0,9%
2021	18790610	10472140	8318470	55,7%	44,3%	1,2%	0,9%
2022	18976379	10589341	8387038	55,8%	44,2%	1,1%	0,8%
2023	19154791	10701516	8453275	55,9%	44,1%	1,1%	0,8%
2024	19327060	10809274	8517786	55,9%	44,1%	1,0%	0,8%
2025	19494551	10913303	8581248	56,0%	44,0%	1,0%	0,7%
2026	19658707	11014355	8644352	56,0%	44,0%	0,9%	0,7%
2027	19821112	11113295	8707817	56,1%	43,9%	0,9%	0,7%
2028	19983452	11211093	8772359	56,1%	43,9%	0,9%	0,7%
2029	20147304	11308762	8838542	56,1%	43,9%	0,9%	0,8%
2030	20313981	11407246	8906735	56,2%	43,8%	0,9%	0,8%

Болжанып отырған кезеңде қала халқының саны 2030 жылға қарай барлық халықтың 56,2% - ын құрай отырып, 17% - ға ұлғаяды. 2012 жылы ауыл халқының саны 7 млн.589 мың адамды құрады. Ол қалыпты қарқынмен 2030 жылы 8 млн. 906 мың адамға дейін ұлғаяды. Қалалық жердегі халықтың үлесі барлық болжамды кезеңде ұлғаятын болады. Ал ауылдық жердегі халықтың жалпы санының 2013 жылғы 45,1% - дан 2030 жылы 43,8% - ға дейін төмендейтін болады. Қалыптасқан үрдістерді сақтай отырып, дамудың болжамды қарқыны Қазақстанның 2050 жылға дейінгі барынша дамыған 30 елдің қатарына кіруінің ұзақ мерзімді мақсаттарына сәйкес келмейтінін атап өткен жөн. Ұзақ мерзімді перспективада даму үрдісі жаңа серпін беру үшін қосымша шаралар кешені қажет болады.

6-кесте. Жеке жас топтары бойынша 2030 жылға дейінгі ҚР халқының болжамды саны

Жыл	Адам санына байланысты халық саны	Соның ішінде			Мөлшері %		
		0-15	16-62 (57)	63 (58) жастан жоғары	0-15	16-62 (57)	63 (58) жастан жоғары
2020	18596568	5601723	10791078	2203767	30,1%	58,0%	11,9%
2021	18790610	5689419	10823508	2277683	30,3%	57,6%	12,1%
2022	18976379	5760831	10865276	2350272	30,4%	57,3%	12,4%
2023	19154791	5810054	10921178	2423559	30,3%	57,0%	12,7%
2024	19327060	5827591	11005199	2494270	30,2%	56,9%	12,9%
2025	19494551	5821479	11115985	2557087	29,9%	57,0%	13,1%
2026	19658707	5807638	11233376	2617693	29,5%	57,1%	13,3%
2027	19821112	5786971	11357791	2676350	29,2%	57,3%	13,5%
2028	19983452	5762871	11487674	2732907	28,8%	57,5%	13,7%
2029	20147304	5738341	11622020	2786943	28,5%	57,7%	13,8%
2030	20313981	5718428	11759485	2836068	28,2%	57,9%	14,0%

2012 жылы 0-15 жас аралығындағы топта халық саны жалпы халық санының 26,6% - ын құрады. Халықтың негізгі үлесін 16-62 жастағы (ерлер) және 16-57 жастағы (әйелдер) адамды құраса, ал олардың жиынтық үлесі

63,3% - ды және 63 жастағы және одан жоғары (ерлер) болды және 58 жастағы мен одан жоғары (әйелдер) адамдар - 10,1% - ды құрады. (Кесте 6).

Балалардың (0-15 жас) пен зейнеткерлік жастағы (63(58) және одан жоғары жастағы) адамдардың үлесі 2012 жылғы халықтың жалпы санының 26,6% - ынан және 10,1% - ынан тиісінше 2030 жылы 28,2% - ға және 14% - ға дейін ұлғаятын болады. Ал еңбекке қабілетті жастағы халықтың үлес салмағы 2012 жылғы 63,3% - дан 2030 жылы 57,9% - ға дейін төмендейді. Демек, еңбекке қабілетті халық үлесінің қысқаруы мен демографиялық жүктеме коэффициентінің ұлғаюы әлеуметтік саясатты түзетуді. Оның ішінде әлемдік тәжірибеде белгіленген алмастыру коэффициентінің деңгейіне сәйкес зейнетақымен қамсыздандырудың негізгі мәселелерін шешуді талап етеді. Зейнеткерлік жастағы балалар мен адамдар үлесінің ұлғаюына байланысты бюджеттен қосымша әлеуметтік шығыстар талап етіледі.

2024 жылға дейін 0-15 жас тобындағы болжамды саны 2013 жылғы 4603 мыңнан 2020 жылы 5689 мыңға және 2024 жылы 5827 мыңға дейін ұлғаятын болады. 2025 жылдан бастап балалар саны 2030 жылы 5718 мыңға дейін төмендейді. Тиісінше, еңбекке қабілетті жастағы халық қысқарып, зейнеткерлік жастағы халық көбейеді. Мұндай үрдіс 2013 жылдан бастап 16-62 (57) жас тобына 1990-шы жылдардың аяғы мен 2000-шы жылдардың басында туылғандардың шағын ұрпағы кіретіндігімен түсіндіріледі. ал 50-ші жылдары туылғандардың үлкен ұрпағы осы жас тобынан шығатын болады және олар зейнеткерлер санын толықтырады.

Негізгі жас топтары бойынша Қазақстан Республикасы халқының болжамды санын егжей-тегжейлі қарастырамыз. Әр жас тобы елде бұрын-соңды болған "демографиялық толқындардың" салдары болып табылады. Әрбір осындай толқын шамамен 20-25 жылдан кейін немесе одан ертерек қайталанады.

2013 жылдан бастап 2015 жылға дейін 0-15 жас аралығындағы халықтың жыл сайынғы өсуі тұрақты өсуді көрсетеді және 3,2% - дан 3,3% - ға дейін ауытқиды . Содан кейін 2016 жылдан бастап құлдырау басталып, 2025 жылға қарай халықтың өсуі болжамды кезеңнің соңына дейін теріс мәндерді қабылдайды. Бұл 2013 жылға дейін бұл топқа 2002-2012 жылдары туылған көптеген ұрпақтар кіреді. Ол енді 1998-2002 жылдары туылған кішкентай ұрпақтың бір бөлігі, ал 2016 жылдан бастап бұл үлкен буын көрсетілген жастан шығатын топ. Есептік деректер бойынша, халықтың жалпы санының 21% - ға өсуі кезінде 0-15 жас аралығындағы топта халықтың өсуі 28% - ды құрайды. Нәтижесінде осы топтағы халықтың жалпы санындағы үлесі 2012 жылғы 26,6% - дан 2030 жылы 28,2% - ға дейін ұлғаяды.

16-24 жас тобындағы халықтың болжамды саны негізінен оқитын жастардың басым бөлігін және жұмыспен қамтылған халықтың бір бөлігін қамтиды. Базалық 2012 жылы осы жас тобының саны қысқару үрдісіне ие болды (-2,8%). Және осы үрдіс 2013-2020 жылдар ішінде жалғасатын болады.

Осы жас тобындағы халықтың саны 2013 жылға қарай 2609 мың адамды құрайды. Ал олардың халықтың жалпы санындағы үлесі 2013 жылғы 15,3% - дан 2020 жылы 11,2% - ға дейін төмендейді деп болжануда. Бұл топқа өткен ғасырдың 90-шы жылдары туылған кішкентай ұрпақ кіретіндігіне байланысты. 2021 жылдан бастап осы жас тобындағы халық саны біртіндеп арта бастайды. Өйткені бұл топқа 2005-2012 жылдары туылған ұрпақтар кіре бастайды. Ал 90 - шы жылдардың екінші жартысында туылған кішкентай ұрпақ осы топтан шыға бастайды. Осылайша, 2030 жылға қарай осы жас тобындағы халық саны 3077 мың адамды құрайды.

7-кесте. 15-49 жас тобындағы ҚР халқының болжамды саны және оның 2030 жылға дейінгі өсу қарқыны.

Жылы	Барлық адамдар	15-49 жастағы халық саны, адам	Өсу қарқыны	Үлесі, в %
2021	18790610	9098622	0,4%	48,4%
2022	18976379	9152150	0,6%	48,2%
2023	19154791	9233101	0,9%	48,2%
2024	19327060	9333696	1,1%	48,3%
2025	19494551	9437827	1,1%	48,4%
2026	19658707	9546234	1,1%	48,6%
2027	19821112	9662445	1,2%	48,7%
2028	19983452	9782267	1,2%	49,0%
2029	20147304	9898439	1,2%	49,1%
2030	20313981	10008730	1,1%	49,3%

2012 жылы репродуктивті жастағы (15-49 жас) халық саны 9070957 адамды немесе жалпы халық санының 54% - ын құрады. Көрсетілген жас тобы халқының үлесі келесі болжамды жылдары төмендейтін болады және минимум 2023 жылы (48,2%) жетеді. Содан кейін 49,3% - ды құрайтын болжамды кезеңнің соңына дейін өсу күтіледі. Бұл үрдіс 2015 жылдан бастап 1995-2002 жылдары туылған кішкентай ұрпақ осы жас тобына кіре бастайды. 2026 жылдан бастап бала туу деңгейі жоғарылайды, өйткені 2005-2010 жылдары туылған көптеген ұрпақтар репродуктивті жасқа енеді

Осы топтағы халық санының өсімі 2013 жылдан бастап (-0,2%) 2028 жылға дейін орташа қарқынмен (1,2%) ұлғаятын болады. Содан кейін 2028 жылдан бастап өсу қарқыны төмендей бастайды. 16-62 (57) жас тобындағы халықтың болжамды саны жиынтығында еңбек ресурстары қалыптастырылатын еңбекке қабілетті жастағы халықты білдіреді.

2012 жылы еңбекке қабілетті жастағы халықтың үлесі барлық халықтың 63,3 пайызын құрады. Оның ішінде 31,6 пайызы әйелдер. Ал 2030 жылға қарай еңбекке қабілетті жастағы халықтың үлесі 57,9 пайызға дейін төмендейді. Бұл 1990-шы жылдардың аяғы мен 2000-шы жылдардың басында

(2003ж.) дүниеге келгендердің саны аз ұрпақ бастапқы еңбекке қабілетті жасқа (16 жас) енетіндігіне байланысты. Және осы жас тобынан 1950-1955 жж. – ерлер (63 жас) және 1955-1960 жж. - әйелдер (58 жас) дүниеге келгендердің санынан үлкен ұрпақ шығатын болады. 2019 жылдан бастап жағдайды жақсарту көзделуде – бастапқы еңбекке қабілетті жасқа (16 жас) 2002 - 2014 жылдар ішінде туғандар қатарынан көптеген ұрпақ кіретін болады. Ал осы топтан өткен ғасырдың 50-ші және 60-шы жылдарының екінші жартысында туған ерлер мен әйелдердің саны аз ұрпақ шығатын болады. Еңбекке қабілетті жастағы халық саны 2019 жылы 10766 мың адамды (жалпы халықтың 58,5%) құрайды және 2030 жылы 11759 мың адамды құрап, 1 млн.адамға дерлік ұлғаяды.

