

Э.С. Отар^{id}, А.Т. Шилменова*^{id}

Л.Н. Гумилев атындағы Еуразия ұлттық университеті, Қазақстан, Нұр-Сұлтан қ.
*e-mail: aigul.shilmenova@gmail.com

ӘЛЕУМЕТТІК ДЕТЕРМИНАНТТЫҢ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУДАҒЫ ҚҰНДЫЛЫҚТАРДЫҢ ҚАЛЫПТАСУЫНА ӘСЕРІ

Елдің экономикалық және демографиялық дамуының жоғары деңгейі оның азаматтарының денсаулыққа қатысты теңдігіне кепілдік бермейді. Денсаулық деңгейіндегі саралау тек генетикалық, мінез-құлық немесе инфрақұрылымдық факторлармен ғана байланысты емес; олардың маңыздылығына қарамастан, ол қоғамның әлеуметтік-экономикалық саралануын да көрсетеді. Осылайша, денсаулықтың әлеуметтік детерминанты – адамдардың туылғаннан бастап, қартайғанға дейінгі өмір сүру жағдайлары туралы түсінік пайда болады.

Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы денсаулықты ауру мен физикалық ақаудың болмауы ретінде ғана емес, толық физикалық, психикалық және әлеуметтік әл-ауқат жағдайы ретінде анықтайды. Алайда бұл анықтама денсаулықты бақылау және бағалау мүмкін болатын объективті индикаторлар жиынтығын бөлуге мүмкіндік бермейді. Қазіргі уақытта денсаулық деңгейін анықтайтын бірыңғай салыстырмалы шкала жоқ, оны дамыту сапалы пәнаралық зерттеуді қажет етеді.

Мақаланың мақсаты халық денсаулығының әлеуметтік-экономикалық детерминантының тұжырымдамасын зерттеуге және жіктеуді анықтауға арналған. Денсаулықтың немесе өмір сүру ұзақтығының нақты көрсеткіштерін бірқатар әлеуметтік детерминанттармен байланыстыратын қазіргі заманғы шетелдік зерттеулердің мысалдарында әлеуметтік-экономикалық факторлардың халық денсаулығына әсер ету сипаты ашылады. Қазақстандағы халық денсаулығының әлеуметтік-экономикалық факторы ұғымының аз зерттелуіне байланысты бұл мақала осы тақырып бойынша теориялық және эмпирикалық жұмыстардың кең шолуының арқасында қазақстандық аудитория үшін қызығушылық тудырады.

Түйін сөздер: әлеуметтік саясат, денсаулық пен әлеуметтік-экономикалық жағдайдың өзара байланысы, денсаулық саласындағы теңсіздік.

E.S. Otar, A.T. Shilmenova*

L.N. Gumilev Eurasian National University, Kazakhstan, Nur-Sultan
*e-mail: aigul.shilmenova@gmail.com

Influence of social determinant on values formation in healthcare

The high level of economic and demographic development of the country does not guarantee the equality of its citizens with regard to health. Differentiation at the health level is not only related to genetic, behavioral or infrastructural factors; despite their importance, it also reflects the socio-economic differentiation of society. Thus, a social determinant of health appears – an idea of the living conditions of people from birth to old age.

The World Health Organization defines health not only as the absence of disease and physical defects, but also as a state of complete physical, mental and social well-being. However, this definition does not allow us to single out a set of objective indicators by which it is possible to observe and assess health. Currently, there is no single comparative scale that determines the level of health, the development of which requires high-quality interdisciplinary research.

The purpose of the article is to study the concept of the socio-economic determinant of population health and the definition of the classification. Using the examples of modern foreign studies linking specific indicators of health or life expectancy with a number of social determinants, the nature of the influence of socio-economic factors on the health of the population is revealed. Due to the lack of knowledge of the concept of the socio-economic factor of population health in Kazakhstan, this article is of interest to the Kazakhstan audience due to a broad review of theoretical and empirical works on this topic.

Key words: social policy, the relationship between health and the socio-economic situation, inequality in the health sector.

Э.С. Отар, А.Т. Шилменова

Евразийский национальный университет им. Л.Н. Гумилева, Казахстан, г. Нур-Султан,

*e-mail: aigul.shilmenova@gmail.com

Влияние социального детерминанта на формирование ценностей в здравоохранении

Высокий уровень экономического и демографического развития страны не гарантирует равноправия ее граждан в отношении здоровья. Дифференциация на уровне здоровья связана не только с генетическими, поведенческими или инфраструктурными факторами; несмотря на их важность, она также отражает социально-экономическую дифференциацию общества. Таким образом, появляется социальный детерминант здоровья – представление об условиях жизни людей от рождения до старости.

Всемирная организация здравоохранения определяет здоровье не только как отсутствие болезней и физических дефектов, но и как состояние полного физического, психического и социального благополучия. Однако данное определение не позволяет выделить совокупность объективных показателей, по которым возможно наблюдение и оценка здоровья. В настоящее время нет единой сравнительной шкалы, определяющей уровень здоровья, разработка которой требует качественного междисциплинарного исследования.

Целью статьи является исследование концепции социально-экономического детерминанта здоровья населения и определение классификации. На примерах современных зарубежных исследований, связывающих конкретные показатели здоровья или продолжительности жизни с рядом социальных детерминантов, раскрывается характер влияния социально-экономических факторов на здоровье населения. В связи с малой изученностью понятия социально-экономического фактора здоровья населения в Казахстане данная статья представляет интерес для казахстанской аудитории, благодаря широкому обзору теоретических и эмпирических работ по данной теме.

Ключевые слова: социальная политика, взаимосвязь здоровья и социально-экономической ситуации, неравенство в сфере здравоохранения.

Кіріспе

«Денсаулықтың әлеуметтік детерминанты» термині зерттеушілердің нақты механизмді іздеу нәтижесінде пайда болды, бұл арқылы түрлі әлеуметтік-экономикалық топтың мүшелері денсаулық пен аурудың әртүрлі деңгейін бастан кешіруде. Black Report басылымы және Ұлыбританиядағы Health Divide зерттеуі материалдық өмір сүру жағдайының денсаулық күйін қалай анықтайтынына қызығушылық тудырды (Townsend, 1992). «Денсаулықтың әлеуметтік детерминанты» термині тұрғын үй, білім беру, әлеуметтік тану, жұмыспен қамту және табыс сапасындағы теңсіздік ауруға байланысты процестерге қалай айналғанының көрінісі ретінде А. Тарловтың 1996 жылғы талдауында пайда болды (Tarlov, 1996). А. Тарлов бұл өмір сүру жағдайларын басқалармен салыстырғанда материалдық жағдай, танымдық бағалау денсаулыққа әсер етеді деп санайды. Осы жерде бұл процестердің қайсысы түрлі қоршаған орта шарттары мен денсаулық жағдайының тәжірибесі арасындағы байланысты медиациялауда маңызды болып табылады деген сұрақ туындайды. Бұл табыс теңсіздігінің

салдарымен және кең мағынада денсаулықтың әлеуметтік детерминанттарымен айналысатын халық денсаулығын зерттеушілер арасында өте белсенді пікірталас алаңы болып табылады (Lynch, 2000).

«Канадалық Перспективалық Зерттеулер институты» (The Canadian Institute of Advanced Research) денсаулықтың түрлі детерминанттарын анықтады (олардың кейбіреулері әлеуметтік детерминанттар): табыс және әлеуметтік мәртебе, әлеуметтік қолдау желілері, білім беру, жұмыспен қамту және еңбек жағдайлары, физикалық және әлеуметтік орта, биология және генетикалық дарындылық, жеке денсаулық тәжірибесі және күресу дағдылары, баланың сау болып дамуы және медициналық қызметтер (Wilkinson, 2003). Денсаулықтың әлеуметтік детерминантын анықтау үшін нақты міндет жүктелген британдық жұмыс тобы әлеуметтік детерминант деп әлеуметтік (таптық) градиент, күйзеліс, әлеуметтік оқшаулану, жұмыс, жұмыссыздық, әлеуметтік қолдау, тәуелділік, тамақтану және көлік деп атады (Centers for disease control and prevention, 2005). АҚШ-тың ауруларды бақылау орталықтары әлеуметтік-экономикалық мәртебе, көлік, тұрғын үй,

қызметтерге қол жетімділік, әлеуметтік топтарға қатысты дискриминация (мысалы, нәсілі, жынысы немесе тапқа жіктелуі бойынша), сондай-ақ әлеуметтік немесе экологиялық күйзеліс факторларын бөліп көрсетеді. Айқын теңсіздіктің салдары, сондай-ақ қазақстандықтардың едәуір бөлігі тамақтануда, демалуда, тұрмыста өзін шектеуге мәжбүр болып, тұрғын үй қиындықтарын бастан кешіруде – демек, қарапайым және жоғары қажеттіліктерді қанағаттандыруда шектеулерге тап болуда (Койков, 2018).

