

УДК 332.1:330.14 (574)

Г.К. Муханова

Казахский экономический университет им. Т. Рыскулова, Казахстан, г. Алматы
E-mail: ganita73@mail.ru

Качество жизни населения, связанное со здоровьем, как основа формирования человеческого капитала в Республике Казахстан

Популяционные исследования, связанные со здоровьем населения и определением качества жизни на основе опросника SF-36, проводятся во многих странах мира, однако в Казахстане такое исследование было проведено впервые. Целью настоящей работы являлось изучение показателей качества жизни населения 6 регионов. Была использована методика оценки качества жизни населения на основании субъективного восприятия индивида (J. Ware, 1988). В основе этой методики лежит опросник MOS SF-36, который состоит из 36 вопросов, позволяющих оценить качество жизни человека, основанное на здоровье, по восьми шкалам. Всего было опрошено более 4000 человек. В статье представлены результаты исследования качества жизни женщин. Внедрение данной методологии изучения качества жизни населения в Казахстане открывает новые возможности для комплексной оценки состояния здоровья, удовлетворенности различными аспектами жизни, что позволит разрабатывать программы по повышению качества жизни, как на муниципальном, так и на региональном уровне, что в свою очередь будет способствовать качественному росту человеческого капитала.

Ключевые слова: человеческий капитал, качество жизни, здоровье, индекс качества жизни, анкеты SF-36

G.K. Mukhanova

Quality of life of the population, connected with health, as the basis of formation of the human capital in Republic of Kazakhstan

Population-based studies related to health of the population and the definition of quality of life based on the SF-36 questionnaire, carried out in many countries of the world, in Kazakhstan, such a study was conducted for the first time. The aim of the present work was to study the quality of life of the population 6 regions. Method was used assess the quality of life of the population on the basis of the subjective perception of the individual (J. Ware, 1988). The basis of this technique is the questionnaire MOS SF-36, which consists of 36 questions for assessing quality of life, based on the health of eight scales. All were interviewed more than 4,000 people. The paper presents the results of a study of quality of life of women. Implementation of this methodology for studying the quality of life in Kazakhstan opens up new opportunities for integrated assessment of health status, satisfaction with various aspects of life that will develop programs to improve the quality of life, both the municipal and regional level, which in turn will contribute to the qualitative growth human capital.

Keywords: human capital, quality of life, health, quality of life index, questionnaire SF-36

Ғ.Қ. Мұқанова

Халықтың денсаулығына қатысты өмір сүру сапасын Қазақстан Республикасында адам капиталын қалыптастырудың негізі ретінде қарастыру

Мақалада Қазақстан Республикасының әйелдерінің өмір сүру сапасын зерттеудің нәтижелерімен таныстыру көзделген. Зерттеу аймақтық деңгейде жүргізілген. Мақала мен оның негізгі қортындылары Қазақстандағы MOS SF-36 сауалнамасының негізінде халықтың өмір сүру сапасын зерттеудің әдістемелерін енгізуге негізделген, ол 36 сұрақтан тұрады. Бұл өз кезегінде өмір сүру сапасын зерттеудің аясын кеңейтіп отыр. Сонымен қатар туындаған мәселелерді жүйелі және кешенді түрде макро және микро деңгеймен қоса аймақтық контексте қарастыруға мүмкіндік тудырып отыр.

Түйін сөздер: адам капиталы, өмір сүру сапасы, денсаулық, өмір сүру сапасының индексі, SF-36 анкеттары.

В своем послании народу Казахстана 29 января 2010г. Н.А Назарбаев отметил, что успех реализации стратегии модернизации страны зависит в первую очередь от знаний казахстанцев, их социального и физического самочувствия. И главной задачей предстоящего десятилетия является улучшение качества и уровня жизни всех граждан Казахстана, укрепление социальной стабильности и защищенности [1]. На сегодняшний день изучение качества жизни населения и поиск путей его повышения, в условиях развития рыночной экономики, остается одной из приоритетных задач экономического анализа.

Важнейшим критерием качества жизни является здоровье населения. Характеристики здоровья, уровня медицинского обслуживания, а также состояния окружающей среды дают представление об основополагающих показателях, определяющих условия и качество жизни населения. Престон (Preston) [2], Роджерс (Rodgers) [3] и Вилкинсон (Wilkinson) [4] были одними из первых, получивших доказательства наличия отрицательной связи между доходами и здоровьем населения. С. Престон и позднее Роджерс обнаружили, что у тех, у кого доходы низкие, дополнительный доход сильнее влияет на здоровье (мерой которого служила смертность). Впоследствии их выводы подтвердили Вагстафф и Дурслэйр (Wagstaff A., E. van Doorslaer) [5] в 2000 году и Лунч и другие (Lynch and etc.) в 2004 году [6].