Болжамды деректер бойынша халықтың жалпы саны базалық жылға карағанда 21% - ға өскен кезде еңбекке қабілетті жастағы халықтың өсуі 11% - ды құрайды. Нәтижесінде осы топтағы халықтың жалпы санындағы үлесі 2012 жылғы 63,3% - дан 2030 жылы 57,9% - ға дейін төмендейді.

Барлық болжамды кезең ішінде әр жыныстағы еңбекке қабілетті жастағы ҚР халқы санының тұрақты өсуі болжануда. Бұл ретте барлық болжамды кезеңде әйелдерге карағанда ерлер санының неғұрлым қарқынды өсуі күтіледі. Егер 2012 жылы ерлер саны 5332 мың адамды, ал әйелдер саны 5299 мың адамды құраса, 2020 жылға қарай тиісінше 5495 және 5295 мың адамды, 2030 жылға қарай 6023 және 5736 мың адамды құрайды. Еңбекке қабілетті халықтың жалпы санынан ерлердің үлесі 2013 жылғы 50,2% - дан 2030 жылы 51,2% - ға дейін біртіндеп ұлғаятын болады және тиісінше әйелдердің үлесі төмендейтін болады.

2013 жылдан бастап Қазақстанда еңбекке қабілетті халық үлесінің төмендеуі және зейнеткерлік жастағы халық үлесінің ұлғаюы күтілуде. Бұл 2025-2026 жылдарға дейін жалғасады. Бұл үрдіс өткен ғасырда қалыптасқан еліміздің демографиялық тарихымен байланысты. Есептеулерге сәйкес, 2013 жылдан бастап 1995 жылдан кейін туылған жастар еңбекке қабілетті жастағы халық тобына енеді. Содан кейін елде туу деңгейі салыстырмалы түрде төмен болды. Соғыстан кейінгі жылдары туылған көптеген ұрпақ еңбекке қабілетті жастан шығып, зейнетке шығады. Бұл 1948 жылдан кейін туылған ер адамдар және 1953 жылдан кейін туылған әйелдер болып табылады.

Түйіндеме

Халықтың өмір сүру деңгейі мен оның өмір сүру сапасының адами капиталды қалыптастыруға әсерін зерттеу барысында мыналарды жасауға мүмкіндік береді. "Өмір деңгейі мен сапасы" ұғымының мазмұны қоғам мен ғылыми қоғамдастықтың назарын тұрақты түрде өзіне аударады. Өмір сапасының мәселелеріне деген қызығушылықтың артуы біздің еліміздің өзін-өзі сақтау мәселесі емес, тұрақты әлеуметтік даму мен оның әлемдік қоғамдастықтағы рөлі және орнын қалпына келтіру мәселелерімен айналысатындығын көрсетеді. Бұл жаһандану үрдісіне байланысты. Осының аясында модернизацияланған мемлекеттер білім экономикасына көшу барысында, олардың өнімділігін арттыруға ықпал ететін қазіргі және болашақ ұрпақтар үшін лайықты өмір сүру жағдайларын жасауы керек. Өмір сүру деңгейі мен сапасы мәселесін зерттеу әсіресе қартаю мен популяцияның депопуляциясының белсенді үрдістері арқасында, адам ресурсы осы жағдайда ең тапшы ресурсқа айналатындығына байланысты өзекті мәселеленің бірі болып табылады.

Адамның өмір сүру деңгейі көптеген анықтамаларға ие маңызды әлеуметтік категориялардың бірі болып табылады. Талдау барысы олардың жеткіліксіз түрде толықтығы туралы және халықтың қажетті материалдық игіліктермен қоса, көрсетілетін қызметтермен қамтамасыз етілуімен, оларды тұтынудың қол жетімділік деңгейімен және ақылға қонымды (ұтымды) қажеттіліктерді қанағаттандыру дәрежесімен сипатталатын "адам өмірінің деңгейі" деген авторлық анықтаманы ұсынуға мүмкіндік береді. Кең мағынада талдасақ "халықтың өмір сүру деңгейі" деген ұғымы- өмір сүру, еңбек пен жұмыспен қамту, өмір сүру мен бос уақыт, денсаулық, білім беру жағдайларын және сондай-ақ табиғи ортаның жай-күйі мен басқаларын толық қамтиды. Бұл жағдайда "өмір сүру сапасы" терминін қолдану қажет.

Өмір сүру деңгейі мен сапасын бағалау кезінде зерттеудің негізгі объектісі адам емес, отбасы мен үй шаруашылығы болып табылады. Бұл өмір сүру деңгейін зерттеуде халықты толыққанды субъект ретінде ұсынатын ҰШЖ-ның негізгі блоктарымен біріктіруге мүмкіндік береді. Бұған байланысты жаңа экономикалық парадигма ұсынылды. Оны пайдалану кезінде экономиканың тиімді сапасы мен құрылымдық өзгерістерге қабілеттілігі әлеуметтік-экономикалық дамуды талдау орталығына қойылады. Бұл адам қызметіне тікелей байланысты.

Қорытынды

1. Мегалополистің қазіргі әлеуметтік-экономикалық жағдайы барысында денсаулық жағдайының нашарлауының нәтижесінде қала халқының өмір сүру сапасы көрсеткіштерінің қолайсыз үрдістері байқалады. Физикалық жұмыс ерекшеліктері, әлеуметтік-экономикалық және психоэмоционалды әл-ауқат, отбасы өмірінің әлеуметтік-гигиеналық ерекшеліктері денсаулық пен өмір сүру сапасының негізгі сипаттамаларына әсер ететін қауіп факторлары болып табылады. Осы критерийлер барысында қала тұрғындарын тәуекел топтары бойынша бөлу кезінде халықтың 38,6% - ы әл-ауқат тобына, 47,3% - ы салыстырмалы тәуекел тобына, 14,1% - ы абсолютті тәуекел тобына жатады.

2. Әлеуметтік-гигиеналық қызмет көрсеткіштерінен бөлек, ер адамдарда (69,5 балл), әйелдерде (67,7 балл) өмір сүру сапасының негізгі көрсеткіштерінің анық артқаны анықталды. Әйелдерде ер адамдарға қарағанда көбірек қауіп төнеді: яғни, отбасылық жағдай, әлеуметтік-экономикалық жағдай, тамақтану сапасы, жағдайы мен кәсіби қызмет сипаты. Жасы ұлғайған сайын әлеуметтік-экономикалық пен психоэмоционалды әл-ауқат, симптомдар, ауыр жағдайлар мен жалпы денсаулық, физикалық жұмыс пен әлеуметтік бейімделу көрсеткіштері бойынша өмір сүру сапасының нашарлауы, өмірге қанағаттанудың жоғары деңгейі, медициналық-әлеуметтік және алдын алу белсенділігі байқалды.

3. Зерттеу барысында әлеуметтік-гигиеналық көрсеткіштердің нашарлауының өзара байланысы анықталды. Еңбек қызметінің қолайсыз сипаттамалары кезінде қауіп топтарының жұмыс істеуі (67,9 балл), ал өзінің өмір сүру сапасына қанағаттанбағандардың үлес салмағы 24,7%-ға дейін артты. Оларда әлеуметтік-гигиеналық жұмыс істеу көрсеткіші 64,2 баллға дейін төмендеді. Ал өмір сапасының жалпыланған көрсеткіші 58,5 баллды құрады.

4. Әлеуметтік-экономикалық қолайсыздықтың қолайсыз сипаттамалары бар қала тұрғындары арасында қолайлы көрсеткіштермен (74,5 балл) салыстырғанда өмір сүру сапасының көрсеткіштері едәуір нашарлайды (46,3 балл). Бұл дегеніміз психоэмоционалды жағдайға, әлеуметтік-гигиеналық және физикалық жұмыс істеуге, әлеуметтік-тұрмыстық бейімделуге, денсаулықты субъективті бағалауға және өмір сүру сапасына айқын әсер етеді.

5. Психоэмоционалды салауаттылықтың жалпы көрсеткіші (71,9 балл) жасы ұлғайған сайын, толық емес отбасыларда, ауру болған, жағдайлары нашарлаған кезде - физикалық жұмыс істеу көрсеткіштері мен әлеуметтік-экономикалық қолайсыздық, тіршілікті қамтамасыз ету деңгейі және өмірге қабілеттілік пен денсаулық жағдайының субъективті бағалауына байланысты психоэмоционалды жай-күйдің көрсеткіштері әсіресе нашарлайды (қолайлы көрсеткіштер кезінде 85,8 балл және ауру кезінде 52,0 балл).

6. Денсаулықтың нашарлауы әлеуметтік-экономикалық және гигиеналық сипаттамаларға қарағанда психоэмоционалды жағдайдың, оның белгілерінің,

ауырсынудың, жалпы денсаулық сезімінің көріністерінде өмір сүру сапасының төмендеуімен бірге жүреді. Денсаулыққа байланысты өмір сүру сапасын қалыптастыру кезінде физикалық жұмыс, әлеуметтік-экономикалық, психологиялық пен әлеуметтік-гигиеналық мәселелік көрсеткіштер маңызды орын алады.

Қала халқының, әсіресе соның ішінде 50 жастан асқан тұрғындар арасында медициналық қызметтер мен дәрігер-мамандарға қосымша кеңес алуға қажеттілік деңгейі өте жоғары (74,3%). Кешенді зерттеу барысында қанағаттанудың жеткіліксіз деңгейі (23,0%) мен медициналық қызмет көрсетуге қол жетімділікті (26,9%), медициналық хабардарлықтың төмен деңгейін (30,1%) және қала тұрғындарының алдын алу мен медициналық-әлеуметтік белсенділігінің қанағаттанғысыз деңгейін (27,1%) айғақтайды. Сұралғандардың жартысынан көбінде (52,3%) қалалық медициналық мекемелердегі медициналық қызмет көрсету сапасына қанағаттанбағаны анықталды. Зерттеу барысында динамикадағы өмір сүру сапасының көрсеткіштері медициналық-алдын алу бағдарламалардың тиімділігінің қажетті критерийлері болып табылатындығын көрсетеді.

Емделуден кейін пациенттер физикалық жұмыс шкаласы мен өзін-өзі күту қабілеті бар әлеуметтік-тұрмыстық бейімделу және психоэмоционалды жағдай бойынша өмір сүру сапасының көрсеткіштерін едәуір жақсартады. Клиникалық және функционалды жағдайлардың қолайлы динамикасымен ауырсыну көріністерінің төмендеуі, көңіл күйдің жақсаруы мен өмір сүру сапасының жалпы көрсеткіштерінің жақсаруы байқалады.

Медициналық-алдын алу мен емдеу-сауықтыру қызметтерін тұтынушылар ретінде қала халқының әртүрлі топтарының өмір сүру сапасының көрсеткіштерін бағалау нәтижелерін клиникалық зерттеулер үрдісінде және медициналық-алдын алу мен емдеу-оңалту бағдарламаларының тиімділігін бағалау кезінде негізгі көрсеткіштер динамикасын салыстыру топтары арасында стандартталған көрсеткіштер ретінде пайдалану керек.