Тақырыпты таңдауды дәйектеу және мақсаты мен міндеттері

Қазақстандық қоғамның тұрақсыздығы да халықтың денсаулық жағдайына теріс әсер етуде. Қазақстандық қоғамның қазіргі әлеуметтік ортасының сипаттамалары:

- тұрақсыздықтың жоғарылауы, болашақты болжау қиындығы, белгісіздік (адамның негізгі қажеттіліктерінің бірі – тұрақтылыққа деген қажеттілік);

- әр түрлі стереотиптерді, адамның қоршаған ортамен өзара әрекеттесуінің әдеттегі формаларын кеңінен бұзу (бұл нейропсихикалық денсаулыққа теріс әсер етеді);

- қоғамдағы келісімге қарсы күрестің үстемдігі, соның салдарынан әлеуметтік ортаның агрессивтілігі орын алады;

- әлеуметтік ортаның баламалылығы (бір-бірін жоққа шығаратын көзқарастар, пікірлер, позициялар және т. б.);

- билік пен халықтың алшақтығы, биліктің жабықтығы.

Мұндай орта адамға тек мазасыздық, үрей, ішкі тұрақсыздық, болашаққа деген сенімсіздік, қорғалмағандық сезімін тудыруы мүмкін (халықтың көпшілігі өз өмірін бірнеше айдан астам уақытқа немесе тіпті күндерге болжай алмайды). Жүйке жүйесінің әлсіз түрі бар адамдарда мұндай орта депрессияны тудырады, басқа үлгіде агрессия осы ортаға реакция ретінде пайда болуы мүмкін (Аминов, 2020).

Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының әлеуметтік детерминант жөніндегі жаһандық комиссиясы (CSDH) әлеуметтік әділетсіздік үлкен көлемде жойылуда деген қорытындыға келді. Атап айтқанда, комиссия денсаулық теңсіздігіне әкелетін билік, ақша және қор теңсіздігінен туындаған адам туылған, өмір

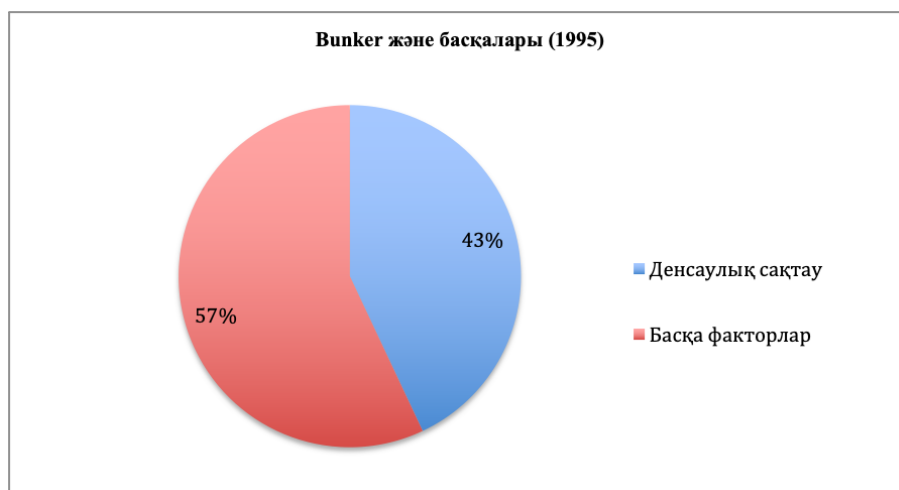
сүретін, жұмыс істейтін және қартайған жағдайдағы теңсіздікті анықтады (Commission on the social determinants of health, 2008). 2015 жылғы көрсеткіш бойынша Жапонияда орташа өмір сүру ұзақтығы 83,7 жыл, ал Сьерра-Леонеде бар болғаны 50,1 жыл болды (Annex, 2016). Алайда теңсіздік ел, қала мен ауылдар ішінде де айқын көрінеді. Мысалы, Глазгодағы ең бай және кедей аудандар арасында ерлердің орташа өмір сүру ұзақтығында 20 жыл алшақтық бар. Үндістандағы ерлердің орташа өмір сүру ұзақтығы 62 жыл, ал Глазго – Калтонның ең кедей аймағында тұратын ер адамдар үшін 54 жылды құрайды. Сол сияқты Балтимор мен Вашингтонда, қаланың кедей бөлігінде тұратындардың өмір сүру ұзақтығы бай бөлікте тұратындарға қарағанда 20 жылға аз болып келеді (Marmot, 2015).

Kings Fund құрастырған әлеуметтік денсаулық детерминантының (SDH) әсер ету ауқымына байланысты түрлі пікірлер болса да, әлеуметтік және экологиялық әсер денсаулық жағдайының өзгеруінің 45%-дан 60%-ға дейін өте маңызды екенін көрсетеді (1, 2, 3-суреттер). Демек сапалы медициналық көмектің жалпыға бірдей қол жетімділігін қамтамасыз ету қажет, бірақ халықтың денсаулығын оңтайландыру және денсаулық теңсіздігін азайту үшін бұл жеткіліксіз. Мысалы, Англияда денсаулық сақтаудың жалпыға бірдей қол жетімділігі бар, бірақ әлеуметтік топтар арасында кең таралған, үлкен және тұрақты денсаулық теңсіздігі бар. Бұл көптеген жұқпалы және жұқпалы емес аурулармен байланысты, бір адамда денсаулыққа қатысты мәселе туындаған кезде әрекет етуі өте кеш болуы мүмкін. Денсаулықты жақсарту, денсаулық теңсіздігін азайту және денсаулық сақтау бюджеті (және басқа қызметке) шығындарын азайту үшін адамның туылу, өмір сүру, жұмыс істеу және қартаю жағдайлары жақсартылуы қажет.

Ел ішіндегі және елдер арасындағы сақталып қалған теңсіздік пен адами және экономикалық әрекетсіздік шығындарын ескере отырып, Осло Университетінің Ланцет денсаулық сақтау саласындағы жаһандық басқару жөніндегі комиссиясы (The Lancet –University of Oslo Commission on Global Governance for Health) денсаулық сақтау және техникалық шешім секторынан тыс жаһандық саяси шешімдерге үндеді (Ottersen, 2014).



1-сурет – Денсаулық жағдайына әсер етуші негізгі факторларды бағалау



2-сурет – Денсаулық жағдайына әсер етуші негізгі факторлар



3-сурет – Денсаулық жағдайына әсер етуші негізгі факторлар

Ғылыми зерттеу әдіснамасы

Әлеуметтік зерттеуде денсаулықтың детерминанты төрт бағытта көрінеді. Олар түсіндірме шегіне, ұзақ мерзімді жоспарға, мемлекеттік саясаттың рөліне және денсаулық детерминантымен байланысты мемлекеттік саясатты іске асырудағы кедергілерге байланысты болып келеді.

Әлеуметтік детерминант және денсаулық: басымдылық негіздер

Теориялық көзқарастар денсаулықтың әлеуметтік детерминанты денсаулыққа қалай әсер ететінін қарастырады. Табыс теңсіздігінің денсаулыққа тигізетін рөлін түсіндіру үшін пайда болған үш басым тұжырымдама денсаулықтың басқа әлеуметтік детерминантының әсерін түсінуге де мүмкіндік береді. Бұл салыстырудың материалистік, материалистік емес және психологиялық ұстанымдары болып табылады (Evans, 2002).

Материалистік ұстаным: өмір сүру жағдайлары денсаулықтың детерминанты ретінде. Өмір сүру кезеңінде адамдар әр түрлі деңгейдегі оң және теріс әсерлерді бастан кешіреді. Ұлттардың жалпы байлығы – халық денсаулығының жоғары көрсеткіші. Бірақ ұлттар ішінде әлеуметтік-экономикалық жағдай денсаулықтың нақты дәрежесі, өйткені ол өмір бойы материалдық артықшылықтың немесе жетіспеушіліктің көрсеткіші болып табылады (Benzeval, 2001). Денсаулықтың әртүрлі әлеуметтік детерминантының әсерін көрсететін материалдық жағдайлар денсаулықты жеке даму, отбасылық өмір және өзара әрекеттесу сапасына, сондай-ақ қоғамдағы қоршаған ортаға әсер ету деңгейі арқылы анықтайды (Shaw, 2002). Материалдық жағдайлар физикалық (инфекция, дұрыс тамақтанбау, созылмалы аурулар мен жарақаттар), даму (танымдық, жеке және әлеуметтік дамудың кешігуі немесе бұзылуы), білім беру (оқу қабілетсіздігі, нашар оқу, мектептен ерте кету) және әлеуметтік (әлеуметтену, жұмысқа және отбасылық өмірге дайындық) мәселелерді болжауға мүмкіндік береді. Зерттеушілер Гордон, Дэйви Смит, Шоу және Дорлинг және басқалары Ұлыбританияда, осы ұстанымның басты жақтаушылары болып табылады (Mitchell, 2000).