Изучая вопросы неравенства в распределении доходов и здоровья населения на примере России, Кислицина О.А. [7], доказала существование тесной взаимосвязи между всплеском неравенства в распределении доходов и катастрофическим ухудшением здоровья населения. По ее мнению, главным фактором, определяющим потенциал здоровья населения, является социально-экономическое неравенство. Если индивид имеет хорошее здоровье, то у него больше шансов заработать и получить более высокий доход. То есть всеобщий доступ к качественным медицинским услугам может снизить степень неравенства в обществе и повысить качество и уровень жизни населения страны. Таким образом, государство, создавая доступную систему здравоохранения, способную предоставить населению своевременную и качественную медицинскую помощь, способствует, тем самым,

созданию единых стартовых условий для всего населения, позволяет снизить неравенство в здравоохранении и как следствие снижает неравенство в доходах.

В то же время, по мнению Аканова А.А., Германюк Т.А., Сириной Н.В. [8], Исаева Д.С. и др. [9] социально-экономические преобразования, произошедшие в Казахстане, в последние годы, негативно отражаются на состоянии здоровья и качестве жизни населения. В ходе многочисленных исследований, проведенных Голевой О.П., Закоркиной Н.А. и др. [10], Бойко Ю.П., Добридень О.В. [11] Акановым А.А., Тулебаевым К.А., Слажневой Т.И. и др. [12] было доказано, что большая часть населения не принимает усилий для укрепления здоровья и формирования здорового образа жизни.

А ведь здоровье приобретает, в последнее время, не только статус социальной ценности, но и важнейшего экономического ресурса общества, источника экономического роста. Здоровье населения является основным фактором, определяющим трудовой потенциал страны, и уже только потом за ним следуют уровень образования, профессиональные навыки, творческие способности, уровень духовной культуры. Значение и важность сохранения здоровья неуклонно возрастает по мере роста влияния техногенных изменений окружающей среды на организм человека. Здоровье являет собой социальное благо, выступает в качестве важнейшего условия активной, творческой и полноценной жизни человека, а, следовательно, играет первостепенную роль в формировании человеческого капитала.

Изучение качества жизни с помощью опросника MOS SF-36 в международной практике является общепринятым методом оценки состояния здоровья как населения в целом, так и отдельных социальных групп [13]. При этом это достаточно высокоинформативный, чувствительный и экономичный метод, позволяющий дать количественную оценку основных характеристик жизнедеятельности человека - его физического, психологического и социального функционирования.

Популяционные исследования, связанные со здоровьем населения и определением качества жизни на основе опросника SF-36, проводятся во многих странах мира, однако в Казахстане

такое исследование было проведено впервые. Целью настоящей работы являлось изучение показателей качества жизни населения 6 регионов. Всего было опрошено более 4000 человек. В статье представлены результаты исследования качества жизни женщин. Внедрение данной методологии изучения качества жизни населения в Казахстане открывает, с нашей точки зрения, новые возможности для комплексной оценки состояния здоровья, удовлетворенности различными аспектами жизни, что позволит в свою очередь разрабатывать программы по повышению качества жизни как на муниципальном, так и на региональном уровне.

Дизайн выборки и методы исследования. С целью изучения качества жизни женщин урбанизированных регионов Казахстана Национальным Центром проблем формирования здорового образа жизни МЗ РК было проведено исследование с использованием международного опросника качества жизни MOS SF-36 Health Status Survey [14]. Размер выборки составил 2887 женщин с доверительной вероятностью 95% и доверительным интервалом $\pm 3\%$. Репрезентативность выборки была достигнута по возрасту, национальной принадлежности, месту жительства (город/село). В опросе принимали участие женщины в возрасте от 18 лет и старше, проживающие в крупных населенных пунктах урбанизированных районов Казахстана: Восточно-Казахстанской области, г. Актау, г. Экибастуз, г. Темиртау, г. Тараз и Боровое.

Методика оценки качества жизни населения на основании субъективного восприятия индивида впервые была предложена Д. Уаре (J. Ware) [15]. В основе этой методики лежит опросник MOS SF-36, который состоит из 36 вопросов, позволяющих оценить качество жизни человека,

основанное на здоровье, по восьми шкалам: физическое функционирование (PF), ролевое физическое функционирование (RP), интенсивность боли (BP), общее состояние здоровья (GH), жизненная активность (VT), социальное функционирование (SF), ролевые ограничения из-за эмоционального состояния (RE), психологическое здоровье (MH). Эти восемь показателей предназначены для измерения двух основных аспектов здоровья: физического и психического (Ware J.E., Davies-Avery A., Brook R.H., 1980, [16] McHorney C., Ware J., Raczek A., 1993 [17]). Анализ этих 8 концепций показал, что они представляют собой составные характеристики здоровья, включающие функцию и дисфункцию, стресс и благополучие, объективные и субъективные оценки, положительные и отрицательные самооценки общего состояния здоровья. Результаты проведенного нами исследования женщин урбанизированных районов показали высокую согласованность с характеристиками качества данных исследований, проведенных в других странах. Опросник SF-36 обладает надежными психометрическими свойствами и является приемлемым для проведения популяционных исследований качества жизни в Казахстане. Каждый показатель варьируется от 0 до 100 (либо 100 до 0) в зависимости от того представляют они наименее или наиболее благоприятные последствия для здоровья.