Демографиялық тарихты көрсететін халықтың жас-жыныстық құрылымы бір жағынан болашақ демографиялық динамиканы анықтайды. Ал белсенді репродуктивті жаста 1990 жылдары туылған адамдардың салыстырмалы түрде аз контингенті болады. 2019 жылдың басында 15-19 жастағы әйелдердің саны 20-24 жастағы әйелдерге қарағанда 7,6%-ға аз. Ал олар өз кезегінде 25-29 жастағы әйелдерге қарағанда 22,2%-ға аз. Тиісінше, 15-19 жас аралығындағы әйелдер саны жазғы топқа қарағанда 28,0% - ға аз. Белсенді репродуктивті жастағы әйелдер санының мұндай алдағы қысқаруы туылғандардың абсолютті саны мен туудың жалпы коэффициентінің төмендеуіне әкеледі.

Басқа жағынан қарастырсақ, өлім-жітімнің салыстырмалы түрде жоғары деңгейі бар. 70 жастық кезеңге жету үшін көптеген ұрпақтар болады.

Мысалы, 2019 жылдың басында 60 жастағы тұрғындардың саны 70 жастан екі есе көп болса. Ал 60 жастағы адамдарда 70 жасқа дейін өмір сүру ықтималдығы ерлер арасында 71,3%, әйелдерде 86,6% құрайды. Және де алдағы жылдары осы жас шегіне жеткен тұрғындар санының айтарлықтай өсуі байқалады. Жас құрылымындағы мұндай өзгерістер өлімнің жалпы коэффициентінің артуына ықпал етеді. Осылайша, Қазақстан халқының жас құрылымының таяу жылдардағы өзгеруі туудың жалпы көрсеткіштерінің төмендеуі мен өлім-жітімнің жалпы көрсеткіштерінің артуына, яғни, халықтың табиғи өсімінің біршама қысқаруына ықпал ететін болады.

Тәжірибелік ұсыныстар

1. Өмір сүру сапасын бағалау әдістемесі алдын алу медицинасында қолдануға кең мүмкіндіктерге ие. Және де оларды әлеуметтік-экономикалық әл-ауқат, әлеуметтік-гигиеналық жұмыс, физикалық, психикалық денсаулық шкаласы бойынша өмір сүру сапасының әртүрлі деңгейі бар популяция топтарын анықтауға бағытталған медициналық-әлеуметтік және гигиеналық зерттеулерде қолдануға болады. Бұл қауіп топтарын бөлуді оңтайландырады. Өмір сүру сапасының серпінін бағалау халықты тәуекел топтарына бөлудегі өзгерістерді жедел тіркеуге мүмкіндік береді;
2. Өмір сапасының критерийлері: амбулаториялық-емханалық мекемелердің дәрігерлерінің, жалпы практика дәрігерлерінің (отбасылық дәрігерлердің) жұмысында тіршілік әрекетінің негізгі түрлері бойынша отбасылардың қауіп-қатер топтарын анықтау мен әртүрлі аурулардың бастапқы, қайталама алдын алу бағдарламаларын түзету үшін пайдаланған жөн.
3. Өмір сүру сапасының мониторингін алдын алу бағдарламаларын және оналту шараларының: денсаулық сақтау органдары мен мекемелері жеке-отбасылық, әкімшілік деңгейлерде жүргізетін іс-шаралардың тиімділігін бағалау әдісі ретінде пайдаланылуы қажет.
4. Медициналық қызмет көрсететін ірі емдеу-диагностикалық және емдеу-сауықтыру орталықтарының жұмыс сапасын бағалау үшін арнайы сынақтан өткен, бейімделген бағдарлама бойынша ұсынылған критерийлер мен өмір сапасын бағалау әдістерін қолдану қажет.

Қолданылған әдебиеттер тізімі

1. Ministry of National economy of the Republic of Kazakhstan Committee on Statistics Статистические показатели Statistical Indicators 1/2019 Nur-Sultan 2019
2. Ministry of National economy of the Republic of Kazakhstan Committee on Statistics Отчет по качеству жизни населения в Республике Казахстан
3. Закон Республики Казахстан от 19 марта 2010 года № 257-IV «О государственной статистике».
4. Правила представления респондентами первичных статистических данных, утвержденные приказом Председателя Агентства Республики Казахстан по статистике от 9 июля 2010 года №173.
5. Правила представления административных данных административными источниками на безвозмездной основе, утвержденные приказом и.о. Председателя Агентства Республики Казахстан по статистике от 14 июля 2010 года №183.
6. План статистических работ, утверждаемый в установленном законодательном порядке Республики Казахстан Приказом Министра национальной экономики Республики Казахстан.
7. График распространения официальной статистической информации, утверждаемый Приказом Председателя КС МНЭ РК.
8. Методика интервьюирования по выборочному обследованию домашних хозяйств по оценке уровня жизни, утверждена приказом Председателя КС МНЭ РК от 17 ноября 2015 года № 179 (зарегистрирована в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 12412 от 14.12.2015г.);
9. Методика построения выборки домашних хозяйств по обследованию уровня жизни, утверждена приказом Председателя КС МНЭ РК от 14 декабря 2015 года № 202;
10. Методика по организации обследования домашних хозяйств по оценке уровня жизни, утверждена приказом Председателя КС МНЭ РК от 15 декабря 2015 года № 208 (зарегистрирована в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 12871 от 15.01.2016г.). Вся методология размещена на сайте КС МНЭ РК www.stat.gov.kz в разделе Уровень жизни населения. Статистический инструментарий согласован со всеми структурными подразделениями КС МНЭ РК.
11. Послание Президента Республики Казахстан народу Казахстана «Казахстан–2030: Процветание, безопасность и улучшение благосостояния всех казахстанцев»
12. Послание Президента Республики Казахстан народу Казахстана «Через кризис к обновлению и развитию»

13.Послание Президента Республики Казахстан народу Казахстана «Новое десятилетие - Новый экономический подъем - Новые возможности Казахстана»,

14.Стратегии, плана действий или подобного документа о мерах по проблемам старения.

15.Стратегия «Казахстан-2050»: новый политический курс состоявшегося государства»;

16.Стратегический план развития Республики Казахстан до 2020 года, утвержденный Указом Президента Республики Казахстан от 1 февраля 2010 года № 922;

17.Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016 – 2019 годы, утвержденная Указом Президента Республики Казахстан от 15 января 2016 года № 176;

18.Государственная программа развития образования Республики Казахстан на 2011 - 2020 годы, утвержденная Указом Президента Республики Казахстан от 7 декабря 2010 года № 1118;

19.Концепция дальнейшей модернизации пенсионной системы Республики Казахстан до 2030 года, утвержденная Указом Президента Республики Казахстан от 18 июня 2014 года № 841;

20.Стратегия гендерного равенства в Республике Казахстан на 2006-2016 годы, утвержденная Указом Президента Республики Казахстан от 29 ноября 2005 года № 1677;

21.Концепция социального развития Республики Казахстан до 2030 года, утвержденная постановлением Правительства Республики Казахстан от 24 апреля 2014 года № 396;

22.План мероприятий по обеспечению прав и улучшению качества жизни инвалидов в Республике Казахстан на 2012–2018 годы;

23.Общенациональный план мероприятий по укреплению семейных отношений, морально-этических и духовно-нравственных ценностей в Республике Казахстан на 2015 – 2020 годы.

24.Законы РК «Об обязательном социальном медицинском страховании» и «О внесении изменений и дополнений в некоторые законодательные акты Республики и Казахстан по вопросам обязательного социального медицинского страхования».

25.Бюджетная программа «Прикладные научные исследования в области здравоохранения» на 2016 год

26.Дорожная карта по модернизации системы сестринского образования в Республике Казахстан на 2016 -2019

27.План нации «100 конкретных шагов» и внедрения передовых стандартов медицинского обслуживания, приказом Министра здравоохранения и социального развития РК

28.Стратегия развития Национальной обсерватории кадровых ресурсов здравоохранения на 2016 -2019 годы

29.Институт экономики МОН РК./<http://www.baiterek.kz>

30. Данные сайта www.undp.kz
31. Официальный сайт: <http://www.mzsр.gov.kz/>
32. Авхименко М. М. Некоторые факторы риска труда медика / М. М. Авхименко // Медицинская помощь. — 2003. — № 2. — С. 25-29.
33. Айвазян С. А. Российский экономический рост без улучшения качества жизни / С. А. Айвазян // Уровень жизни населения регионов России. 2005. -№ 11/12. - С. 46 - 57 : 2006. - № 2. - С. 56-73.
1. Айвазян С.А. Интегральные индикаторы качества жизни населения: их построение и использование в социально-экономическом управлении и межрегиональных сопоставлениях. М*.: ЦЭМИ РАН, 2000i — 118 с.
34. Акимов В. А. Риски в современной России и качество жизни населения / В. А. Акимов, В. В. Лесных // Качество жизни: критерии, оценки : сб. докл. Междунар. науч. конф. Мi : ВНИИТЭ, 2003. - С. 84- 95.
35. Альбицкий В. Ю. Качество жизни медицинских работников / В. Ю. Альбицкий, М. Э. Гурьева, М. Л. Добровольская // Здравоохранение Российской Федерации.' 2003. - №3. - С. 35 - 38.
36. Амирджанова В. Н. Валидация русской версии общего опросника EUROQOL 5D (EQ - 5D) / В. Н. Амирджанова, Ш. Ф. Эрдес // Научно-практическая ревматология. - 2007. - № 3. - С. 69 - 76.
37. Амирджанова В. Н. Валидизация русскоязычной версии Health assessment questionnaire (HAQ) / В. Н. Амирджанова, Г. М. Койлубаева, Д. В. Горячев // Научно-практическая ревматология, 2004. № 2. - С. 59 - 64.
38. Анимица Е. Г. Качество жизни населения крупнейшего города / Е. Г. Анимица, А. М. Елохов, В. А. Сухих. Екатеринбург, 2000. - Ч. 1. — 406 с.; Ч. 2. - 260 с.
39. Аронов Д. М. Методика оценки качества жизни больных с сердечнососудистыми заболеваниями / Д. М. Аронов, В. П. Зайцев // Кардиология. — 2002.-№5.-С. 92-95.
40. Артюхов И. П. Качество жизни жителей Крайнего Севера как один из критериев оценки здоровья / И. П. Артюхов, Н. А. Горбач, С. Л. Бакшеева,
41. А. Б. Воробьев // Здравоохранение Российской Федерации. 2009. - № 2. - С. 1820.
42. Батрымбетова С. А. Медико-социальные факторы здоровья студентов / С. А. Батрымбетова // Пробл. соц. гиг., здравоохран. и истории медицины. -2008.-№ 5. -С. 9-11.
43. Безъязычный В. Ф. Качество жизни : учеб.пособие / В. Ф. Безъязычный, Е. В. Шилков. — Рыбинск, 2004. 96 с.
44. Белов В. Б. Уровень самообразования и самооценка здоровья населения / В. Б. Белов // Пробл. соц. гиг., здравоохран. и истории медицины. 2003. -№ 1.-С. 14-18.
45. Бобков В. А. Уровень и качество жизни россиян на рубеже веков. Итоги научной деятельности ВЦУЖ за 2001 год / В. А. Бобков и др. // Уровень жизни населения регионов России. — 2002. — №5. — С. 2 — 65.