Материалистік емес тәсіл: өмір сүру деңгейі мен әлеуметтік инфрақұрылым денсаулық детерминанты ретінде. Ел, аймақ және қалалар арасындағы денсаулық жағдайындағы айырмашылықтар экономикалық және басқа да

қорлардың халық арасында қалай бөлінетініне байланысты. Адам өмір сүретін әлеуметтік жағдай оның денсаулығына айтарлықтай әсер етеді: әдетте, адамның әлеуметтік жағдайы неғұрлым жоғары болса, оның денсаулығы соғұрлым жақсы болады. Мысалы, Англияда ең кедей үй шаруашылығынан шыққан адам ең бай адамға қарағанда жеті жыл қысқа өмір сүреді. Халықтың осы топтары арасындағы салауатты өмір сүру ұзақтығындағы айырмашылық шамамен 17 жылды құрайды. Егер халықтың табысы бойынша шекті бес пайыздық топ алынып тасталса, салауатты өмір сүру ұзақтығындағы алшақтық 13 жылды құрайды (Marmot, 2012). Денсаулыққа қатысты теңсіздікті жоюдың тиімді жағы экономикалық және әлеуметтік көрсеткіштерге ие болуы мүмкін. Әлеуметтік градиенттің құнын өмір кезеңімен, салауатты өмір сүру деңгейімен, қосымша ауруды емдеуге жұмсалатын жалпы экономикалық шығындармен өлшеуге болады. Мысалы, Канадада табысы төмен адамдар үлесі аз, сондай-ақ ауқатты және тұрмысы төмен адамдар арасындағы алшақтық та төмен, себебі бұл мемлекетте АҚШ-қа қарағанда мемлекеттік инфрақұрылымға едәуір көп қаражат бөлінеді. Балалар өлімі, өмір сүру ұзақтығы және балалар жарақатынан болатын өлім көрсеткіштері бойынша саралатын болсақ, канадалықтардың денсаулығы америкалықтарға қарағанда жоғары көрсеткішке ие (Sanmartin, 2004). Швеция мемлекетінің әлеуметтік саясат саласы жоғары деңгейде жұмыс істейді, мұнда ресурстарды бөлу әлдеқайда эгалитарлық, төмен табысты топ мөлшері өте аз, ал денсаулық көрсеткіші әлемдегі ең жоғары деңгейдің біріне ие. Солтүстік Америкада материалдық емес позицияны жақтаушылар Линч, Каплан, Росс, Данн және Вольфсон болып табылады (Lynch, 2004). Материалистік емес көзқарас өмір сүру жағдайларының адам денсаулығына әсеріне, денсаулықтың әлеуметтік детерминантының сапасын анықтайтын әлеуметтік факторға назар аударады. Қоғамның қорларды өз азаматтары арасында бөлуі денсаулықтың әртүрлі әлеуметтік детерминантының сапасына әсер ететін маңызды фактор болып табылады.

Психоәлеуметтік салыстыру ұстанымы: иерархия және әлеуметтік қашықтық денсаулық детерминанты ретінде. Дамыған елдердегі денсаулық теңсіздігіне азаматтардың әлеуметтік иерархиядағы жағдайын қалай түсіндіретіні қатты әсер етеді (Wilkinson, 2005). Бұл екі тәсіл арқылы жүзеге асады:

1. Жеке деңгейде тең емес қоғамдағы жеке мәртебені қабылдау күйзеліс пен денсаулықтың нашарлауына алып келеді. Өзінің мәртебесін, мүлкін және басқа да өмірлік жағдайын өзге адамдардың өмірлік жағдайларымен салыстыра отырып, адамдар өз денсаулығына психобиологиялық кері әсер ететін ұят, пайдасыздық және қызғаныш сезімдерін сезінеді. Мұндай салыстыру денсаулыққа қауіп төндіретін қосымша жұмыс алу және ішімдік ішу, темекі шегу сияқты денсаулыққа қауіпті мінез-құлықты қабылдау арқылы жеңілдетуге тырысу әрекеттеріне алып келеді.

2. Қоғамдық деңгейде иерархияның кеңеюі мен күшеюі әлеуметтік бірлікті әлсіретеді. Адам басқаларға сенімсіз және күдікпен қарай бастайды, осылайша мемлекеттік білім беру, денсаулық сақтау және әлеуметтік бағдарламалар сияқты қоғамдық құрылымдарды қолдауды әлсіретеді. Халықтың салықты төмендетуге деген ұмтылысы мемлекеттік инфрақұрылымды құлдыратады. Бұл ұстаным денсаулықтың әлеуметтік детерминантын әлсірететін мемлекеттік саясаттың психоәлеуметтік әсеріне назар аударады. Сондай-ақ қоғамның материалдық аспектісі – материалистік және неоматериалистік көзқарастардың қаншалықты назарында, осы психоәлеуметтік процестің негізгі детерминанты болып табылады ма деген сұрақ туындайды. Бұл ұстанымды Ұлыбританиядағы Р.Г. Уилкинсон және АҚШ-та И. Кавачи мен Б. Кеннеди атап өтті (Kawachi, 2002). Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының әлеуметтік детерминант жөніндегі комиссиясының төрағасы М. Мармот материалистік және психоәлеуметтік салыстыру мектептері арасындағы екіұшты болса да, тәжірибелік қағиданы ұстанады (Marmot, 2004).

Денсаулықтың түрлі әлеуметтік детерминанттарының денсаулыққа әсерін түсіну үшін әрбір ұстанымның өзектілігі белсенді түрде талқыланады. Эмпирикалық мәліметтердің басым көпшілігі денсаулықтың әлеуметтік детерминанттарының табыс, тұрғын үй, азық-түлік қауіпсіздігі, медициналық және әлеуметтік қызметтердің қол жетімділігі және балалық шақ сапасы сияқты денсаулыққа әсер ететін материалдық жолдармен қалай әрекет ететінін қарастырады. Алайда психоәлеуметтік салыстыру процесінің рөлі туралы деректер жоқ. Осылайша дәлелдемелердің тепе-теңдігі әлеуметтік детерминанттың денсаулыққа қалай әсер ететінін материалистік және неоматериалистік талдауды қолдайды (Lynch, 2004).

Нәтижелері және талқылама

Бұл талқылауларда көбінесе жасырын болып қалатын мәселе – бұл әлеуметтік таптың мәселесі және оның капиталистік қоғамдағы маңызы. Әдебиеттерде әдетте табыс, әлеуметтік мәртебе немесе әлеуметтік-экономикалық жағдай денсаулықтың негізгі әлеуметтік детерминанттары деп аталады. С. Мунтанер әлеуметтік таптың өмір сүру жағдайы денсаулық жағдайына әсер ететін механизм ретінде нақты қарастырылуының маңыздылығын қолдайды (Muntaner, 2006). Тапты талқылауға енгізу бойынша халықтың денсаулығының детерминанты мен халықтың денсаулығын қалыптастыра отырып, капиталистік қоғамды ұйымдастыру экономикалық, әлеуметтік және саяси билікте теңсіздікті қалай құрып, сақтап отырады деген сұрақ туындайды.

Төменгі әлеуметтік тапқа жататын отбасында туылған балалардың дамуы үшін әлеуметтік-экономикалық қорлар аз, бұл астма сияқты бірнеше ауру түрлері мен созылмалы ауруларға алып келеді. Мұндай балалар мектептегі сабақтарды жиі өткізіп алады, жылдық қорытындыда аз білім жинақтайды. Қалыптасқан жағдай оларды жоғары ақы төленетін жұмысқа тұру және мансаптық өсуге қол жеткізу мүмкіндігін шектейді. Жалақысы төмен еңбек әдетте, ауыр жағдаймен және күйзелістің жоғары деңгейімен байланысты бұл денсаулыққа кері әсерін тигізеді. Көптеген жылдар бойы жинақталған аурулар одан әрі жұмыс істеуге және қызметте алға жылжуға кедергі жасайды, бұл зейнетақы жасындағы адамның қаржылық қауіпсіздігінің нашарлауына алып келеді.

Өз кезегінде адам өмірінің неғұрлым көп бөлігінде жоғары әлеуметтік-экономикалық мәртебені сақтаса, соғұрлым оның денсаулығына пайдалы болады. Иммуитет зақымдалмайды, тамақтану және тұрақты жаттығулар физикалық денсаулықты қалыптастырады және сақтап отырады, жайлы жұмыс жағдайлары психологиялық денсаулыққа ықпал етеді. Яғни, адамның әлеуметтік-экономикалық мәртебесі оның денсаулығына тікелей байланысты. Зерттеулер көрсеткендей, денсаулығының нашарлығы және ауруға байланысты жұмыс орнында жиі болмауы, сондай-ақ еңбекке қабілеттіліктің түпкілікті жоғалуы материалдық жағдайы төмен адамдар арасында жиі кездеседі (Mirowsky, 2003). Сондықтан әлеуметтік жай-күйі мен денсаулық

арасындағы байланыс күрделі және биполярлы болып келеді.