Ответы на все 36 вопросов интегрируются в восемь основных показателей состояния здоровья, после чего из них формируют два параметра: психологический и физический компоненты здоровья, а затем общий показатель – индекс качества жизни. Общая схема расчета индекса качества жизни представлена на рисунке 1.

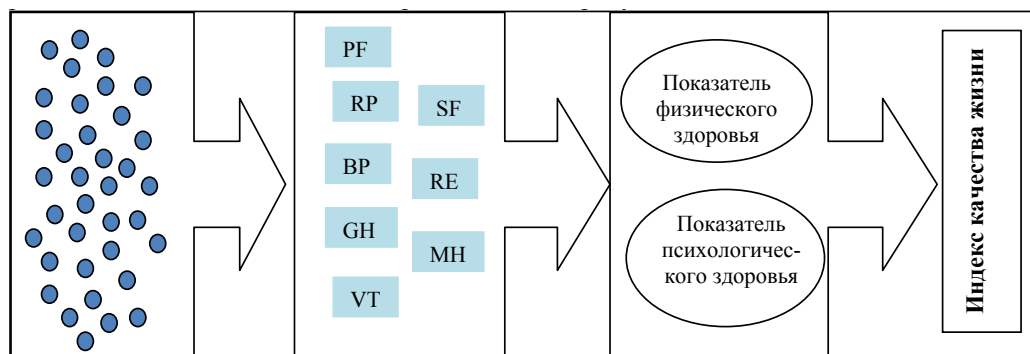


Рисунок 1 – Схема расчета индекса качества жизни*

Примечание - *Составлено авторами на основании источника [15]

Поскольку объем выборки в проведенном исследовании достаточно велик, то величина стандартной ошибки была небольшой. Для оценки надежности результатов исследования была проведена проверка внутренней согласованности и надежности применяемых критериев на основе теста альфа Кронбаха (таблица 1). Коэффициент надежности, предложенный

Ли Кронбахом [18] в 1951 году (Cronbach L. J., 1951), позволяет определить меру точности, с которой проводится тестирование некоторого признака. Результаты расчетов показали: коэффициент надежности альфа Кронбаха составил 0,7159 и является очень высоким, что свидетельствует о высокой надежности применяемых в модели критериев.

Таблица 1 – Показатели качества жизни женщин шести урбанизированных районов Казахстана*

Женщины		N	Mean	Std. Error of Mean	Std. Deviation	Alpha	Items
			Среднее	стандартная ошибка средней	Стандартное отклонение	оценка надежности	Количество пунктов
1. Физическое функционирование	PF	2625	79,6	0,37	19,1	0,874	10
2. Рольевые ограничения из-за физического здоровья	RP	2794	76,2	0,70	37,0	0,893	4
3. Рольевые ограничения из-за эмоциональных проблем (эмоциональное функционирование)	RE	2772	76,7	0,73	38,2	0,854	3
4. Жизненная активность	VT	2701	56,9	0,30	15,4	0,722	4
5. Психологическое здоровье	MH	2676	64,1	0,26	13,4	0,533	5
6. Социальное функционирование	SF	2776	83,3	0,40	21,2	0,699	2
7. Интенсивность боли	BP	2808	79,3	0,48	25,2	0,889	2
8. Общее состояние здоровья	GH	2732	61,8	0,37	19,5	0,553	5
9. Изменения в здоровье	HC	2887	48,6	0,33	17,8	-	1

*Источник: расчеты проведены авторами при использовании пакета анализа SPSS 11.0

Для показателей «физическое функционирование», «ролевые ограничения из-за физического здоровья», «ролевые ограничения из-за эмоциональных проблем (эмоциональное функционирование)» и «интенсивность боли» коэффициент альфа составил больше 0,8, что говорит о хорошей надежности полученных данных, эти показатели вносят существенный вклад в формирование интегрированного индекса качества жизни. Показатели «жизненная активность» и «социальное функционирование» также достаточно надежны ($\alpha=0,7$ и выше). Показатели «психологического здоро-

вья» и «общего состояния здоровья» имеют низкую надежность, но так как $\alpha>0,5$, то все-таки их можно использовать при оценках, но с некоторой оговоркой.

Оценка качества жизни женщин шести регионов Казахстана. Общий агрегированный индекс качества жизни по всей выборке составил 71,3 балла (из 100 возможных). Суммарная оценка по всем шкалам качества жизни, среди изучаемой группы в целом, не превышала 75 баллов. При этом нормированные показатели не отклонялись от нормы, принятой для выборки США более, чем на 1 SD, что считается нормой (рисунок 2).