- 46.Бобков В. Н. Вопросы теории, методологии изучения и оценки качества и уровня жизни населения / В. Н. Бобков // Уровень жизни населения регионов России. 2009. - № 6. - С. 3-15.
- 47.Бобков В. Н. Социально-философские аспекты качества и уровня жизни / В.Н. Бобков // Уровень жизни населения регионов России. 2010. — №1.-С. 3-7.
- 48.Бойцов Б. В. Качество жизни / Б. В. Бойцов, Ю. В. Крянев, М. А. Кузнецов. -М.,.2004. 267 с.
- 49.Бойцов Б. В. Концепция качества жизни / Б. В. Бойцов, М. А. Кузнецов, Г. И. Элькин. М., 2007. - 239 с.
- 50.20. В. В. Булавин, Р. Ан, Р. И. Иванова // Мед.помощь. 2003. - № 1. - С. 12 - 15.
- 51.Бурковский Г. В. Об исследованиях здоровья и качества жизни / Г. В. Бурковский, Е. В.Левченко, А. М. Беркман // Обозрение психиатрии и мед.психологии. 2004. - Т. 1, № 1. - С. 27 - 28.
- 52.Вараксин А. Н. Статистические модели регрессионного типа в экологии и медицине /А. Н. Вараксин. — Екатеринбург : Изд-во «Гошицкий», 2006. — 256 с.
- 53.Васильев А. Л. Россия в XXI веке. Качество жизни и стандартизация.- М. Стандарты и качество, 2003. 440 с.
54. Вишняков Н. И. Экономика здравоохранения: учебное пособие / Н. И. Вишняков, В. А. Минаев, Е. О. Данилов СПб.: НИИХ СПбГУ, 2001. - 144 с.
- 55.Вишнякова О. Н. Информированность пациентов о факторах риска / О. Н. Вишнякова // Пробл. соц. гиг., здравоохран. и истории медицины. 2007.- № 4. С. 43-46.
- 56.Воробьев П. А. Методологические подходы к оценке качества жизни, связанного со здоровьем / П. А. Воробьев, Л. В. Сидорова, Ю. А. Кулигина, М. В. Авксентьева // Проблемы стандартизации в здравоохранении. 2003. — М8.-С. 20-25.
- 57.Вялков А. И. Основы региональной политики в здравоохранении / А. И. Вялков. М. : ГЭОТАР - МЕД, 2001. - 336 с.
- 58.Вялков А. И. Проблемы и перспективы реформирования здравоохранения: матер, социол. исслед. / А. И. Вялков, В. О. Щепин М. : ГЭОТАР -МЕД, 2001.-223 с.
- 59.Гаврилов А. В. Динамика качества жизни пациентов с хронической обструктивной болезнью легких на реабилитационном этапе лечения / А. В. Гаврилов // Здравоохранение Российской Федерации. — 2007. — № 3. — С. 37-39.
- 60.Гаджиев Р. С. Экономика здравоохранения : учебное пособие / Р. С. Гаджиев. М. : Медицина, 2003. - 464 с.
- 61.Герасименко Н. Ф. Новое в Российском законодательстве в сфере охраны здоровья / Н. Ф. Герасименко // Пробл. соц. гиг., здравоохран. и истории медицины. 2005. - № 1. - С. 3 - 9.

62. Герасименко Н. Ф. Охрана здоровья населения в правовой системе Российской Федерации / Н. Ф. Герасименко, О. Ю. Александрова, И. Ю. Григорьев // *Здравоохранение Российской Федерации*. 2004. - № 2. - С. 23 - 27.

63. Гизатуллин Х. Н. Качество жизни: подходы к исследованию / Х. Н. Гизатуллин, З. З. Биктимирова. Екатеринбург, 2004. — 42 с.

64. Глушкова Л. И. К вопросу формирования здорового образа жизни / Л. И. Глушкова // *Здравоохранение Российской Федерации*. — 2008. — № 1. — С. 33-35.

65. Горбач Н. А. Опыт применения экспертных оценок в здравоохранении / Н. А. Горбач, И. А. Большакова, С. Л. Бакшеева, А. В. Жарова и др. // *Здравоохранение Российской Федерации*. 2008. — № 3. - С. 26-29.

66. Горбач Н. А. Перспективы использования метода оценки качества жизни в формировании здоровья студентов вузов / Н. А. Горбач, А. В. Жарова, М. А. Лисняк // *Здравоохранение Российской Федерации*. — 2007. — № 2. — С. 43-46.

67. Горбунков В. Я. Сравнительная характеристика формирования спроса населения на медицинскую помощь / В. Я. Горбунков // *Пробл. соц. гиг., здравоохран. и истории медицины*. 2003. — № 5. - С. 35 — 37.

68. Государственный доклад «О состоянии здоровья населения Российской Федерации в 2002 году» // *Здравоохранение Российской Федерации*. -2005.-№3.-С. 8-15.

69. Гохберг Л. М. Статистика науки / Л. М. Гохберг. М.: Теис, 2003. - 478 с.

70. Гребняк Н. П. Здоровье и образ жизни студентов / Н. П. Гребняк, В. П. Гребняк, В. В. Машинистов // *Пробл. соц. гиг., здравоохран. и истории медицины*. 2007. - № 4. - С. 33 - 37.

71. Гриненко А. Я. Состояние здоровья населения Северо-Западного федерального округа России и проблемы реформирования здравоохранения / Гриненко А. Я. СПб., 2003. - 160 с.

72. Давыдов С. В. Медицинские аспекты качества жизни у больных гипертонической болезнью / С. В. Давыдов // *Казан, мед. журнал*. 2001.- Т. 82, № 1.-С. 35-37.

73. Данакин Н. С. К определению качества жизни / Н. С. Данакин // *Качество жизни населения: показатели и пути повышения'*: сб. науч. тр. Белгород : Белгород. КН. Изд-во, 2004. - Вып. 1. - С. 14 - 18.

74. Дартау Л. А. Здоровье человека и качество жизни: проблемы и особенности управления / Л. А. Дартау, Ю. Л. Мизерницкий, А. Р. Стефанюк. — М. : Синтег, 2009. 393 с.

75. Дедов И. И. Реализация Концепции охраны здоровья населения Российской Федерации на период до 2005 г. В области ликвидации заболеваний, связанных с дефицитом йода / И. И. Дедов; Н. Ю. Свириденко. М. : МЗ РФ, РАМН, ЮНИСЕФ. - 2001. - 35 с.

- 76.Денисов В. И. Качество жизни: сущность, оценка, стратегия формирования / В. И. Денисов и др.; ВНИИИ техн. эстетики. М., 2000. - 124 с.
- 77.Дмитриева П. Г. Использование финансов страховых организаций для реализации задач приоритетного национального проекта «Здоровье» / П. Г. Дмитриева // Экономика здравоохранения. 2009. - № 2. - С. 39 - 44.
- 78.Добровольский С. Р. Исследование качества жизни больных в хирургии / С. Р. Добровольский, Ю. Х. Абдурахманов, Э. К. Джамынчиев, 79.А. А. Абдуллаева // Хирургия. Журнал имени Н. И. Пирогова. 2008. - № 12. - С. 73 - 76.
- 80.Дробышева В. В. Интегральная оценка качества жизни населения региона / В. В. Дробышева, Б. И. Герасимов. Тамбов : Изд-во ТГТУ. - 2004. - 106 с.
- 81.Евдокимов В. И. Качество жизни: оценка и системный анализ / 82.В. И. Евдокимов, И. Э. Есауленко, О. И. Губина. Воронеж : ИСТОКИ, 2007. -242 с.
- 83.Европейская база данных «Здоровье для всех». Европ. регионал. бюро. -Копенгаген, 2006. -246 с.
- 84.Жеребин В. М. Уровень жизни населения: основные категории, характеристики и методы оценки / В. М. Жеребин, А. Н. Романов. М., ЮНИТИ-ДАНА, 2002. - 592 с.
- 85.Жиляева Е. П. Роль врача общей практики в пропаганде здорового образа жизни / Е. П. Жиляева, В. С. Нечаев, Д. В. Ефремов // Пробл. соц. гиг., здравоохран. и истории медицины. 2010. - № 1. — С. 47 - 49.
- 86.Зайцев В. М. Медицинская статистика в амбулаторно-поликлинических учреждениях промышленных предприятий : учебное пособие / В. М. Зайцев, Л. А. Аликбаева, А. А. Сидоров и др. СПб., 2009 - 416 с.
- 87.Зайцев Д. В. Социокультурный анализ современных семей разных типов: сравнительный анализ / Д. В. Зайцев, О. В. Зайцева // Здравоохранение РФ. 2005. - № 13. - С. 53 - 63.
- 88.Зараковский Г. М. Социально-личностное благополучие в структуре качества жизни общества: показатели и критерии / Г. М. Зараковский // Качество жизни: критерии и оценки. М., 2003. - С. 19 - 32.
- 89.Зараковский Г. М. Система компьютерной поддержки принятия решений по критериям качества жизни / Г. М. Зараковский, И. В. Пенова // Стандарты и качество. 2005. - № 3. - С. 60-62.
- 90.Задесенец Е. Е. Методология измерения и оценки качества жизни населения России / Е. Е. Задесенец, Г. М. Зараковский, И. В. Пенова // Мир измерений.-2010. №2. - С. 37-44.
- 91.Зеленская Т. М. Социально значимые заболевания и социальная сфера / Т. М. Зеленская // Пробл. соц. гиг., здравоохран. и истории медицины. — 2006. — № 5. — С. 25-30.
- 92.Измеров Н. Ф. Российская энциклопедия по медицине труда / Н. Ф. Измеров. М. : Медицина, 2005. - 653 с.

93.Исаков Л. Е. Методы экономической оценки программ и проектов в сфере здравоохранения: учеб.руководство / Л. Е. Исаков; под ред. Н. Б. Окушко. Кемерово : СибформС, 2000. - 160 с.

94.Калининская А. А. Формы профилактической работы медицинских учреждений / А. А. Калининская, О. П. Королев, Л. А. Бальзамова, Д. Г. Мещеряков // Пробл. соц. гиг., здравоохран. и истории медицины. 2005. - № 3. - С. 29-31.

95.Калоев А. Д. Особенности формирования здоровья городского населения Ставропольского края / А. Д. Калоев, А. Д. Соломонов, В. И. Дмитриев // Здравоохранение Российской Федерации. 2005. - № 3. - С. 7 - 12.

96.Капитонов В. Ф. Медико-демографическая характеристика некоторых типов семей / В. Ф. Капитонов // Пробл. соц. гиг., здравоохран. и истории медицины. 2003. - № 1. - С. 12 - 14.

97.Киштович А. В. Обоснование объема выборки при планировании исследования качества жизни / А. В. Киштович // Вестник международного центра исследования качества жизни. — 2007. № 9-10. — С. 129 — 136.

98.Ковынева О. И. Структура качества жизни и факторы его повышения / О. И. Ковынева // Экономика здравоохран. 2006. - № 8. - С. 48 - 50.

99.Козинец Г. И. Экология — здоровье — качество жизни нации / Г. И. Козинец, В. В. Высоцкий // Тер.архив. 2007. - Т. 79, № 1. - С. 74 - 77.

100.Колдомова Н. В. Методика оценки качества жизни населения региона (на примере Новосибирской области) / Н. В. Колдомова // Уровень жизни населения регионов России. 2005. — №1. — С. 52 — 68.