Денсаулыққа әлеуметтік-экономикалық және басқа да әлеуметтік факторлардың әсері. Әлеуметтік факторларды денсаулықпен байланыстыратын жолдар мен биологиялық механизмдер туралы білім соңғы жылдары айтарлықтай кеңейді. Көптеген деректерде әлеуметтік, соның ішінде әлеуметтік-экономикалық факторлар мен денсаулыққа әсер ететін салдарлар арасындағы тікелей қарым-қатынас көрініс табуға. Сонымен қатар биопсихосоәлеуметтік процестерді қамтитын күрделі жолдар арқылы да себеп-салдарлық байланысты нақтылайды. Әлеуметтік-экономикалық фактордың кейбір аспектісі салыстырмалы түрде тікелей және тез әсер ететін реакция арқылы денсаулыққа байланысты болып келеді. Мысалы, сапасыз тұрғын үйлерде қорғасынды қолдану когнитивтік функциялардың төмендеуіне және зардап шеккен балалардағы физикалық дамудың кешеуілдеуіне ықпал етеді; қолайсыз жерлерде де жиі кездесетін ластану мен аллергиялар демікпені нашарлатуы мүмкін (Miller, 2009).

Әлеуметтік-экономикалық және басқа да әлеуметтік факторлар салыстырмалы түрде қысқа уақыт аралығында (мысалы, бірнеше айдан бірнеше жылға дейін) көрінетін, бірақ біршама жанама болатын жолдар арқылы денсаулықтың нашарлауына ықпал етуі мүмкін. Мысал ретінде денсаулыққа қауіпті мінез-құлықтың әлеуметтік тиімділігіне әсер ететін факторларды келтіруге болады. Мәселен зорлық-зомбылыққа ұшырау жастардың атыс қаруын қолдану мүмкіндігін арттыруы мүмкін; қолайсыз аудандарда алкогольдің қолжетімді болуы оны алкогольге байланысты жарақат деңгейіне әсер ететін жастар арасында қолдануға әсер етуі мүмкін (Bingenheimer, 2005).

Әлеуметтік-экономикалық факторлар жұмыс, үй, қоршаған ортаға және қысқа мерзімді денсаулыққа әсер етуі мүмкін ұйқыға ықпал етеді. Еңбек жағдайы денсаулыққа байланысты мінез-құлықты қалыптастыруы мүмкін, бұл өз кезегінде басқаларға әсер етуі ықтимал; мысалы, еңбек демалысына шықпайтын жұмысшылар ауру болған жағдайда да жұмысқа барады, бұл аурудың әріптестеріне немесе клиенттеріне таралу ықтималдығын арттырады (Marco, 2011). Денсаулыққа салыстырмалы түрде жылдам әсер етуден басқа, әлеуметтік-экономикалық және басқа да әлеуметтік факторлардың денсаулыққа байланысты мінез-құлыққа ықпалы кейінірек пайда болатын аурудың нәтижесіне әсер етуі

мүмкін. Темекі тұтыну аудандағы қолайсыз әлеуметтік-экономикалық жағдай және шағын базарлардың көп шоғырлануымен байланысты болып келеді. Білім деңгейі мен үй шаруашылығының кірісі сияқты бірнеше жеке сипаттамаларды ескере отырып, концентрацияланған фаст-фуд өнімдерімен үйлескен жаңа өнімдердің аз болуы, сауда нүктелері және шектеулі демалу мүмкіндіктері тамақтанудың нашарлауына және физикалық белсенділіктің төмендеуіне әкелуі мүмкін (Gordon-Larsen, 2006). Осы жағдайларға байланысты созылмалы аурулардың денсаулыққа тигізетін әсері әдетте ондаған жылдар бойы байқалмайды.

Әлеуметтік-экономикалық фактор мен физикалық денсаулық көрсеткіштері арасындағы кең таралған қатынас негізгі делдал немесе модератор ретінде денсаулыққа байланысты мінез-құлықты қамтуы немесе болмауы ықтимал, сондай-ақ одан да күрделі және ұзаққа созылатын себеп-салдарлық байланыстарды көрсетуі мүмкін. Г.В. Эванс пен М.Н. Шамберг балалар кедейлігінің ұзақтығы мен ересектердің когнитивтік функциялары арасындағы байланыс кедейлікпен байланысты материалдық тапшылықпен ғана емес, сонымен бірге балалық шақтың ішінара созылмалы күйзелісімен де байланысты екенін көрсетті (Evans, 2009). Әлеуметтік-экономикалық тұрғыдан қолайсыз аудандарда өсіп келе жатқан балалар денсаулығына және денсаулықты нығайтуға ықпал ететін мінез-құлыққа қатысты физикалық мәселелерге тап болады; олар сонымен қатар қордың үнемі жетіспеушілігінен туындаған отбасылық қақтығыс пен тұрақсыздық сияқты эмоционалды және психологиялық күйзелістерді жиі сезінеді.

Сапалы білім – беделді жұмыс пен жоғары табыс алудың бірден бір жолы. Бірақ білім мен денсаулықты байланыстыратын адамдар аз. Осыған қарамастан, бұл байланыстың көптеген эмпирикалық дәлелдері бар. Көп жылдық білімі бар адамдар ұзақ өмір сүреді, денсаулығы жақсы, белсенді өмір салтын ұстанады, денсаулығын уақытылы тексереді (Low, 2005).

Білім денсаулық деңгейіне үш жолмен әсер етуі мүмкін:

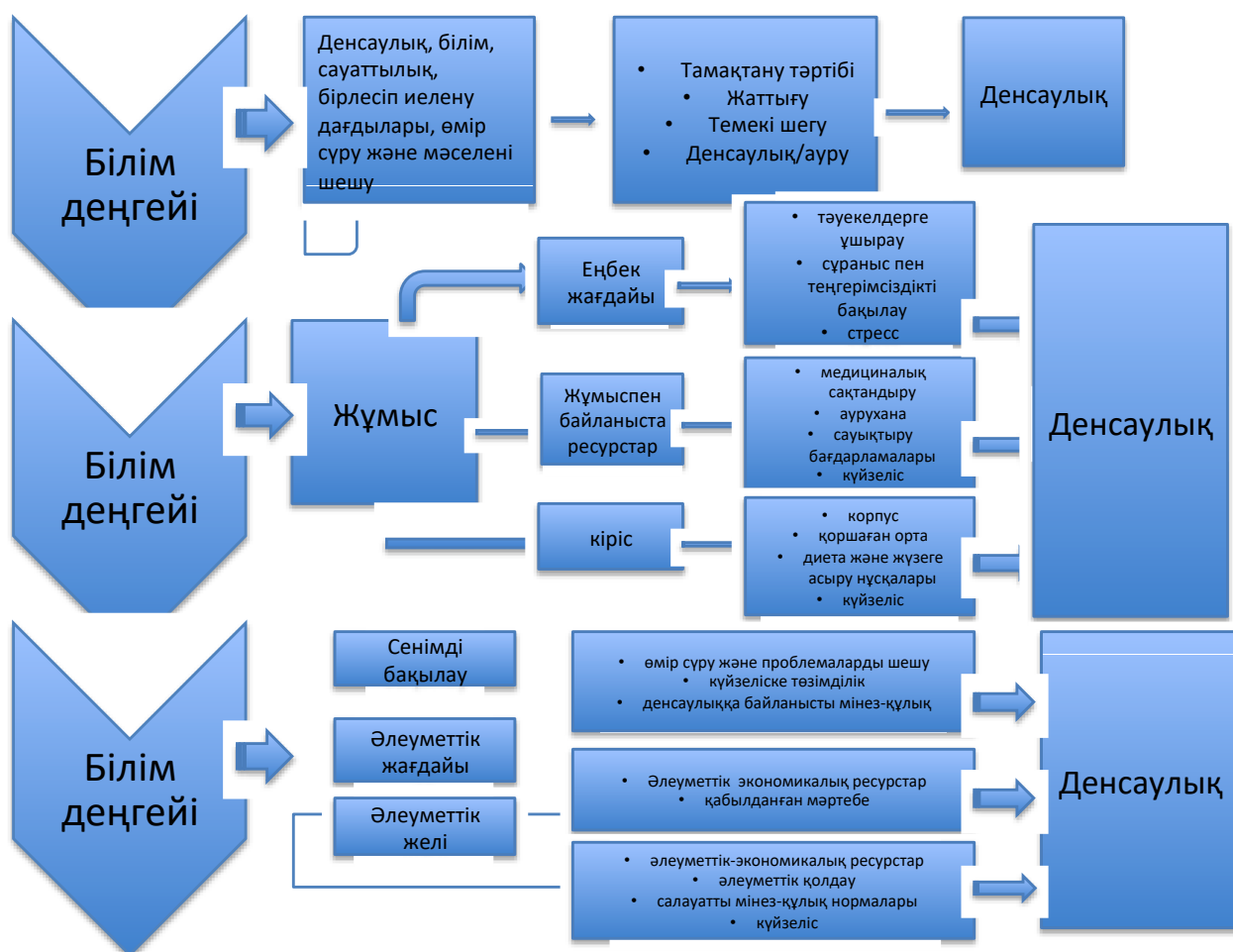
1. Денсаулық және салауатты өмір салты туралы ақпаратты жинақтау арқылы. Білім алу мағлұмат жинақтайды, мәселелерді шешу дағдыларын жақсартады, жеке адамға таңдау жасауға мүмкіндік береді. Нәтижесінде адам денсаулыққа қатысты ақпараттарды жинақтап, өзі және жақындары үшін ең жақсы шешімдер қабылдайды.