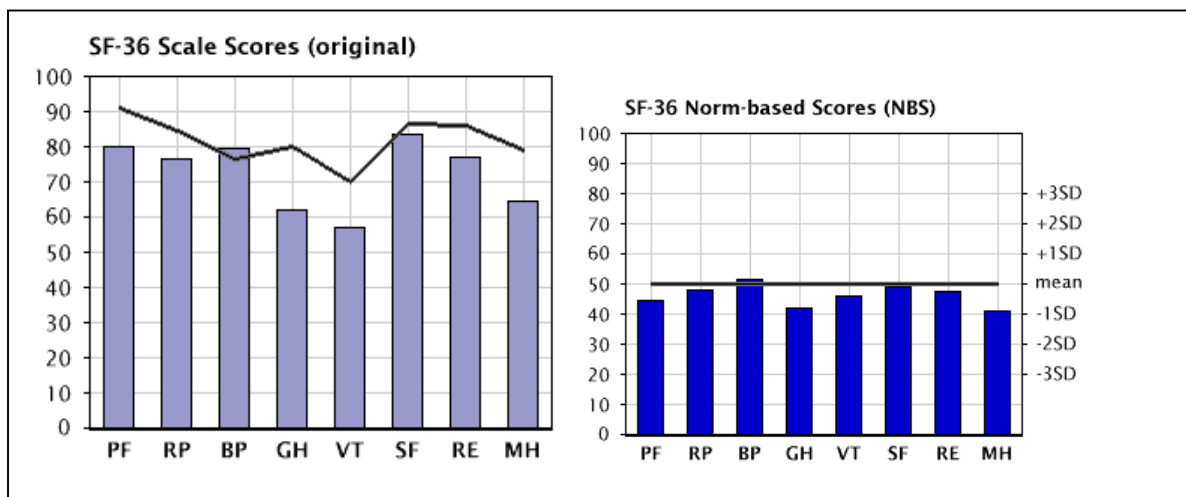


Рисунок 2 – Показатели качества жизни среди женщин 6 урбанизированных районов Казахстана*.
*Источник: расчеты проведены авторами с использованием пакета анализа SPSS 11.0 и источника [19]

Распределение среднестатистических оценок качества жизни было следующим:

1) Физическое функционирование (Physical Functioning, PF) – шкала, позволяющая оценить физическую активность индивида. Чем выше показатель, тем большую физическую нагрузку человек может выполнить. Если же получены низкие баллы, то физическая активность значительно ограничена состоянием здоровья (В.Н.Амирджанова и др., 2008) [20]. В целом по исследуемой выборке получена оценка в 79,6 баллов, то есть физическое состояние опрошенных женщин в малой степени ограничивает их в выполнении физических нагрузок (самообслуживание, ходьба, подъем по лестнице, переноска тяжестей и т.п.).

2) Ролевое физическое функционирование (Role Physical, RP) показывает насколько физическое самочувствие ограничивает выполнение обычной работы: чем выше показатель, тем меньше, по мнению респондента или пациента, проблемы со здоровьем ограничивают их повседневную деятельность. В результате исследования была получена оценка ролевого физического функционирования - 76,2 балла, то есть респонденты не испытывают значительного влияния физического состояния на повседневную ролевую деятельность (работу, выполнение повседневных обязанностей).

3) Ролевое эмоциональное функционирование (Role Emotional, RE) предполагает оценку того, насколько эмоциональное состояние меша-

ет выполнению работы или другой обычной повседневной деятельности, включая увеличение затрат времени на их выполнение, уменьшение объема сделанной работы, снижение ее качества. Данный показатель составил 76,7 балла, что свидетельствует о том, что эмоциональное состояние в значительной степени не мешает опрошенным женщинам в выполнении повседневной работы.

4) Шкала жизненной активности (Vitality, VT) была оценена респондентами на 56,9 балла – крайне низкий показатель, что свидетельствует об утомлении, снижении жизненной активности среди опрошенных женщин.

5) Психологическое здоровье (Mental Health, MH) характеризует настроение, наличие депрессии, тревоги, оценивает общий уровень положительных эмоций. Если показатель высокий, то респонденты чувствовали себя спокойными, умиротворенными в течение последнего месяца. По результатам исследования данный показатель составил 64,1 балла, что свидетельствует о наличии депрессии, тревожных переживаний, психическом неблагополучии среди женщин.

6) Социальное функционирование (Social Functioning, SF) оценивает удовлетворенность респондентов уровнем своей социальной активности (общение, проведение времени с друзьями и семьей и т.д.). Данный показатель имеет довольно высокое значение - 83,3 балла, то есть, женщины имеют много общения, социальных контактов, они не ограничены в общении из-за

своего физического или эмоционального состояния.

7) Интенсивность боли (Bodily Pain, BP) оценивает интенсивность болевого синдрома и его влияние на способность заниматься нормальной деятельностью. Полученный показатель равен 79,3 балла, следовательно влияние испытываемой

боли на способность заниматься повседневной деятельностью, включая работу по дому и вне дома среди опрошенных женщин невысоко.

8) Общее состояние здоровья (General Health, GH) - 61,8 балл. Респонденты в момент опроса невысоко оценивали состояние своего здоровья, перспектив лечения и сопротивляемость болезни.