101.Н. Ф. Опыт работы и методология разработки программы «Здоровье» / Н. Ф. Копейкин, М. И. Чубирко, В. Б. Константинова // Здравоохранение Российской Федерации. 2003. - № 7. - С. 40 - 42.

102. Косинский П. Д. Управление качеством жизни населения региона: системный подход / П. Д. Косинский. — Красноярск, 2004. 210 с.

103.Кочубей А. В. Проблемы стандартизации в здравоохранении / А. В. Кочубей // Пробл. соц. гиг., здравоохран. и истории медицины. 2003. -№ 3. - С. 19-21.

104.Кривоносова Л. А. Управление качеством жизни населения / Л. А. Кривоносова. Хабаровск, 2005. - 247 с.

105.Кривошей В. А. Качество жизни: сущность, содержание, критерии, измерение / В. А. Кривошей. Белгород, 2005. - 193 с.

106.Крянев Ю.В. Философия качества, М.: «Вузовская книга», 2004 г.

107.Кудрина Е. А. Качество жизни как критерий состояния здоровья населения / Е. А. Кудрина, Л. Ф. Молчанова // Бюл. национального науч.-исслед. ин-та общественного здоровья РАМН. 2006. — № 2. - С. 95 - 98.

108.Кузьминова М. В. Социальное функционирование и качество жизни больных эпилепсией / М. В. Кузьминова // Рос.психиат. журнал. 2004. -№ 1.-С. 55-59.

- 109.Куликова Н. Г. Качество жизни населения в старших возрастных группах / Н. Г. Куликова // Проблемы соц. гиг., здравоох. и истории медицины. -2005. — № 1.-С. 12-13.
- 110.Кучеренко В. 3. Социальная гигиена и организация здравоохранения: Учебное пособие / В. 3. Кучеренко, Н. М. Агарков. М. : Медицина, 2000. -432 с.
- 111.Лига М.Б. Качество жизни как основа социальной безопасности : монография / М.Б. Лига. М., 2006. - 223 с.
- 112.Лисицын Ю. П. Общественное здоровье и здравоохранение : учебник / Ю. П. Лисицын, Г. Э. Улумбекова. 3-е изд. - М., 2011. - 544 с.
- 113.Лисицын Ю.П. О концепции стратегии охраны здоровья / Ю. П. Лисицын // Пробл. соц. гиг., здравоохр. и истории медицины. 2003. — № 2. - С. 7-10.
- 114.Лучкевич В. С. Общественное здоровье и здравоохранение: учебное пособие / В. С. Лучкевич, И. В. Поляков. СПб. : СПбГМА, 2005. - 288 с.
- 115.Ляпин В. А. Сравнительная характеристика показателей потерь здоровья населения разных возрастных групп / В. А. Ляпин // Здоровье населения и среда обитания : информационный бюллетень. 2004. - № 8. - С. 9-12.
- 116.Маймулов В. Г. Основы системного анализа в эколого-гигиенических исследованиях / В. Г. Маймулов. СПб : СПбГМА им. И. И. Мечникова, 2001.-420 с.
- 117.Макаренко Т. Д. Оценка качества жизни населения / Т. Д. Макаренко, Н. М. Вдовина. Иркутск, 2004. - 155 с
- 118.Максименко Л. Л: Изучение мнения населения о проблемах здоровья и здравоохранения* / Л. Л. Максименко, А. К. Курьянов // Здравоохранение-Российской Федерации. 2003. - № 1. - С. 20 - 22.
- 119.Максимова Т.М. Особенности гигиенического поведения практически здорового населения / Т.М. Максимова, В.Б. Белов, А.Г. Роговина // Пробл. соц. гиг., здравоохр. и истории медицины. 2005. — № 1. - С. 9-12.
- 120.Маликов Н. С. К вопросу о содержании понятия-«качество жизни» и его измерения / Н. С. Маликов // Уровень жизни населения регионов России. -2001.-№2.-С. 17-23.
- 121.Мариничева Г.Н. Оценка здоровья и качества жизни в зависимости от психоэмоционального состояния различных групп городского населения / Г.Н. Мариничева, Т.В. Самсонова // Профилактическая и клиническая медицина.-2011.-№ 1 (38).-С. 348.
- 122.Медведева О. В. Репродуктивная функция городских семей в зависимости от формы брака / О. В. Медведева // Пробл. соц. гиг., здравоохр. и истории медицины. 2010. - № 1. - С. 22-24.
- 123.Медведев Н. А. Проблемы качества жизни народов России / Н. А. Медведев, Г. С. Вечканов, И. И. Сигов и др.. СПб.: МФИН, 2002. - 321 с.

- 124.Медик В. А. Общественное здоровье и здравоохранение : учебник / В. А. Медик, В. К. Юрьев. М. : Професионал, 2009. - 432 с.
- 125.Медик В. А. Общественное здоровье как объект исследования в системе социальных наук / В. А. Медик, А. М. Осипов // Пробл. соц. гиг., здра-воохр. и истории медицины. — 2008. — № 5. С. 3-4.
- 126.Медик В. А. Руководство к практическим занятиям по общественному здоровью и здравоохранению: учебное пособие / В. А. Медик, В. И. Лисицын, М. С. Токмачев. М., 2009. - 298 с.
- 127.Медико-демографические показатели Российской Федерации-в 2003 году. Статистические материалы. — М., 2004.
- 128.Методология и проблемы создания и использования измерительных инструментов качества жизни психических больных / Г. В. Бурковский // Психосоциальная реабилитация и качество жизни. — СПб., 2001. — С. 80-93.
- 129.Мироедов А. А. Качество жизни в статистических показателях социально-экономического развития / А. А. Мироедов // Вопр. статистики. — 2008.-№ 12.-С. 53 -58.
- 130.МР № 01-19/12-17. Унифицированные методы сбора данных, анализа и оценки заболеваемости населениях учетом комплексного действия факторов окружающей среды.
- 131.Мясоедова Н. А. Оценка качества жизни при различных сердечнососудистых заболеваниях / Н. А. Мясоедова, Э. Б. Тхостова, Ю. Б. Белоусов // Качественная клинич. практика 2002 - № 1. — С. 24-28.
- 132.Наследов А. Д. SPSS: Комплексный анализ данных в психологии и социальных науках / А. Д. Наследов // СПб. : Питер, 2005. — 416 с.
- 133.Недошивин А. О. Исследование качества жизни и психологического статуса больных с хронической сердечной недостаточностью / А. О. Недошивин, А. Э. Кутузова, Н. Н. Петрова // Серд. недостаточность. 2000. - № 4. - С. 4 — 17.
- 134.Нечаев В. С. К вопросу о терминологии по общественному здоровью и здравоохранению / В. С. Нечаев, Г. Н. Минакова, В. Б. Филатов, А. Н. Прокино-ва // Пробл. соц. гиг., здравоохр. и истории медицины. 2007. - № 3. - С. 5-7.
- 135.Низамов И. Г. О программе ликвидации бедности в стране и здоровье экономически активного населения / И. Г. Низамов // Пробл. соц. гиг., здравоохр. и истории медицины. — 2005. — № 4. — С. 6-10.
- 136.Новик А.А. Концепция исследования качества жизни в медицине / А. А. Новик, Т. И. Ионова, П. Кайнд. СПб., 1999. - 140 с.
- 137.Новик А. А. Руководство по* исследованию качества жизни в медицине / А. А. Новик, Т. И. Ионова ; под ред. акад. РАМН Ю. П. Шевченко. -М. : ОЛМА, 2007. 320 с.
- 138.Нугаев М.А. Социальные факторы качества жизни населения, Казань: Казан.гос. ун-т, 2005 г.

139. О проблемах глобальной стратегии ВОЗ по достижению здоровья для всех в XXI веке // *Вопр. экономики и управления для руководителей здравоохранения*. 2002. - № 4 (28). - С. 26 - 37.
140. *Общественное здоровье и здравоохранение: учебник-для студентов / под ред. В. А. Миняева, Н. И. Вишнякова*. М., 2009. - 656 с.
141. *Общественное здоровье и здравоохранение: учебное пособие / Под ред. Г. И. Куценко, А. И. Вялкова*. М. : Медицина, 2003. - 495 с.
142. Онищенко Г. Г. Проблемы изучения влияния среды обитания на здоровье населения / Г. Г. Онищенко // *Здоровье населения и среда обитания : информационный бюллетень*. 2003. - № 1. - С. 1—5.
143. Онищенко Г. Г. Современные проблемы методологии оценки риска для здоровья населения / Г. Г. Онищенко, Ю. А. Рахманин, С. М. Новиков // *Вестник рос.воен-мед. акад.* — 2008. — № 3, прил. 2, ч.Н. — С. 6 8.
144. Орлова Е. А. Диагностика качества жизни населения территории локального уровня / Е. А. Орлова. — Екатеринбург, 2005. — 71 с.
145. *Основы статистического анализа в медицине: учебное пособие / В. И. Чернов, И. Э. Есауленко, С. Н. Семенов, Н. П. Сереженко*. Воронеж, 2003. - 113 с.
146. Пархоменко Р. С. *Качество жизни и экономическое развитие / Р. С. Пархоменко*. — Южно-Сахалинск, 2005. — 183 с.
147. Петри А. *Наглядная статистика в медицине / А. Петри, К. Сэбин ; пер. с англ. В.П. Леонова*. М. : ГЭОТАР - МЕД, 2003. - 144 с.
148. Петров В. И. *Проблема качества жизни в биоэтике / В. И. Петров, Н. Н. Седова*. Волгоград. : гос. учр. "Издатель", 2001. - 96 с.
149. Петрова Н. Г. *Средняя продолжительность предстоящей жизни населения Санкт-Петербурга / Н. Г. Петрова, С. В. Сивашинский // Пробл. соц. гиг., здравоохр. и истории медицины*. — 2003. — № 5. — С. 22 24.
150. Петрова Н. Н. *Качество жизни в медицине / Н. Н. Петрова ; С-Петербург. гос. ун-т. СПб.*, 2004. - 32 с.
151. Погребняк Е. В. *Индикаторы конкурентоспособности и качества жизни: инструмент оценки результативности госполитики / Е. В. Погребняк и др.*. М. : ТЕИС, 2004. - 38 с.
152. Полунина Н. В. *Общественное здоровье и здравоохранение : учебник / Н. В. Полунина*. М., 2010. - 544 с.
153. Приказ МЗ РФ «Об утверждении концепции охраны здоровья здоровых в РФ» от 21.03.2003. № 113. - М., 2003.
154. *Применение методов статистического анализа : учебное пособие для вузов / под ред. Кучеренко В. З.* ГЭОТАР - МЕД, 2006. - 246 с.
155. Проскурякова Л. А. *Анкета «Субъективная оценка образа жизни» / Л. А. Проскурякова, М. Е. Макеева // Рац. предложение № 285*. Новокузнецк, 2005.
156. Сахарова Э. Ю. *Динамика качества жизни и психофизиологической адаптации иностранных студентов медицинского вуза : автореф. дис. . канд. Мед. наук. / Э. Ю. Сахарова*. — Волгоград, 2005. — 25 с.