2. Сапалы білім – жақсы жұмыс істеудің ең қысқа жолы. Жақсы лауазым жоғары жалақыны, жақсы еңбек жағдайларын, лауазымға байланысты артықшылықтарды білдіреді. Барлық осы жағдайлар денсаулықты сақтауға және нығайтуға алып келеді.

3. Білім денсаулықты нығайтуға ықпал ететін психологиялық және әлеуметтік факторлармен байланысты. Оқуды аяқтап, адам қоғамға қатысады, әлеуметтік қолдау және өзін-өзі бақылау дағдыларын алады, бұл психологиялық денсаулықты жоғары деңгейде сақтауға көмектеседі.

4-суретте білім түрлі әдебиеттерде сипатталған байланыстарды көрсететін денсаулыққа қатысты көптеген нәтижелерге ықпал етуі мүмкін үш жол көрсетілген. Дегенмен, мұнда сипатталған әр қадамға қатысты ортақ пікірге келу міндетті емес, олардың барлығы биология-

лық мағлұматты қоса алғанда ағымдағы білімдер аясында шынайы болып саналады. Бірінші жол кең таралған: білім мағлұматтар мен дағдыларды арттырады және осылайша салауатты өмір сүру салтына ықпал етеді. Екінші жол биологиялық тұрғыдан да орынды, алайда оның сол жақ тармақтары (яғни, жақсы және жоғары ақы төленетін жұмысқа апаратын білім) даулы болмаса да, табыс пен денсаулық арасындағы байланысты әр түрлі жолдармен, мысалы жұмысқа байланысты артықшылықтар, күйзеліс, әдетте білім берудің әсері ретінде қарастырылмайды. Үшінші жол білімнің денсаулыққа әсерін психобиологиялық процестер арқылы көрсетеді, мысалы бақылау сенімдері, субъективті әлеуметтік мәртебе және әлеуметтік медиа, тағы да қолданыстағы әдебиеттерге негізделген (Egarter, 2011).



Дереккөз: Эгертер С., Бравман П., Садах-Нобари Т., Гроссман-Кан Р., Деккер М. Образование имеет значение для здоровья. Изучение социальных детерминант здоровья: краткий выпуск №6. Принстон (Нью-Джерси): Фонд Роберта Вуда Джонсона; 2011 г.

4-сурет – Білім деңгейінің денсаулыққа әсер етуі

Дүниежүзі елдері ішіндегі денсаулыққа қатысты әділетсіздік мысалдары:

- Боливияда білімі жоқ әйелдерден туылған нәрестелердің өлімі 1000 тірі балаға шаққанда 100-ден асады, ал кем дегенде орта білімі бар аналардан туылған нәрестелердің өлімі 1000-ға 40 жағдайдан аз;

- Австралиялық аборигендердің өмір сүру ұзақтығы жергілікті емес австралиялықтарға қарағанда (сәйкесінше 76,6 және 82,0) едәуір төмен (ерлер үшін 54,4 жас және әйелдер үшін 64,8 жас);

- Глазго қаласындағы Калтон ауданында ерлердің өмір сүру ұзақтығы 54 жасты құрайды, бұл бірнеше шақырым жерде орналасқан Лэнзидегі ерлерге қарағанда 28 жылға аз өмір сүреді;

- 80 жастан асқан еуропалық ер адамдар арасында мүгедектіктің ұзақ мерзімді түрлерінің таралуы төмен, білімді ер адамдар арасында 58,8% және білімді адамдар арасында 40,2% құрайды (ВОЗ, 2018)

Жалпы қоғамда қалыптасқан жағдай әлеуметтік капитал қорларының тым шектеулі болуымен сипатталады. Білім деңгейінің төмендеуі, халықтың едәуір бөлігінің зияткерлік және моральдық деңгейінің құлдырауы, өмір сүру ұзақтығы батыс нормаларынан 5-7 жылға төмен болып отыр, жұмыспен қамту құрылымында біліктілігі төмен кадрлар, соның ішінде мигранттар көп бөлігін алуда. Батысқа қарай ақыл-ойдың кетуі жалғасуда, ол тіпті ұлттың генофондына да әсер ете бастады. Көптеген жоғары оқу орындарының түлектері, магистранттар, докторанттар өздерінің білімі мен дағдыларын қолдана алмайды – ең жақсы дайындалған жаратылыстанушылар мен «техниктер» елден кетуде, ал «гуманитарлық мамандар» қайта даярлануда, өйткені заңгер, экономист, менеджерлердің шамдан тыс саны (нақты жұмысшылар мен менеджерлер арасындағы табиғи тепе-теңдікті бұзады) немесе «ойдан шығарылған» лауазымдарға орналасады, бұл қоғамның жалпы бюрократиясын күшейтуде.

Нәтижесінде моральдық вакуум пайда болуда, халықтың маңызды топтарының өмір сүру мәнінің құнсыздануы орын алуда. Егер адамның өмірі, ең алдымен жалпыадамзаттық құндылықтармен байланысты жоғары өмірлік мәнге ие болмаса, адамды әлеуметтік сау деп тану қиын. Дәл осы құндылықтар қайта құру нәтижесінде және қайта құрудан кейінгі кезеңде зардап шекті. Қоғам мүшелерінің едәуір бөлігі өздерін қаңырап бос сезініп, өз өмірінің мағынасын көрмеді. Қоғамдағы қазіргі жағдай

адам өмірін бақылау мүмкіндігінің тарылуына әкеледі. Тұрақсыздық, белгісіздік, жұмыссыздық қауіпі бірқатар құндылықтардың ыдырауы жағдайында өз өмірінің нұсқасын ұзақ мерзімді өмірлік стратегияларды құру қиынға соғады.

Саяси ортаның маңыздылығы

Денсаулықтың көптеген әлеуметтік детерминанттарының сапасы мемлекеттік саясатқа деген көзқарастармен анықталады. Денсаулық сақтау ұйымы үкімет қабылдаған саяси шешімдердің тікелей нәтижесі болып табылады. Бұл негізгі мәселелер әлеуметтік қорды бөлумен байланысты. Саясат мәселелері табысты қамтамасыз етуге, отбасына бағдарланған еңбек саласындағы саясатқа, оқыту мен қолдауды, әлеуметтік қорғау желілерін қамтамасыз етуді, сондай-ақ азаматтар үшін медициналық және әлеуметтік қызметтер мен басқа да қордың қолжетімділік дәрежесін қамтитын жұмыспен қамтудың белсенді саясатына әсер етеді (Armstrong, 2004). Үкімет қабылдаған мемлекеттік саясаттың шешімдерін әртүрлі саяси, экономикалық және әлеуметтік күштер анықтайды. Бір қызығы, мемлекеттік саясаттың денсаулықтың түрлі әлеуметтік детерминанттары ретіндегі рөлін көптеген халық денсаулығын зерттеушілері елей бермейді.

Әлеуметтік перспективалар – білім мен іс-әрекет арасындағы алиақтықты түсіну

Көптеген медициналық әлеуметтанушылар, әсіресе Америка Құрама Штаттарында қорды ұйымдастыруға және таратуға қатысты құрылымдық мәселелерді қарастырудың орнына, күйзелістің психологиялық мәселелеріне және оның денсаулыққа тигізетін әсеріне назар аударуды жөн көреді. Шынында да бұл әлеуметтанушылар көптеген әлеуметтік эпидемиологтарға қарағанда саяси талдауға қарсы тұрған сияқты. Алайда басқа денсаулық сақтау әлеуметтанушылары білімнің қалай құрылатындығына, сондай-ақ зерттеу мәселелерін нақтылауға және зерттеуге бейім болып келеді (Raphael, 2003). Олардың идеялары келесі сұраққа жауап табуға көмектеседі: «Денсаулықтың әлеуметтік детерминанттары туралы ақпараттарды ескере отырып, көптеген елдерде бұл мәселелер бойынша әрекет неге аз болуда?»