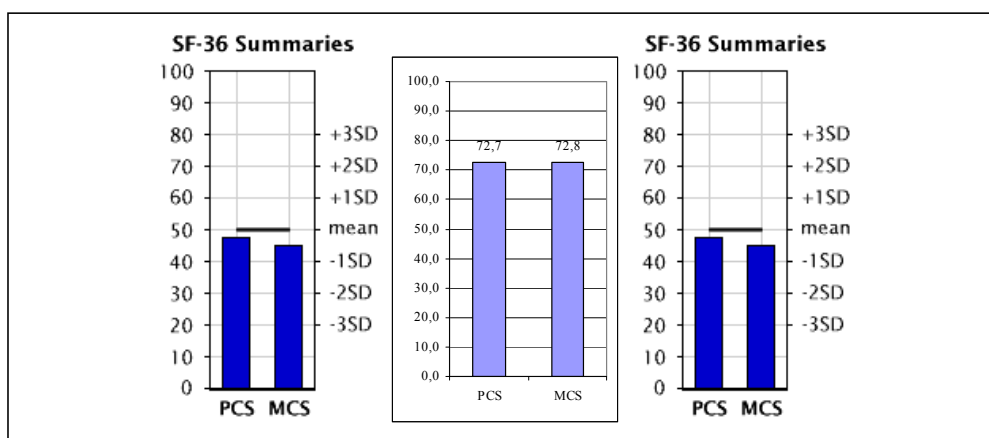


Рисунок 3 – Нормированные и интегральные показатели физического и психологического здоровья женщин*

*Источник: расчеты проведены авторами при использовании пакета анализа SPSS 11.0 и источника [19]

Агрегированные показатели физического и психологического здоровья не превышали 73 баллов из 100 возможных и составили 72,4 и 72,1 соответственно. Нормализованные пока-

затели физического и психологического здоровья женщин исследуемых районов только немного ниже стандарта, принятого в США (рисунок 3).

Таблица 2 – Статистики t-критерия для показателей MCS и PCS по SF-36

Показатели	N	Среднее	Стд. отклонение	Стд. ошибка среднего		
физическое здоровье	2520	72,8	21,48	0,43		
психологическое здоровье	2513	72,7	14,85	0,29		
	t	ст.св.	Значимость (2-сторонняя)	Разность средних	95% доверительный интервал разности средних	
					Нижняя граница	Верхняя граница
физическое здоровье	170,2	2519	,000	72,82	71,99	73,67
психологическое здоровье	245,6	2512	,000	72,75	72,17	73,34

Источник: расчеты проведены автором при использовании пакета анализа SPSS 11.0

Проведенные оценки проверки равенства средних значений с применением t-критерия показывают, что среди женщин средние показатели физического и психологического здоровья

равны (очень близки), то есть мы можем сделать вывод о том, что эти два вида здоровья в одинаковой степени важны для них (таблица 3).

Следует отметить, что между обобщенными

показателями физического и психологического здоровья, а также индексом качества жизни и местом жительства, семейным положением женщины и уровнем образования наличие значимых корреляционных связей также не обнаружено.

В Казахстане, в последнее время, наблюдается сильная экономическая дифференциация по регионам: в регионах разный уровень экономического развития, сильные различия в уровне бедности, разные показатели здравоохранения, разный уровень развития инфраструктуры, обеспечивающий населению нормальный образ жизни. Поэтому интересным является изучение показателей качества жизни женщин в разрезе исследуемых регионов. Как мы уже отмечали выше в выборку вошли 6 регионов: крупные населенные пункты Восточно-казахстанской области, г. Актау, г. Экибастуз, г. Темиртау, г. Тараз и Боровое.

Оценка физического здоровья. Наиболее высокие показатели оценки физического здоровья были получены в г. Экибастуз (78,9), г. Актау (74,9), самые низкие в г. Темиртау (64,1) и Боровом (67,8). То есть, мы можем говорить о том, что в Темиртау опрошенные женщины имеют низкое качество жизни из-за состояния здоровья.

Оценка психологического здоровья. Наиболее высокие показатели оценки психологического здоровья были получены в г. Актау (79,5) и г. Экибастуз (77,3), самые низкие в Восточно-Казахстанской области (65,7%), Боровом (66,4%) и Темиртау (67,0).

Оценка качества жизни женщин. Наиболее высокие показатели интегрального индикатора качества жизни здоровья были получены в городах Актау и Экибастуз (78,1 и 77,4 соответственно), самые низкие в Восточно-Казахстанской области, Боровом и Темиртау (68,3; 67,3; 65,7).

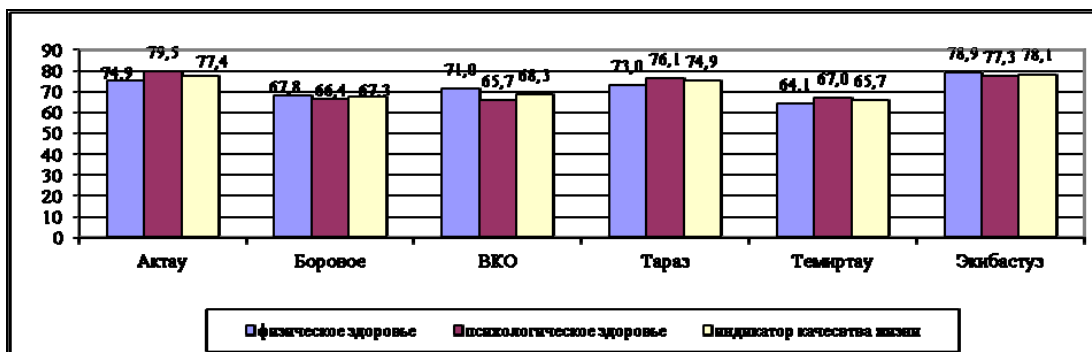


Рисунок 4 – Показатели качества жизни женщин в разрезе региона
Источник: расчеты проведены автором при использовании пакета анализа SPSS 11.0