157.Светличная Т. Г. Влияние поведенческих факторов образа жизни на здоровье сельского населения трудоспособного возраста / Т. Г. Светличная, Е. А. Павлова // Пробл. соц. гиг., здравоохран. и истории медицины. 2006. -№ 5. - С. 9 - 12.

159.Сенкевич Н. Ю. Качество жизни — предмет научных исследований в пульмонологии / Н. Ю. Сенкевич, А. С. Белевский // Терапевтический архив. -2000.-Т. 3.-С. 36-41.

160.Сергиенко В. И. Математическая статистика в клинических исследованиях / В. И. Сергиенко, И. Б. Бондарева. М. : ГЭОТАР Медицина, 2000. - 160 с.

161. Система управления качеством медицинской помощи в Санкт-Петербурге. Первые результаты и проблемы развития // Сб. науч.-практ. работ / под ред. А. В. Шаброва, В. Ф. Чавпецова. СПб, 2007. - 173 с.

162.1Социальные стандарты качества жизни: Сборник статей / Под общ. Ред. А.В Очировой, В.Н. Бобкова, Н.С. Григорьевой. М.: МАКС Пресс, 2008. - 232 с.

163.Стародубов В. И. Здоровье нации и система здравоохранения Российской Федерации / В. И. Стародубов // Уровень жизни населения регионов России. 2005. - № 11/12. - С. 65 - 69.

164.Степанов С. А. Система учета и анализа профессиональной заболеваемости как составная часть социально-гигиенического мониторинга трудовой сферы / С. А. Степанов // Здоровье населения и среда обитания : информационный бюллетень. 2004. — № 5. - С. 1-4.

165.Трезорова О.Ю. Влияние инфраструктуры региона на качество жизни населения: дис. . канд. экон. наук / О.Ю. Терезова. В. Новгород, 2006. - 253 с.

166.Титаренко Л. Г. Качество жизни: субъектный подход / Л. Г. Титаренко // Качество жизни: критерии, оценки. М., 2003. - С. 71 - 83.

167.Тихомиров А. В. Социально-ориентированная реформа здравоохранения / А. В. Тихомиров. М., 2007. - 234 с.

168.Трегубова Е. С. Качество жизни преподавателей медицинских вузов // Е. С. Трегубова // Профилактическая и клиническая медицина. 2011. - № 1(38).-С. 17-21.

169.Трешутин В. А. Тенденции психического здоровья населения крупного агропромышленного региона / В. А. Трешутин, О. А. Голдобина, В. О. Щепин // Пробл. соц. гиг., здравоохран. и истории медицины. — 2003. — №4.-С. 11-16.

170.Ушаков И. Б. Качество жизни и здоровье человека / И. Б. Ушаков. - М. : Воронеж: Истоки, 2005.- 130 с.

171.Федина Н. В. Проблема профессионального риска и качества жизни врачей / Н. В. Федина // Здравоохранение Российской. Федерации. 2008. - №6.-С. 27-30.

- 172.Филатов В. Н. Концептуальное планирование здравоохранения: теория и практика / В. Н.Филатов; под.ред. акад. О. П. Щепина. М., 2000. - 256 с.
- 173.Флоров Д. Н. Медико-социальные и гигиенические аспекты управления качеством жизни городского населения : автореф. дис. канд. мед.наук / Д. Н. Фролов. Казань, 2005. - 18 с.
- 174.Чащин В. П. Охрана репродуктивного здоровья населения как проблема гигиены / В. П. Чащин, Э. К. Айламазян, О. В. Сивочалова, С. Г. Домнин // Здоровье населения и среда обитания : информационный бюллетень. -2003.-№7.-С. 4-9.
- 175.Черепов Е. М. Проблемы улучшения качества жизни населения / Е. М. Черепов, П. В. Тархов, А. М. Царенко // Гигиена и санитария. 2001. -№ 5. - С. 39-41.
- 176.Чижова Ж. Г. Влияние образа жизни и состояния здоровья молодых женщин на развитие потомства / Ж. Г. Чижова, Н. М. Никонорова // Пробл. соц. гиг., здравоохран. и истории медицины. 2007. — № 4. - С. 24 - 27.
- 177.Чумаков Б. Н. Основы здорового образа жизни: Учебное пособие. - М., 2004.-С. 238-247.
- 178.Чучалин А. Г. Качество жизни больных бронхиальной астмой в России: результаты многоцентрового популяционного исследования / А. Г. Чучалин, А. С. Белевский, И. В. Смоленов // Пульмонология. 2003. - № 13(5). -С. 88-96.
- 179.Шавхалов Р. Н. Анализ результатов дополнительной диспансеризации, работающих граждан / Р. Н. Шавхалов // Пробл. соц. гиг., здравоохран. и истории медицины. 2010. -№1. - С. 14-16.
- 180.Шарафутдинов М. Г. Паллиативная помощь и качество жизни / М. Г. Шарафутдинов, Г. А. Новиков, О. П. Модников // Паллиативная медицина и реабилитация. 2000. - № 4. - С. 14 - 19.
- 181.Шевченко Ю. А. Качество жизни в кардиологии / Ю. А. Шевченко // Вестник РВМА. 2000. - Т. 9. - С. 5 - 15.
182. Шевченко Ю. Л. Государственный доклад о состоянии здоровья населения Российской Федерации в 2000 году / Ю. Л. Шевченко // Здравоохран. Рос. Федерации. 2002. - № 1. - С. 15 - 18.
- 183.Шевченко Ю. Л. Исследование качества жизни в кардиологии / Ю. Л. Шевченко, А.А. Новик, В.П. Тюрин, Т.И. Ионова // Вестник межнационального центра исследования качества жизни. 2007. - № 9 - 10. - С. 4 - 14.
- 184.Шкалы, тесты и опросники в медицинской* реабилитации / под ред. А. Н. Боловой, О. Н. Щепетовой. М. :Антидор, 2002. - 84 с.
- 185.Щепин В. О. Аналитический обзор региональных особенностей здоровья населения России. Часть II / В. О. Щепин, Е. А. Тищук // Пробл. соц. гиг., здравоохран. и истории медицины. — 2006. — № 2. — С. 3 11.

- 186.Щепин О. П. Здоровье населения основы развития здравоохранения / О. П. Щепин, Р. В. Коротких, В. О. Щепин и др.. - М.: Национальный НИИ общественного здоровья РАМН, 2009. - 376 с.
- 187.Щепин О. П. Изучение здоровья населения на современном этапе развития общества / О. П. Щепин, В. А. Медик, В. И. Стародубов // Пробл. соц. гиг., здравоохр. и истории медицины. — 2005. — № 5. — С. 3 — 6.
- 188.Ammentorp N. K. Electronic questionnaires for measuring parent satisfaction and as a basis for quality improvement / N. K. Ammentorp, A. M. Rasmus-sen, B. N0rgaard et al. // International Journal for Quality in Health Care. 2007. — N19.-P. 120-124.
- 189.Andresen E. M. Health-related quality of life outcomes measures / E. M. Andresen, A. R. Meyers // Archives of physical medicine and rehabilitation. 2000. - № 81(12). - P. 30 - 45.
- 190.Ballinger G. Using generalized estimation equations for longitudinal data analysis / G. Ballinger // Organizational Res. Methods. 2004. - № 7(2). - P. 127-150.
- 191.Barofsky I. The role of cognitive equivalence in studies of health-related quality-of-life assessments / I. Barofsky // Medical Care. 2000. - N 38 (9). -P. 125-129.
- 192.Benyamini Y. Gender differences in processing information for making self-assessments of health / Y. Benyamini, E.A. Leventhal, H. Leventhal // Psychosomatic Medicine. 2000. - N 62. - P. 354 - 364.
- 193.Bjgfrnskov C. Analyzing trends in subjective well-being in 15 European countries, 1973 2002 / C. Bj0rnskov, N. Datta Gupta, P. J. Pedersen // Journal of happiness studies. - 2008. - № 9. - P. 317 - 330.
- 194.Bjiarnskov C. Cross-country determinants of life satisfaction: Exploring different determinants across groups in society / C. Bjernskov, A. Dreher, J. A. V. Fischer // Social Choice and Welfare. 2008. - № 30. - P. 119 - 173.
195. Bouchet C. Selection of quality of life measures for a prevention trial: a psychometric analysis / C. Bouchet, F. Guillemin, A. Paul-Dauphin // Controlled clinical'trials. 2000. - N.21. - P. 30 - 43.
- 196.Brazier J. A comparison of the EQ-5D and SF-6D across seven patients groups / J. Brazier, J. Roberts,. A. Tsuchiya, J. Busschbach // Health Economics. - 2004.-№ 13(9).-P. 873-884.
- 197.Brink E. Health experience of first-time myocardial infarction: factors influencing women's and men's health-related quality of life after five months / E. Brink, B. W. Karlson, L. R.-M Hallberg // Psychology, Health & Medicine. -2002.-N7(1).-P. 5-16.
- 198.Brissette I. The role of optimism in social network development, coping and psychological adjustment during a life transition / I. Brissette, M. F. Scheier, C. S. Carver // Journal of personality and social psychology. 2002. - № 82. -P. 102-111.

199. Brooks R: The measurement and valuation of health status using EQ-5D: A European perspective / R. Brooks, R. E. Rabin, Th. F. de Charro. Dordrecht: Kluwer academic publishers, 2003. - 144 p.
200. Burstrom K. Swedish population health-related quality of life results using the EQ-5D / K. Burstrom, M. Johannesson, F. Diderichsen // *Quality of Life Research*. 2001. - № 10(7). - P. 621 - 635.
201. Cella D. The patient-reported outcomes measurement information system (PROMIS): Progress of an NIH roadmap cooperative group through its first two years / D. Cella, S. Yount, N. Rothrock et al. // *Medical Care*. 2007. - Vol. 45(Suppl. 1).-P. 3-11.
202. Conner-Spady B. Variation in the estimation of quality-adjusted life-years by different preference-based instruments / B. Conner-Spady, M. E. Suarez-Almazor // *Medical Care*. 2003. - № 41. - P. 791 - 801.
203. Coons S.J. A comparative review of generic quality of life instruments / S. J. Coons, S. Rao, D. L. Keininger, R. D. Hays // *Pharmacoeconomics*. 2000. - № 17.-P. 13-35.
204. Cummins R. A. Maintaining life satisfaction: The role of positive cognitive bias / R. A. Cummins, H. Nistico // *Journal of Happiness Studies*. 2002. - № 3. — P. 37-69.
205. Cummins R. A. Objective and subjective quality of life: An interactive model / R. A. Cummins // *Social indicators research*. 2000. - № 52(1). - P. 55-72.
206. Cummins R. Normative life satisfaction: Measurement issues and a homeostatic model / R. Cummins // *Social indicators research*. — 2003. № 64. -P. 225 - 240.
207. Cummins R.A. HRQOL and subjective well-being: Noncomplementary forms of outcome measurement / R. A. Cummins, A. L. D. Lau, M. Stokes // *Expert review of pharmacoeconomics and outcomes research*. — 2004. № 4 (4). - P. 413-420.
208. Davern M. Subjective well-being as an affective/cognitive construct / M. Davern, R. A. Communis, M. Stokes // *Journal of Happiness Studies*. 2007. - №8(4).-P. 429-449.
209. Dempster M. Comparative Analysis of the SF 12 and SF - 36 among ischaemic heart disease patients / M. Dempster, M. A. Donnelly // *J. of Health Psychol.*-2001.-N 6 (6).-P. 707-711.
210. Devlin N. Variations in selfreported health status: Results from a New Zealand survey / N. Devlin, P. Hansen, P. Herbison // *New Zealand Medical Journal*.-2000.-№ 113(1123). -P. 517-520.
211. Diane L. Fairclough. Design and analysis of quality of life studies in clinical trials. Second edition / Diane L. Fairclough. Charman & Hall/CRC. - 2010; - 395 p.
212. Diener E. Subjective well-being : The science of happiness and a proposal for a national index / E. Diener // *The American Psychologist*. 2000. - №55.-P. 34-43.