Кейбір әлеуметтанушылар саяси, экономикалық және әлеуметтік күштердің әлем туралы түсінігімізді қалай қалыптастыратыны туралы жазуда. Индивидуализм мен қауіп-қатерді дараландыруды баса көрсететін саяси экономика шеңберіндегі өмір осы ұғымдарды түсінетін медицина қызметкері, саясаткер және қоғам үшін денсаулықтың әлеуметтік детерминан-

тын талқылауды қиындатады (Bartley, 2003). Бұл мәселелер туралы түсінігімізді қандай саяси, экономикалық және әлеуметтік күштер анықтайды? Мемлекеттік саясатқа байлық пен билікке ие адамдар қатты әсер ететін қоғамдарда: «Денсаулық детерминанттары туралы белгілі бір көзқарастарды ұстанатын кәсіби және қоғамдық қауымдастықтар кімге пайдалы?» деген сұрақ қойылуы тиіс.

Тәртіптік ұстаным – мамандықтар. Мамандықтар денсаулық, ауру және медициналық көмек мәселелерін қалай шешетіндігінде айтарлықтай ерекшеленеді. Р. Лабонте денсаулық пен медициналық көмекті үш жалпы шеңберде қарастыруға болатындығын болжады: биомедициналық, өмір сүру салты және әлеуметтік-экологиялық. Биомедициналық ұстаным жоғары қауіпті топтарға, қандай да бір түрдегі скринингке және медициналық көмек көрсетуге баса назар аударады. Мінез-құлықтық ұстаным жоғары қауіпті қатынас пен мінез-құлыққа және адамға мінез-құлықты өзгертуге үйрететін және қолдау көрсететін бағдарламаны жасауға бағытталған. Әлеуметтік-экологиялық ұстаным қауіп-қатер жағдайына назар аударады және адамдардың осы жағдайға қалай бейімделетінін немесе оларды өзгерту үшін қалай қозғалатынын қарастырады (Labonte, 1993).

Медицина қызметкерлері мен зерттеушілер арасында басым парадигма биомедициналық парадигма екені анық. Қоғамдық денсаулық сақтау мінез-құлық аспектілеріне бағытталған, ал әлеуметтік-экологиялық тұрғыдан бағаланбайды және денсаулық сақтау саласындағы бірнеше зерттеушілердің құзыреті болып табылады. Денсаулықтың әлеуметтік детерминанты концепциясы, әсіресе осы факторлардың саяси және экономикалық детерминанттары – әлеуметтік-экологиялық фактор санатына жатады және бағынышты болып қала береді.

Covid-19 пандемиясының әлеуметтік детерминанттарға әсері және денсаулық сақтау саласындағы әділеттілікті қамтамасыз ету.

COVID-19 пандемиясы барлық деңгейдегі денсаулық сақтау теңсіздігінің ауқымын анықтайды. Ол бұған дейін төмен денсаулық көрсеткіштеріне ие, сондай-ақ осал жағдайда болған қоғам үшін өлім-жітімнің өсуіне және апатты экономикалық шығындар өршітетін ауыр зардаптарға алып келді. COVID-19 салдарынан әлеуметтік, экономикалық және экологиялық детерминантының қызметтері жайлы нақты деректер көлемі өсіп келеді. Осылайша, халықтың тұрмысы төмен санаты ауа сапасы

дұрыс бақыланбаған жерлерде; сонымен қатар, олар көбінесе тығыз орналасқан және ескірген тұрғын үйде тұруда, жақын байланыстағы немесе жұқтыру қаупі жоғары жұмыстарда жұмыс істейді және уақытша, тұрақсыз жұмыспен қамтылып, шектеулі табыс кепілдіктеріне ие болуда.

COVID-19 дағдарысы адам мен қоғам денсаулығындағы теңсіздіктің көптеген салдарын анықтады. COVID-19 таралуын шектеуге бағытталған түрлі шаралар инфекция қаупін азайтуға көмектесті, алайда негізгі әлеуметтік детерминантқа теріс әсер ету қысқа және ұзақ мерзімді қалыптасуда жағдайлардың теңдігіне теріс әсер етті. Мысалы, аз қамтылған отбасылардың балалары үйде оқуы үшін қажетті техникалық құралдармен аз қамтамасыз етілген, ал олардың ата-аналары көбінесе тұрақсыз жұмыспен қамтылып табысынан айрылған. Осылайша COVID-19 әлеуметтік-экономикалық салдары денсаулық сақтау саласындағы, гендерлік және әлеуметтік-экономикалық теңсіздіктің қазіргі көріністерін күшейтуде және осы саладағы тәжірибелік шаралардың өзектілігін одан әрі арттыруда.

COVID-19-бен күресу барлық қоғамдық күштердің біріккен күш-жігерін қажет етеді. Пандемия қоғамның ғылымға және қоғамдық институттарға деген сенімінің маңызды рөлін көрсетті. Әлеуметтік детерминанттарды түзетуге біршама қаражат жұмсайтын елдері сенімділіктің жоғары деңгейіне ие болуда (Доклад Генерального директора ВОЗ, 2021).

Осы зерттеу аясында денсаулықтың әлеуметтік детерминантының мәні мен түрлері қарастырылды, халық денсаулығының әлеуметтік детерминанты саласындағы халықаралық зерттеулер нәтижелері талданды және халық денсаулығының әлеуметтік-экономикалық факторларының жіктелуі анықталды.

Жүргізілген талдау адамның денсаулығы оның таңдауымен ғана емес, көбінесе «адамның туылу, өсу, өмір сүру, жұмыс істеу және қартаю жағдайларына» байланысты екенін көрсетеді (ВОЗ, 2018). Денсаулықтың әлеуметтік детерминанттарының ішінде мыналарды бөліп көрсетуге болады: балалық шақтағы өмір сүру жағдайлары, білім беру, жұмыспен қамту, табыс пен байлық, күйзеліс, қоғам (оның ішінде тұрғын үй жағдайлары, көлемі мен тіршілік ету ортасы, өзін-өзі сақтау мінез-құлқы, көлік).

Бірақ денсаулық деген не және оны қалай өлшеуге болады? ДДҰ (ВОЗ, 2018) мәліметтері бойынша, «денсаулық – бұл ауру

мен физикалық ақаулардың болмауы ғана емес, толық физикалық, психикалық және әлеуметтік әл-ауқат жағдайы». Алайда, бұл анықтама денсаулықты бақылау және бағалау мүмкін болатын объективті индикаторлар жиынтығын анықтауға мүмкіндік бермейді. Денсаулықты өлшеу үшін бірыңғай шкала жоқ.

Мақалада қарастырылған эмпирикалық зерттеулер денсаулық сипаттамасында көп жағдайда өмір сүру ұзақтығына (немесе салауатты өмір сүру ұзақтығына) немесе нақты факторларға (жүрек-тамыр аурулары, нәрестелер өлімі, ауру, денсаулықтың өзін-өзі бағалауы және т.б.) сүйенді. Мұндай елеулі айырмашылықтарға байланысты көптеген шетелдік және отандық зерттеулердің ұқсас нәтижелеріне қарамастан, оларды салыстырмалы түрде талдау қиын болып көрінеді.

Денсаулықтың әлеуметтік детерминантын зерттеу мәселесін детерминант пен денсаулық деңгейі арасындағы байланыстардың көп бағытты болуы қиындатады: бірнеше факторлар бір-бірімен өзара әрекеттесу арқылы денсаулыққа тұтас әсер етуі, ал денсаулық бір немесе бірнеше факторларға да әсер етуі мүмкін. Яғни, адамның физикалық және психологиялық денсаулығы оның өмірінің әртүрлі салаларындағы мінез-құлқына тікелей байланысты, ал бірнеше жағымсыз факторлар жинақталып, адамның әл-ауқатына айтарлықтай әсер етеді.

Қорытынды және тұжырымдама

Сонымен, мәселені шешу үшін жеке адамның денсаулық деңгейін сипаттайтын бірыңғай көрсеткішті (индикатор) әзірлеу қажет, оны әртүрлі елдер, соның ішінде Қазақстан бойынша зерттеулерде салыстыруға болады. Мұндай көрсеткіш денсаулықтың әртүрлі биомаркерлерін және психологиялық және физикалық денсаулықты өзін-өзі бағалауды қамтуы

мүмкін. Денсаулық көрсеткішін әзірлеу халық денсаулығының әлеуметтік детерминантын зерттеу секілді пәнаралық ұстанымды талап етеді, себебі зерделенетін мәселе медицина мен демография (экономика) салаларының жапсарында болуда.

Денсаулық индикаторын, әртүрлі елдердегі халықты зерттеу деректерін және эконометрикалық модельдеу әдістерін қолдана отырып, әлеуметтік детерминанттар мен адам денсаулығының байланысын сипаттайтын модель құруға болады. Мұндай эконометрикалық талдау, келесі гипотезаларды тексеруге мүмкіндік береді:

1. Денсаулық детерминанттары әлеуметтік ғана емес, сонымен бірге жас градиентіне де ие.

2. Денсаулықтың әлеуметтік детерминанттары ерлер мен әйелдерге әртүрлі әсер етеді.

3. Қалалық және ауылдық жерлердің тұрғындары үшін денсаулықтың әлеуметтік детерминанттарының айырмашылықтары тән.