Анализ показателя «физическое функционирование» в разрезе регионов показал, что наибольшую физическую нагрузку, по самооценке респондентов, могут выполнить женщины, проживающие в г. Экибастузе (85,8 балл). Самый низкий показатель характерен для женщин опрошенных в городе Темиртау, то есть в этом городе женщины наиболее сильно ограничены в физической активности из-за состояния здоровья (диаграммы ниже).

Разброс, в разрезе регионов по показателю «ролевые ограничения из-за физического здоровья», не такой сильный, как по показателю «физическое функционирование». Тем не ме-

нее, в двух регионах – Темиртау и Боровое эти показатели составили менее 70 баллов, то есть опрошенные женщины этих регионов в своей повседневной деятельности ограничены своим физическим состоянием.

В городах Боровое и Темиртау получены низкие оценки (66,8 и 63,4) показателя «ролевые ограничения из-за эмоциональных проблем», что означает: эмоциональное состояние мешает опрошенным женщинам из этих регионов выполнять работу или другую обычную повседневную деятельность, и им, возможно, требуется профессиональная помощь.

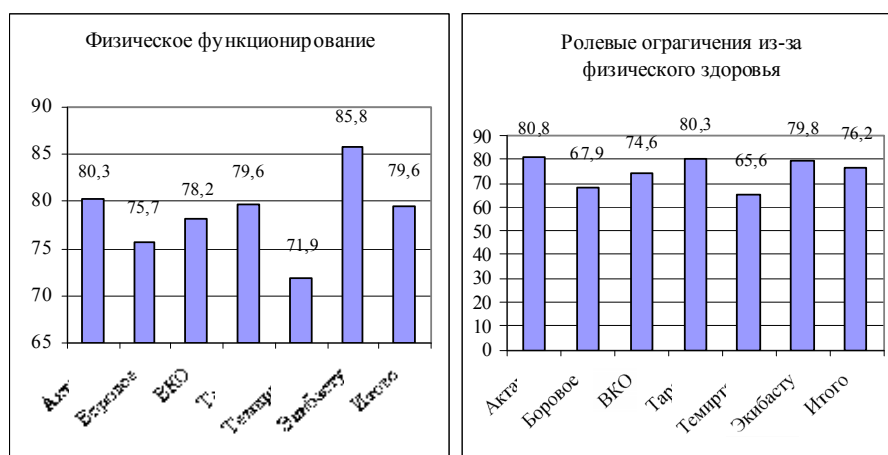


Рисунок 5 – Показатели «физическое функционирование» и «ролевые ограничения из-за физического здоровья» у женщин в разрезе региона

Источник: расчеты проведены автором при использовании пакета анализа SPSS 11.0

К сожалению, мы вынуждены констатировать, что опрошенные женщины не ощущают себя полными сил и энергии, данный показатель по всем регионам не превысил 60 баллов, а в Таразе достигнута минимальная оценка – 54,3 бала. Это является тревожным сигналом, так как психологическое восприятие индивидом своего здоровья, как психологического, так и физического является важным факторов, влияющим на его состояние.

Показатель «психическое здоровье» доволь-

но низкий, при чем наиболее низкий уровень наблюдается в Восточно-казахстанской области, г. Актау и г. Боровое (61,7; 62,9 и 63 балла соответственно). Это может говорить о том, что женщины в этих городах склонны к депрессиям, тревожным переживаниям. В других регионах этот показатель также не превышает 68 баллов. Тем не менее, по данному показателю, возможно, требуются дополнительные исследования, так как тест альфа Кронбаха показал недостаточную надежность этого индикатора.

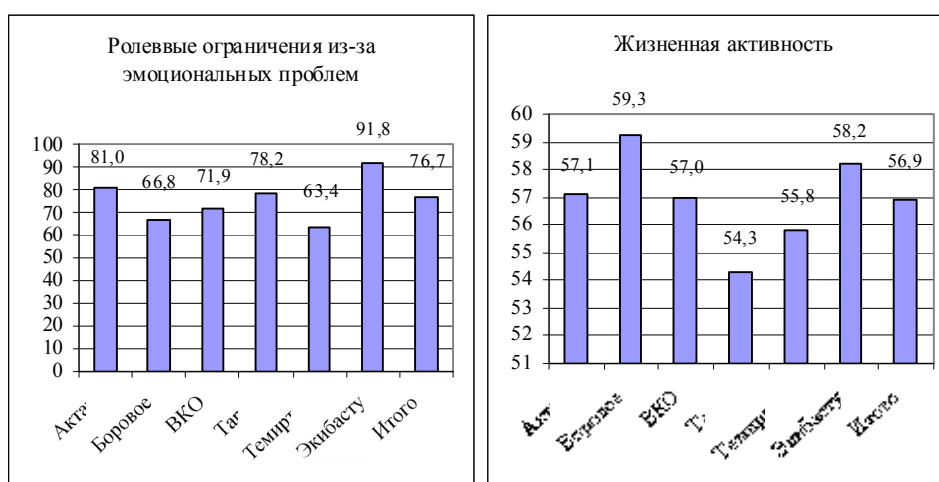


Рисунок 6 – Показатели «жизненная активность» и «ролевые ограничения из-за эмоциональных проблем» у женщин в разрезе региона