213. Drummond M. Introducing economic and quality of life measurements into clinical studies / M. Drummond // *Annals of medicine*. — 2001. N33. —1. P. 344-349.
214. Easterlin R. Subjective well-being and economic analysis : A brief introduction / R. Easterlin // *J. Economic Behavior and Organization*. 2001. — N 45 (3).-P. 225-226.
- Faries D. E. Analysis of observational health care data using SAS / D. E. Faries, A. C. Leon, Josep Maria Haro et al. 2010. - 452 p.
214. Farivar S.S. Correlated physical and mental health summary scores for the SF-36 and SF-12 Health Survey / S.S. Farivar, W.E. Conninghom, R.D. Hayes // *Health and quality of life outcomes*. 2007. - N.5. - P. 54 - 61.
215. Faul F. A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral and biomedical sciences / F. Faul, E. Erdfelder, A. G. Lang, A. Buchner // *Behavior Research Methods*. 2007. - № 39. - P. 175 - 191.
216. Fekkes M. Development and psychometric evaluation of the TAPQOL : A health-related quality of life instrument for 1-5-year-old children / M. Fekkes, N. Theunissen, E. Brugman et. al; // *Qual. Life Res*. 2000. - Vol. 9, N 8. -P. 961-972.
217. Fryback D. G. Us norms for six generic health-related quality of life indexes from the National Health Measurement study / D. G. Fryback, N. C. Dunbam, M. Palta // *Med. Care*. 2007. - № 45(12): - P. - 1,162 - 1170.
218. Fujita F. Life satisfaction set point: Stability and change / F. Fujita, E. Diener // *Journal of Personality and Social Psychology*. 2005. - № 88(1). -P. 158 - 164.
219. Furlong- W. J: The health utilities index (HU1) system for assessing health-related quality of life in clinical; studies / W.J: Furlong, D.H. Feeny, G.W. Torrance, R.D. Barr // *Annals of Medicine*. 2001. - № 33. - P. 375 - 384.
220. Garratt A. Quality of life measurement / A. Garratt, L. Schmidt, A. Mackintosh, R. Fitzpatrick // *BMJ*. 2002. - № 324. - P. 1417-1419.
221. Goodwin J. C. Research in psychology: methods and design. Third edition. - John Wiley & Sonc inc., 2002. - 624 p.
222. Hayborn D. M. Life satisfaction, ethical reflection and the science of happiness / D. M. Hayborn // *Journal of Happiness Studies*. — 2007. № 8. -P. 99-138.
223. Hayes N. Big 5 correlates of three measures of subjective well-being / N. Hayes, S. Joseph // *Personality and Individual Differences*. 2003. - N 34. -P. 723 - 727.
224. Headey B. The set-point theory of well-being: Negative results and consequent revisions / B. Headey // *Social Indicators Research*. 2008. - № 85(3). - P. 389-404.
225. Helliwell J. F. The social context of well-being / J. F. Heliwell, R. Putnam // *Philosophical transactions of the royal society*. 2004. - № 359. -P. 1435 - 1446.

226. Herlitz J. Impact of age on improvement in health-related Quality of life 5 years after coronary artery bypass grafting / J. Herlitz, I. Wiklund, Sjolund et al. // *Scand. J. Rehab. Med.* 2000. - N 32. - P. 41 - 48.
227. Hills P. The Oxford happiness questionnaire : A compact scale for the measurement of psychological well-being / P. Hills, M. Argyle // *Personality and Individual Differences.* 2002. -N 33. - P. 1071 - 1082.
228. Holch S. Practical aspects of standard measurement of quality-of-life for in-patient with an electronic quality-of-life-Recorder / S. Holch // *Dissertation of doctoral degree of medicine of the University of ULM (Germany).* 2000. -P. 1044-1048.
229. Holland R. Assessing quality of life in the elderly: A direct comparison of the EQ-5D and AQoL / R. Holland, R.D. Smith, I. Harvey et al. // *Health Economics.* 2004. - № 13(8). - P. 793 - 805.
230. Hopman W. M. The national progression of health related quality of life: Results of a five-year prospective study of SF-36 scores in a normative population
- 231.202. W. M. Hopman, C. Berger, L. Joseph // *Qual. Life Res.* 2006. - № 15 (3). -P. 527-536.
232. Horsman J. The health utilities index (HUI(R)): Concepts, measurement properties and applications / J. Horsman, W. Furlong, D. Feeny, G. Torrance // *Health Qual Life Outcomes.* 2003. - № 1. - P. 54.
233. Isabelle C. Health-Related Quality-of-Life measurement in Hypertension. A Review of randomized controlled drug trials / C. Isabelle, J.-P. Gregorie, M. Jocelyne // *Pharmacoeconomics.* 2000. - Vol. 18 (5). - P. 435 - 450.
234. Jerkeman M. Health-related quality of life and its potential prognostic implications in patients; with aggressive lymphoma / M. Jerkeman, S. Kaasa, M. Hjermstad et al. // *A Nordic Lymphoma. Group Trial Med; Oncol.* — 2001. -Vol. 18(1).-P. 85-94.
235. Jette A. M. Toward a common language for function, disability and health / A. M. Jette // *Physical therapy.* 2006. - № 86 (5). - P. 726 - 734.
236. Johnson J. A. Valuations of EQ-5D health states A the United. States and United Kindom different? / J. A. Johnson, N. Luo, J. W. Shaw, P. Kind et al, // *Medical Care.* - 2005. - № 43. - P. 221 - 228.
237. Juniper E. Modification, translation and adaptation of questionnaires: Should copyright laws be observed? / E. Juniper // *Quality of Life-Research.* - 2009:- 18(5).-P. 531-533.
238. Kashdan T. V. The assessment of subjective well-being (issues raised by the Oxford happiness questionnaire) / T. V. Kashdan // *Personality and Individual Differences.* 2004.- N36. - P. 1225 - 1232.
239. Kraemer H.C. Mediators and moderators of treatment effects in randomized clinical trials / H.C. Kraemer, G.T. Wilson, C.G. Fairburn et al. // *Archives of general psychiatry.* 2002. -N.59. - P. 877 - 883.

240. Lee C.W. The standard of report of health-related quality of life in clinical cancer trials / C.W. Lee, K.N. Chi // *Journal of clinical epidemiology*. 2000. -N53.-P. 451 -458.
- 241.Li L. Chinese SF-36 Health Survey : Translation, cultural adaptation, validation, and normalization / L. Li, H. M. Wang, Y. Chen // *J Epidemiology and Community Health*. 2003. - N 57. - P. 259 - 263.
- 242.Lim H. E. The use of different happiness rating scales: Bias and comparison problem? / H. E. Lim // *Social indicators research*. 2008. - № 87. - P. 259 -267.
- 243.Lucas R. E. Adaptation and the set-point model of Subjective well-being: Does happiness change after major life events? / R. E. Lucas // *Current Directions in Psychological Science*. 2007. - № 16 (2). - P. 75 - 79.
- 244.Lucas R. E. Unemployment alters the set points for life satisfaction / R. E. Lucas, A. E. Clark, Y. Georgellis, E. Diener // *Psychological science*. 2004. -№ 15. — P. 8 — 13.
- 245.Macran S. Measuring population health A comparison of three generic health status measures / S. Macran, H. Weatherly, P. Kind // *Medical Care*. - 2003. — № 41. — P. 218 — 231.
- 246.Martin B.C. Validity and reliability of the migraine specific quality of life questionnaire (MSQ Version 2.1) / B.C. Martin, D.S. Pathak, M.I. Sharfman et al. // *Headache*. 2000. -N.40. - P. 204 - 215.
- 247.Meijer S. A. Coping styles and locus of control as predictors for psychological adjustment of adolescents with chronic illness / S. A. Meijer, G. Sinnema, J. O. Bijstra et al // *Social science and medicine*. 2002. - № 54. - P. 1453 - 1461.
- 248.Mishoe S. C. Assessment of health-related quality of life / S. C. Mishoe, J. R. Maclean // *Respiratory care*. 2001. - № 46. - P. 1236 - 1257.
- 249.Myers C. Comparison of Euroqol EQ-5D and SF-36 in patients with chronic fatigue syndrome / C. Myers, D. Wilks // *Quality of Life Research*. 1999. - №8:-P. 9-16.
- 250.Noll R.B. Health-related quality of life: Developmental and psychometric issues / R.B. Noll, D.L. Fairclough // *The journal of pediatrics*. 2004. - N 145. -P. 8-9:
- 251.O'Brien B. J. A view from the bridge: Agreement between the SF-6D utility algorithm and the Health Utilities Index / B. J. O'Brien, M. Spath, G. Blackhouse et al. // *Health Economics*. 2003. - № 12(11). - P. 975 - 981.
- 252.Pauler. D.K. Pattern mixture models for longitudinal quality of life studies in advanced stages disease / D.K. Pauler, S. McCoy, C. Moinpour // *Statistics in medicine*. 2003. -N 22. - P. 795 - 809.
- 253.Petrou S. An investigation into the empirical validity of the EQ-5D and SF-6D based on hypothetical preferences in general population / S. Petrou, C. Hockley // *Health Economics*. 2005. - № 14(11). - P. 1169 - 1189.