Мұндай модельдеудің нәтижелері халықтың жекелеген жас топтары (немесе басқа да әлеуметтік-демографиялық) үшін денсаулыққа қауіп факторларын жіктеуге негіз бола алады. Сонымен қатар, нәтижелерді халық денсаулығын жақсарту жөніндегі саяси шаралар бағдарламасын жасау үшін пайдалануға болады. Мемлекеттік органдар әзірлеген саяси шаралар денсаулыққа қатысты бейтараптықты жоюды ескере отырып ұсынылуы керек, сонымен қатар денсаулықтың әртүрлі әлеуметтік детерминантарына әсер етуі тиіс.

Осылайша, адам денсаулығының бірыңғай индексын қалыптастыру халық денсаулығының әлеуметтік детерминантымен байланысты көптеген сұрақтарға жауап беруге мүмкіндік береді. Бірақ бұл мәселені шешу медицина, статистика және демография саласындағы ғалымдар тарапынан сапалы тәртіптік ұстанымды талап етеді (Моисеева, 2019).

Әдебиеттер

- Annex B. Monitoring health for the SDGs: tables of health statistics by country, WHO region and globally. – World Health Organization. World Health Statistics, 2016.
- Armstrong P. Raphael D. Health, social policy, social economics and the voluntary sector. In Social Determinants of Health: Canadian Perspectives. – Toronto: Canadian Scholars' Press, 2004.
- Аминов Т.М. Социально-экономическое развитие Казахстана в новых геополитических условиях. – 2020. //https://e-history.kz/ru/news/show/31775/
- Bartley M. Health inequality and social policy. In health inequality. – Oxford: Polity Press, 2003.
- Benzeval M., Graham H. Income and health over the lifecourse: Evidence and policy implications. In understanding health inequalities. – UK, Open University Press: Buckingham, 2001.

- Bingenheimer J.B., Brennan R.T., Earls F.J. Firearm violence exposure and serious violent behavior. – *Science*, 2005. – Б.1323-1326.
- Centers for disease control and prevention. – *Social determinants of health working group*. – Atlanta, 2005.
- Commission on the social determinants of health. – *Closing the Gap in a Generation*, 2008.
- Egerter S., Braveman P., Sadegh-Nobari T., Grossman-Kahn R., Dekker M. *Education and health. Exploring the social determinants of health*. – Princeton (NJ): Robert Wood Johnson Foundation, 2011.
- Evans G.W., Schamberg M.A. Childhood poverty, chronic stress, and adult working memory. – *Proceedings of the National Academy Sciences*. – U.S.A., 2009. – Б. 6545-6549.
- Evans R.D. *Interpreting and addressing inequalities in health: from black to acheson to blair*. – London: Office of Health Economics, 2002.
- Evans R.G., Barer M.L., Marmor T.R. Why are some people healthy and others not? The determinants of health of populations. – New York: Aldine de Gruyter, 1994. – Б.553-576.
- Gordon-Larsen P., Nelson M.C., Page P., Popkin B.M. Inequality in the built environment underlies key health disparities in physical activity and obesity. – *Pediatrics*. – 2006. – Б. 417-424.
- Kawachi I., Kennedy B. *The Health of Nations: Why inequality is harmful to your health*. – New York: New Press, 2002.
- Labonte R. *Health promotion and empowerment: practice frameworks*. – Toronto: Centre for health promotion, 1993.
- Low M.D., Low B.J., Baumler E.R., Huynh P.T. Can education policy be health policy? Implications of research on the social determinants of health // *Journal of health politics*. – Policy and Law. – 2005. – Б.1131-1162.
- Lynch J., Milbank Q. Is income inequality a determinant of population health? – Part 1. A systematic review. – 2004. – Б.82-99.
- Lynch J., Milbank Q. Is income inequality a determinant of population health? – Part 2. U.S. national and regional trends in income inequality and age and cause-specific mortality. – 2004. – Б.355-400.
- Lynch J.W. Income inequality and mortality: Importance to health of individual income, psychosocial environment or material conditions. – 2000. – Б.1220-1224.
- Marco C.A., Wolfson A.R., Sparling M., Azuaje A. Family socioeconomic status and sleep patterns of young adolescents // *Behavioral sleep medicine Journal*. – 2011. – Б.70-80.
- Marmot M. *Status Syndrome: How your social standing directly affects your health and life // Expectancy*. – London: Bloomsbury, 2004.
- Marmot M. *The health gap: the challenge of an Unequal World*. – London: Bloomsbury, 2015.
- Marmot M., Bell R. Fair society, healthy lives // *Public Health*. – 2012. – Б.4-10.
- Miller G.E., Chen E., Fok A.K., Walker H., Lim A., Nicholls E.F. Low early-life social class leaves a biological residue manifested by decreased glucocorticoid and increased proinflammatory signaling // *Proceedings of the National Academy Sciences, U.S.A.* – 2009. (DOI: 10.1073/pnas.0902971106).
- Mirowsky J., Ross C.E. *Education, social status, and health // Hawthorne*. – NY: Aldine de Gruyter. – 2003. – Б.252.
- Mitchell R., Dorling D., Shaw M. *In equalities in life and death: What if Britain were more equal?* – UK, Bristol: Policy Press, 2000.
- Muntaner C., Raphael D. Social class inequalities in health: Does welfare state regime matter? In *staying alive: critical perspectives on health, illness and health care*. – Toronto: Canadian Scholars' Press, 2006.
- Ottersen O.P. The political origins of health inequity: prospects for change // *The Lancet University of Oslo Commission on Global Governance for health*. – The Lancet. – 2014. – Б.630-670.
- Raphael D., R. Hofrichter., Jossey Bass *Towards the future: Policy and community action stop remote population health. In Health and Social Justice: a reader on politics, ideology and inequity in the distribution of disease*. – San Francisco, 2003.
- Sanmartin C., Ng E. *Joint Canada United States Survey of Health // Statistics Canada*. – Ottawa, 2004.
- Shaw M., Dotling D., Mitchell R. *Health place and society*. – UK, Prentice Hall: Harlow, 2002.
- Tarlov A. *Social determinants of health: The sociobiological translation // In health and social organization: Towards a Health Policy for the 21st Century*. – London. – 1996. – Б. 87-99.
- Townsend P., Davidson, N., Whitehead M. *Inequalities in health: The Black report and the health divide*. – New York: Penguin, 1992. – Б.175-198.
- Wilkinson R. G. *The impact of inequality: How to make sick societies healthier*. – New York: New Press, 2005.
- Wilkinson R.G., Marmot M. *Social determinants of health: The solid facts // World Health Organization, European office, Copenhagen*, 2003.
- Всемирная организация здравоохранения. Социальные детерминанты здоровья. – 2018 // Всемирная организация здравоохранения. URL:https://www.who.int/social_determinants/ru/ (20.11.2018).
- Доклад Генерального директора ВОЗ // Всемирная организация здравоохранения. – 2021. – 148-я сессия.
- Койков В.В. Исследования в области политики и систем здравоохранения – основа для успешного достижения глобальных и национальных целей развития // *Journal of Health Development*. – 2018. – Vol. 3.
- Моисеева Д.Ю., Троицкая И.А. Социально-экономические детерминанты здоровья // *Вестник Тюменского государственного университета. Социально-экономические и правовые исследования*. – 2019. – С. 42-59.

References

- Armstrong P. (2004) Health, social policy, social economies and the voluntary sector. In *Social Determinants of Health: Canadian Perspectives*, ed. D. Raphael. Toronto: Canadian Scholars' Press.
- Bartley M. (2003) Health inequality and social policy. Oxford: In *Health Inequality*. Polity Press.