Источник: расчеты проведены автором при использовании пакета анализа SPSS 11.0

Показатели социального функционирования достаточно высоки, особенно в г. Актау (95,7) и г. Экибустузе (94,9), что говорит о том, что женщины не испытывают в данных регионах недостатка социальных контактов, у них достаточно высокий уровень общения. В г. Темиртау данный

показатель низок (69,9 баллов), а также низкий уровень присущ женщинам из г. Боровое и из ВКО, что может свидетельствовать о некотором сокращении социальных контактов и общения в связи с ухудшением физического и эмоционального состояния.

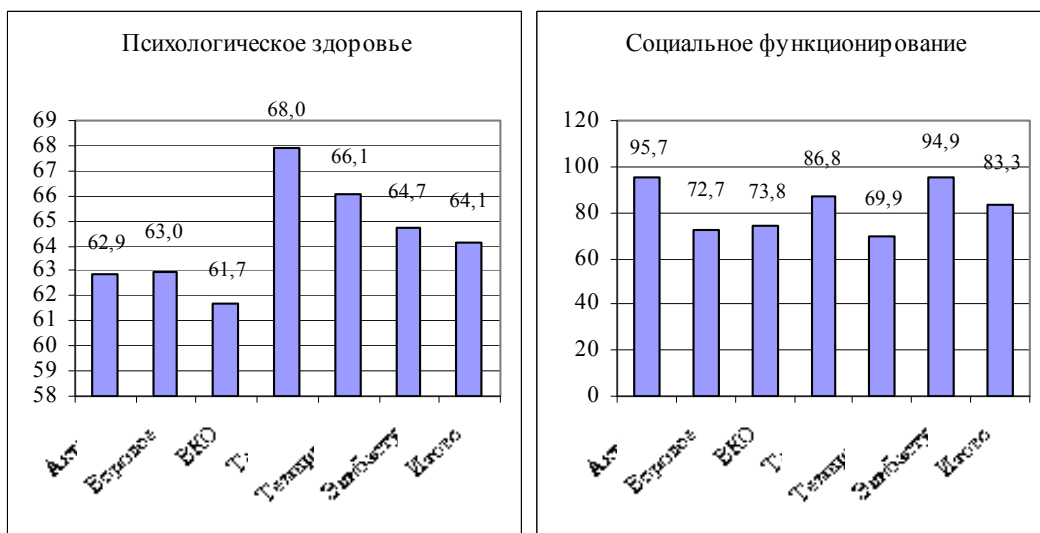


Рисунок 7 – Показатели «психологическое здоровье» и «социальное функционирование» у женщин в разрезе региона
 Источник: расчеты проведены автором при использовании пакета анализа SPSS 11.0

Показатель оценки общего состояния здоровья низкий для всех регионов (ни в одном регионе он не набрал даже 70 баллов). По показателю «интенсивность боли» низкие оценки были получены в

ВКО и г. Темиртау, то есть женщины в этих районах испытывают боль, связанную с состоянием здоровья, которая мешает им в повседневной жизни. В остальных регионах этот показатель в норме.

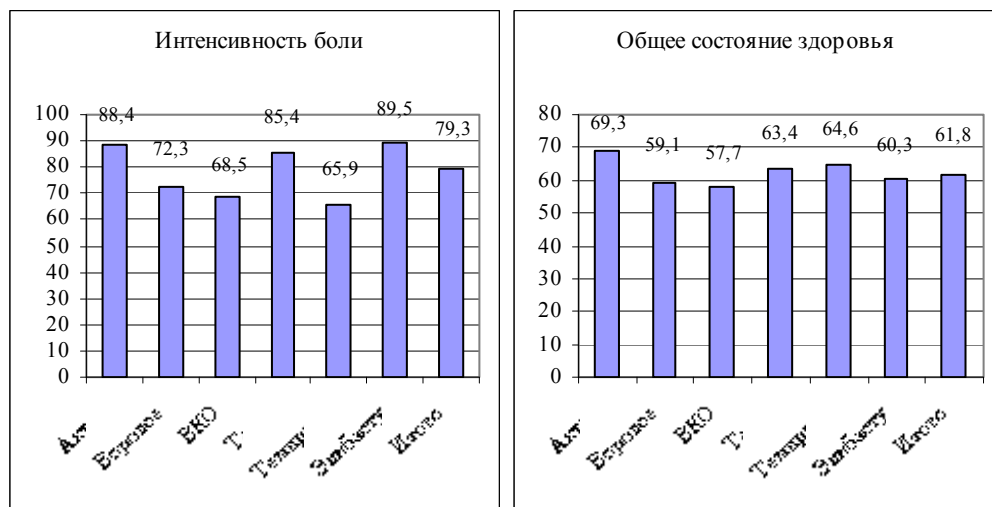


Рисунок 8 – Показатели «интенсивность боли» и «общее состояние здоровья» у женщин в разрезе региона
 Источник: расчеты проведены автором при использовании пакета анализа SPSS 11.0