254. Pickard A. S. Responsiveness of generic health-related quality of life measures in stroke / A. S. Pickard, J. A. Johnson, D. H. Feeny // *Quality of Life Research*. 2005. - № 14(1). - P. 207 - 219.
255. Plaisted C. L. The effect of dietary patterns on quality of life: A substudy of Dietary Approaches to Stop Hypertension trial / C. L. Plaisted, P. H. Lin et al. // *J-AM-DTET-ASSOC*. 1999.- Vol'. 99; №*8 (Suppl.). - P. 84 - 89.
256. Preacher K. J. SPSS and SAS procedures for estimating indirect effects in simple mediation models / K. J. Preacher, A. F. Hayes // *Behavior Research Methods, Instruments & Computers*. 2004. - N 36. - P. 717 - 731.
257. *Quality of Life Assessment: an Annotated Bibliography: WHO, 1994.*
258. Rabin R. EQ-5D: A measure of health status from the EuroQol / R. Rabin, de Charro F. // *Group. Ann.Med.*, 2001. № 33. - P. 337 - 343.
259. Ribaldo H.S. A joint analysis of quality of life and survival using a random-effect selection*model / H.S. Ribaldo, S.G. Thompson, T.G. Allen-Mersh // *Statistics in medicine*. 2000. -N. 19. - P. 3237 - 3250.
260. Riedinger M. S. Quality of life in patients: Do gender differences exist? / M. S. Riedinger, K. A. Dracup, M-. L. Brecht et al // *Heart & Lung: The journal of acute and critical care*. 2001. - № 30(2). - P. 105 - 116.
261. Rojas M. Life satisfaction and satisfaction in domains of life: Is it a simple relationship? / M. Rojas // *J Happiness Studies*. 2006. - N 7(4). - P. 467 - 497.
262. Ryan J. M. A comparison of an electronic version of the SF-36 general health questionnaire to the standard paper version / J. M. Ryan, J. R. Cony, R. Atwell et al // *Quality of life Research*. 2002. - N 11. - P. 19 - 26.
263. Saxena S. A commentary: Cross-cultural quality of life assessment at the end of life / S. Saxena, K. O'Connell, L. Underwood // *Gerontologist*. 2002. - №42.-P. 81-85.
264. Shaw J. W. US valuation of the EQ-5D health states: development and testing of the D1 valuation model / J. W. Shaw, J. A. Johnson, S. J. Coons // *Medical Care*. 2005. - № 43. - P. 203 - 220.
265. Sintonen H. The 15D instrument of health-related quality of life: properties and applications / H. Sintonen // *Annals of medicine*. 2001. - № 33. - P. 328 -336

А қосымшасы

Қазақстан Республикасы Ұлттық экономика министрлігінің Статистика комитеті төрағасының 2019 жылғы 19 желтоқсандағы № 14 бұйрығына 4-қосымша Приложение 4 к приказу Председателя Комитета по статистике Министерства национальной экономики Республики Казахстан от 19 декабря 2019 года № 14 «Халықтың тұрмыс сапасы» (индексі D 002, кезеңділігі жылына бір рет) жалпымемлекеттік статистикалық байқаудың статистикалық нысанын толтыру жөніндегі нұсқаулық

1. Осы «Халықтың тұрмыс сапасы» (индексі D 002, кезеңділігі жылына бір рет) жалпымемлекеттік статистикалық байқаудың статистикалық нысанын толтыру жөніндегі нұсқаулық (бұдан әрі – Нұсқаулық) «Мемлекеттік статистика туралы» Қазақстан Республикасының 2010 жылғы 19 наурыздағы Заңының (бұдан әрі – Заң) 12-бабы 8) тармақшасына сәйкес әзірленді және «Халықтың тұрмыс сапасы» (индексі D 002, кезеңділігі жылына бір рет) жалпымемлекеттік статистикалық байқаудың статистикалық нысанын (бұдан әрі – статистикалық нысан) толтыруды нақтылайды.
2. Осы Нұсқаулықта Заңда айқындалған мәндердегі ұғымдар, сондай – ақ мынадай ұғым мен анықтамалар пайдаланылады: 1) органикалық өнімнің ұлттық сәйкестік белгісі – органикалық өнім өндіру мен органикалық өнімнің Қазақстан Республикасының органикалық өнім өндіру саласындағы заңнамасында белгіленген талаптарға сәйкестігін растау рәсімінен өткені туралы ақпарат беретін тіркелген сәйкестік белгісі. 2) супервайзер – үй шаруашылықтарына зерттеу жүргізуді қамтамасыз ететін және интервьюерлердің жұмысына бақылауды жүзеге асыратын аумақтық статистика органының қызметкері.
3. Статистикалық байқауға интервьюерлерге супервайзерлер ұсынған тізімдерде көрсетілген зерттелетін үй шаруашылықтарының мүшелері жатады. 1 мен 10 наурыз аралығындағы кезең байқау кезеңі болып табылады. Статистикалық нысанды респондент өз бетінше толтырады. 15 және одан жоғары жастағы үй шаруашылығының мүшесі респондент ретінде танылады.
4. Титулдық бетте «Аумақтың (елді мекеннің) атауы» 1-тармағында интервьюер облыстың (қаланың), ауданның (қаланың) және ауылдық елді мекеннің атауын көрсетеді. 2-тармақтан бастап 5-тармақтар супервайзерлер интервьюерлерге ұсынған зерттелетін үй шаруашылықтарының тізімдерінде көрсетілген деректемелерге сәйкес толтырылады. Статистикалық нысанды толтыруды аяқтағаннан кейін респондент титулдық бетте көрсетілген оны толтыру күні мен ұзақтығын белгілейді.
5. Статистикалық нысанның бірінші бөлімінің сұрақтарына жауап беру кезінде респондент қанағаттанушылық шәкілін пайдаланады, ондағы 1 (бір) толық қанағаттанбаушылықты, 10 (он) – толық қанағаттанушылықты, бұл ретте 1-ден 3-ке дейін – қанағаттанбаушылықты, 4-тен 7-ге дейін – ішінара

қанағаттанушылықты, 8-ден 10-ға дейін – толық қанағаттанушылықты білдіреді. Толтыру кезінде респондент өзінің үй шаруашылығының мүшелерін қоса алғанда басқа адамдардың көмегіне немесе пікіріне сүйенбей, ұсынылатын сұрақтардың мәнін талдамай және терең үңілместен жеке әсерлерін (сезімдерін) басшылыққа алады. Респонденттерге қиындық тудыратын сұрақтарға жауап берген кезде «Қолданылмайды» немесе «Жауап беруге қиналамын» жауап нұсқаларын таңдайды. Белгілі бір жас санаттарына жатпайтын сұрақтарға, мысалы, балалар отбасының (үй шаруашылығының) экономикалық жағдайын бағалай алмайды, бұл жағдайда «Қолданылмайды» немесе «Жауап беруге қиналамын» жауап нұсқасын таңдау керек.

6. 1-бөліктегі 11-сұрақта тұрғын үйдегі сыртқы шудың деңгейіне, атап айтқанда көршілерден немесе көшеден келетін шудың деңгейіне қанағаттанушылық бағаланады.

1-бөліктің 18-сұрағында 18.1. «мектепке дейінгі» жауап нұсқасы баланы мемлекеттік балабақшаға орналастыруға мүмкіндікті, қолжетімділікті;

18.2. «жалпы орта (мектептік)» жауап нұсқасы мемлекеттік мектепте оқыту қол жетімді ме дегенді;

18.3. «орта кәсіптік (арнайы)»;

18.4 «жоғары және жоғары оқу орнынан кейінгі» жауап нұсқалары грантта, яғни тегін негізде оқуды білдіреді. 1-бөліктің 20-сұрағында респонденттің органикалық өнімнің ұлттық сәйкестік белгісі бар тамақ өнімдерінің құны мен қолжетімділігіне қанағаттанушылығы бағаланады. 1-бөліктің 21-сұрағында респонденттің органикалық өнімнің ұлттық сәйкестік белгісі бар тамақ өнімдерін сатып алуға әзірлігі бағаланады.

7. 2-бөліктің 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 және 11-сұрақтарындағы басқа да ресурстар тамақ өнімдерін жеке меншік қосалқы шаруашылықтан (мал, жер, балық аулау, жидек, саңырауқұлақ теру және тағы басқалар) алу мүмкіндігін білдіреді. Үй шаруашылықтары азық-түліктерді алу мүмкіндігін шектеуге әкелетін, жемістер, көкөністер, бұршақ тұқымдастар, дәнді және басқа да дақылдарды өсіруге кедергі келтіретін табиғи, ауа райы және басқа да жағдайлардан (сел, су тасқыны, жер сілкіну, құрғақшылық, үсік шалу және тағы басқалар сияқты) оларда жоғарыда көрсетілген көздерден тамақ өнімдерінің жеткілікті болмай қалуы мүмкін екендігіне алаңдаушылық білдіруі мүмкін. 4-сұрақтан бастап 11-сұраққа дейін әрбір қойылған сұрақтан соң: «соңғы 12 ай ішінде осындай жағдайлар болған уақыт болды ма немесе 12 ай ішінде ең болмағанда бір рет осындай жағдайлар болды ма» деп респонденттердің есіне салу және сұрақтарды оқып беру қажет. Респондент 4-сұрақтан бастап 11-сұраққа дейін біреуіне немесе барлығына жауап беруден бас тартуы мүмкін және тиісінше «жауаптан бас тарту» жауап нұсқасы белгіленеді. 4-сұрақтан бастап 11-сұрақтардың кез келген біреуіне «жауаптан бас тарту» таңдалған жағдайда 4-сұрақтан бастап 11-сұраққа дейінгі барлық сұрақ бойынша деректер ескерілмейді. 4-сұрақтан бастап 11-сұраққа дейін сұрақтарда бір ғана жауап нұсқасы (жауап «иә», «жоқ», «жауап беруге қиналамын» немесе «жауаптан бас тарту» болуы мүмкін) таңдалады.

Жауаптың «иә» және «жоқ» деген 2 нұсқасы қатар қабылданбайды. государственный детский сад;

8. 3-бөліктің 1-сұрағында сұрақтың барлық тармақшасы белгіленеді. 3-бөліктің 2-сұрағынан бастап 18-сұрағына дейінгі сұрақтарда жауаптың бір ғана нұсқасы таңдалынады. 3-бөліктің 12-сұрағына «жоқ» деп жауап берілсе, 14-сұраққа көшеді. 3-бөліктің 14-сұрағына «иә» деп жауап берілсе, 16-сұраққа көшеді. 3-бөліктің 18-сұрағына «иә» деп жауап берілсе, 19-сұраққа көшеді. 3-бөліктің 19-сұрағында бір және одан көп жауап нұсқалары таңдалынады.

Б қосымшасы

**Жалпы мемлекеттік статистикалық
байқаудың статистикалық нысаны
Қазақстан Республикасы Ұлттық экономика
министрлігінің Статистика комитеті төрағасының
2019 жылғы 19 желтоқсандағы № 14 бұйрығына 3-қосымша**



Мемлекеттік статистика органдары құпиялылығына кепілдік береді Конфиденциальность гарантируется органами государственной статистики

Жалпы мемлекеттік статистикалық байқаудың статистикалық нысаны Статистическая форма общегосударственного статистического наблюдения

Халықтың тұрмыс сапасы
Қазақстан Республикасының
Халықтың тұрмыс сапасы
Қазақстан Республикасының
Халықтың тұрмыс сапасы

Индексі	D002	Жылына біррет	Есепті кезең	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>					ЖЫЛ
Индекс		Один раз в год	Отчетный период		ГОД				

Сауалсалуға 15 және одан жоғары жастағы үй шаруашылығының бір мүшесі қатысады

Вопросе принимает участие один член домашнего хозяйства в возрасте 15 лет и старше

Ұсыну мерзімі – 11 наурыз

Срок представления – 11 марта

1. Аумақтың (елді мекеннің) атауы
Наименование территории (населенного пункта)

2. ӘАОЖ бойынша елді мекеннің коды¹
Код населенного пункта по КАТО¹

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

3. Елді мекен типінің коды (1 - қала, 2 - ауыл)
Код типа населенного пункта (1 - город, 2 - село)

--

4. Үй шаруашылығының коды
Код домашнего хозяйства

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

5. Интервьюер коды
Код интервьюера

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

6. Нысан толтырылған күн
Дата заполнения формы

күні
число

айы
месяц

жылы
год

--	--	--	--

Ескертпе:

Примечание:

¹ӘАОЖ – ҚРҰЖ 11-2009 Әкімшілік-аумақтық объектілер жіктеуіші

¹КАТО – Классификатор административно-территориальных объектов НКРК 11-2009