- Benzeval M., et al. (2001) Income and health over the lifecourse: Evidence and policy implications. In *Understanding Health Inequalities*, ed. H. Graham. UK. Buckingham: Open University Press.
- Bingenheimer J.B., Brennan R.T., Earls F.J. (2005) Firearm violence exposure and serious violent behavior. *Science*, pp.1323-1326
- Centers for Disease Control and Prevention. (2005) *Social Determinants of Health Working Group*. Atlanta.
- Commission on the Social Determinants of Health. (2008) *Closing the Gap in a Generation*.
- Doklad generalnogo direktora VOZ [Report of the WHO Director-General]. (2021) World Health Organization. Session 148. (In Russian)
- Egerter S., Braveman P., Sadegh-Nobari T., Grossman-Kahn R., Dekker M. (2011) *Education and health. Exploring the social determinants of health*. Princeton.
- Evans G.W., Schamberg M.A. (2009) Childhood poverty, chronic stress and adult working memory. *Proceedings of the National Academy Sciences, USA*, pp. 6545-6549
- Evans R. G., Barer M. L., Marmor T. R. (eds.). (1994) *Why Are Some People Healthy and Others Not? The determinants of health of populations*. New York: Aldine de Gruyter.
- Evans, R. D. (2002) *Interpreting and Addressing Inequalities in Health: From Black to Acheson to Blair to*. London: Office of Health Economics.
- Gordon-Larsen P., Nelson M.C., Page P., Popkin B.M. (2006) Inequality in the built environment underlies key health disparities in physical activity and obesity. *Pediatrics*, pp. 417-424.
- Kawachi I., Kennedy B. (2002) *The Health of Nations: Why inequality is harmful to your health*. New York: New Press.
- Koikov B.B. (2018) Issledovanie v oblasti politiki i system zdravookhraneniya—osnova dlya uspeshnogo dostizheniya globalnykh i natsionalnykh ktslei razvitiya [Health policy and systems research is the foundation for the successful achievement of global and national development goals]. *Journal of Health Development*, no 3 (28), pp. 48-59. (In Russian)
- Labonte R. (1993) *Health Promotion and Empowerment: Practice Frameworks*. Toronto: Centre for Health Promotion.
- Low M.D., Low B.J., Baumler E.R., Huynh P.T. (2005) Can education policy be health policy? Implications of research on the social determinants of health. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, pp. 1131-1162.
- Lynch J., Milbank Q. (2004) Is income inequality a determinant of population health? Part 1. A systematic review, pp.82–99.
- Lynch J., Milbank Q. (2004) Is income inequality a determinant of population health? Part 2. U.S. national and regional trends in income inequality and age and cause-specific mortality, 82(2), pp. 355–400.
- Lynch J.W., et al. (2000) Income inequality and mortality: Importance to health of individual income, psychosocial environment, or material conditions, pp. 1220–1224.
- Marco C.A., Wolfson A.R., Sparling M., Azuaje A. (2011) Family socioeconomic status and sleep patterns of young adolescents. *Behav Sleep Med.*, pp.70-80.
- Marmot M. (2004) *Status Syndrome: How Your Social Standing Directly Affects Your Health and Life Expectancy*. London: Bloomsbury.
- Marmot M. (2015) *The Health Gap: the challenge of an Unequal World*. London: Bloomsbury.
- Marmot M. Bell R. (2012) Fair society, healthy lives. *Public Health*, pp. 4-10.
- Miller G.E., Chen E., Fok A.K., Walker H., Lim A., Nicholls E.F., et al. (2009) Low early-life social class leaves a biological residue manifested by decreased glucocorticoid and increased proinflammatory signaling. *Proceedings of the National Academy Sciences, USA*, pp.14716-14721.
- Mirowsky J. Ross C. E. (2003) *Education, social status, and health*. Hawthorne, NY: Aldine de Gruyter, pp. 252-268.
- Mitchell R., Dorling D., Shaw M. (2000) *Inequalities in Life and Death: What if Britain were more equal?* UK, Bristol: Policy Press,
- Moiseeva D.U., Troitckaya I.A. (2019) Socialno–ekonomicheskie determinanty zdoroviya [Socio-economic determinants of health]. *Bulletin of the Tyumen State university*, no 3 (19), pp. 42-59. (In Russian)
- Muntaner C., Raphael D. (2006) *Social class inequalities in health: Does welfare state regime matter? In staying alive: Critical perspectives on health, illness and health care*. Toronto: Canadian Scholars' Press.
- Ottersen O.P. (2014) *The political origins of health inequity: prospects for change. The Lancet University of Oslo Commission on Global Governance for Health*, pp.630–667
- Raphael D., Hofrichter R., Jossey Bass, (2003) *Towards the future: Policy and community action stop remote population health. In Health and Social Justice: a reader on politics, ideology and inequity in the distribution of disease*, San Francisco.
- Sanmartin C., Ng E. (2004) *Joint Canada, United States Survey of Health*. Ottawa: Statistics Canada.
- Shaw M., Dorling D., Mitchell R. (2002) *Health, place and society*. UK, Harlow: Prentice Hall.
- Tarlov A., Blane D. (1996) *Social determinants of health: The sociobiological translation. In health and social organization: Towards a health policy for the 21st Century*. – London, pp. 87-99.
- Townsend P., Davidson N., Whitehead, M. (1992) *Inequalities in health: The black report and the health divide*. New York: Penguin, pp.175-198.
- Vsemirnaya organizaciya zdravookhraneniya (2018) *Socialniye determinanty zdoroviya [Social determinants of health]*, World Health Organization URL: https://www.who.int/social_determinants/ru (20.11.2018). (In Russian)
- Wilkinson R.G. (2005) *The impact of inequality: How to make sick societies healthier*. – New York: New Press.
- Wilkinson R.G., Marmot M. (2003) *Social Determinants of Health: The solid facts*. World Health Organization, European Office, Copenhagen.
- World Health Organization. *World Health Statistics (2016): Monitoring health for the SDGs Annex B: tables of health statistics by country, who region and globally*.

S.S. Serikzhanov^{1*} , A. Aldangarkyzy² 

¹Al-Farabi Kazakh National University, Kazakhstan, Almaty

²Bureau of national statistics of the Agency for strategic planning and reforms of the Republic of Kazakhstan, Kazakhstan, Nur-Sultan

*e-mail: sabira.serikzhanova@kaznu.kz

MIGRATION ATTRACTIVENESS AS A FACTOR IN THE DEVELOPMENT OF KAZAKHSTAN CITIES

Territorial development in Kazakhstan is characterized by uneven distribution of resources and population settlement, forming zones of attractiveness and regions that remain undeveloped and unattractive for the majority of the country's population. Large cities with attractive living conditions, where there is a concentration of labor (talented youth and specialists), along with managed urbanization, are seen as a factor in the economic growth of regions and an improvement in the quality of life of the population. In this context, the ability of a place to attract migrants is essential for enhancing its economic competitiveness and innovative potential. In this work, the authors set the task of studying the migration attractiveness of the largest Kazakhstani cities in order to identify the relationship between the migration balance and indicators of their socio-economic attractiveness. The authors suggest that the migration attractiveness of cities is determined by the state of socio-economic development. To analyze the role of individual factors in the formation of migration processes based on the concept of sustainable development, a correlation analysis of the country's cities was carried out according to the main indicators of socio-economic development. Cities are characterized by a stable population inflow over the studied years and migration processes depend on the social and economic indicators of urban development. The identified indicators of urban migration attractiveness can be taken into account when developing a system of regional standards for large cities.

Key words: city, urban population, indicators, migration, migration attractiveness, migration growth, urbanization.

С.С. Серікжанова^{1*}, А. Алданғарқызы²

¹Әл-Фараби атындағы Қазақ ұлттық университеті, Қазақстан, Алматы қ.

²Қазақстан Республикасы Стратегиялық жоспарлау және реформалар агенттігі
Ұлттық статистика бюросы, Қазақстан, Нұр-Сұлтан қ.

*e-mail: sabira.serikzhanova@kaznu.kz

Көші-қон тартымдылығы Қазақстан қалаларының даму факторы ретінде

Қазақстанның аумақтық дамуы ресурстардың біркелкі бөлінбеуімен және халықтың біркелкі қоныстанбауымен сипатталады. Тартымдылықтың негізгі аймақтарымен қатар ел тұрғындарының көпшілігі үшін әлі де дамымаған және тартымсыз болып қалатын өңірлер бар. Жұмыс күші (дарынды жастар мен мамандар) шоғырланған тартымды өмір сүру жағдайлары бар ірі қалалар басқарылатын урбанизациямен қатар аймақтардың экономикалық өсуіне және халықтың өмір сүру сапасының жақсаруына ықпал етеді деп есептеледі. Бұл тұрғыда аймақтың қоныс аударушыларды тарту мүмкіндігі оның экономикалық бәсекеге қабілеттілігін және инновациялық әлеуетін арттыру үшін маңызды. Берілген жұмыста авторлар көші-қон балансы мен әлеуметтік-экономикалық тартымдылық көрсеткіштері арасындағы байланысты анықтау мақсатында ірі қазақстандық қалалардың көші-қон тартымдылығын зерттеу міндетін қойды. Авторлар қалалардың көші-қон тартымдылығы әлеуметтік-экономикалық даму жағдайымен анықталады деп болжайды. Тұрақты даму тұжырымдамасы негізінде көші-қон процестерінің қалыптасуындағы жеке факторлардың рөлін талдау үшін әлеуметтік-экономикалық дамудың негізгі көрсеткіштері бойынша елдің қалаларына корреляциялық талдау жүргізілді. Қалалар зерттелген жылдар аралығында халықтың тұрақты келуімен сипатталады. Көші-қон процестері қала дамуының әлеуметтік-экономикалық көрсеткіштерімен анықталады. Ірі қалалар үшін аймақтық стандарттар жүйесін әзірлеу кезінде қалалық көші-қон тартымдылығының анықталған көрсеткіштерін ескеруге болады.

Түйін сөздер: қала, қала халқы, көрсеткіштер, көші-қон, көші-қон тартымдылығы, көші-қон өсімі, урбанизация.