Полученные результаты (выводы). Вопросы квалиметрии жизни (теории измерений и оценки качества жизни) на сегодняшнем этапе экономического развития Казахстана имеют важнейшее значение. В Послании Президента Республики Казахстан Н.А.Назарбаева народу Казахстана «Социально-экономическая модернизация – главный вектор развития Казахстана» [21], сделанного в январе 2012 г., необходимость повышения качества жизни населения выделена как приоритетное направление государственной политики. Одной из задач, поставленной главой государства перед народом, является качественный рост человеческого капитала в Казахстане. Повышенный интерес к проблеме качества жизни связан с пониманием обществом глобальных проблем современной жизни, вызванных расширением угрозы экономического кризиса, экологического неблагополучия, ухудшением здоровья населения (Л. А. Терентьев, 2009) [13]. Ведь качество жизни – понятие, которое играет немаловажную роль во всех сферах жизнедеятельности современного общества, а конечная цель активности всех институтов общества – это благополучие человека. И здесь важным направлением повышения уровня человеческого потенциала является повышение доступности и качества оказания медицинских услуг, а также продвижение здорового образа жизни.

Качество жизни, являясь интегральной характеристикой физического, психологического, эмоционального и социального функционирования индивида, основанной на его субъективном восприятии, безусловно всегда связано со здоровьем. Опросник SF-36, разработанный и протестированный учеными и экспертами ведущих мировых клинических центров в соответствии с принципами доказательной медицины и требованиями Good Clinical Practis (GCP), создали возможность количественной оценки этого субъективного понятия, что позволило расширить представление состоянии здоровья как населения в целом, так и отдельных социальных групп. Используемый метод исследований позволил дать количественную оценку характеристик жизнедеятельности женщин шести урбанизированных районов Казахстана – их физического, психологического и социального функционирования. В Казахстане популяци-

онные исследования, связанные со здоровьем и определением качества жизни, до сих пор не проводились, поэтому представленный опыт будет интересен большому кругу экспертов.

Анализ стандартизованных показателей качества жизни группы популяционного контроля показал, что женское население исследуемых регионов характеризуется показателями физического и психологического здоровья чуть ниже норм, принятых для населения США, но при этом отклонения находятся в допустимых пределах. Самые высокие показатели в целом по всей группе опрошенных женщин отмечены по шкалам социальное функционирование; самые низкие – по шкале жизненная активность. В то же время, учитывая имеющуюся в Казахстане резкую дифференциацию в уровне жизни по регионам, мы провели оценку данных показателей в зависимости от региона проживания. В исследуемой популяции женщин показатели качества жизни в г. Актау по всем шкалам наиболее высокие, при этом самые низкие оценки получены в г. Темиртау. В крупных населенных пунктах Восточно-казахстанской области и г. Темиртау наблюдаются наиболее низкие значения физического и психологического здоровья женщин, что, скорее всего, объясняется экономическими и экологическими условиями проживания в данных регионах.

Применение опросника SF-36 продемонстрировало возможность использования данного метода для контроля за показателями качества жизни и оценки эффективности проводимых мероприятий по улучшению качества жизни населения. Полученные данные позволяют сделать вывод о том, что данная методика исследования вполне приемлема для Казахстана, и это открывает новые возможности для комплексной оценки состояния здоровья, удовлетворенности различными аспектами своей жизни. Проведение в последующем подобных исследований с репрезентативной выборкой по всему Казахстану позволит дать количественную оценку качества жизни населения страны, которую затем можно использовать при разработке социально-экономических программ развития регионов и различных социальных групп, что, в свою очередь, позволит разрабатывать программы по повышению уровня и качества человеческого капитала.

References

1. Address by the President of the Republic of Kazakhstan Nursultan Nazarbayev to the People of Kazakhstan. 29 января 2010 года. Новое десятилетие – Новый экономический подъем – Новые возможности Казахстана. <http://www.akorda.kz/> last accessed April, 18, 2012
2. Preston SH. The changing relation between mortality and level of economic development. *Popul. Stud.* 1975. 29:231-48
3. Rodgers, G.B. Income and Inequality as Determinants of Mortality: An International Cross-Section Analysis. *Population Studies.* 1979. 33(2): 343-351.
4. Wilkinson, R.G. Income Distribution and Life Expectancy. *BMJ: British Medical Journal.* 1992. 304(6820): 165-168.
5. Wagstaff A., E. van Doorslaer Income Inequality and Health: What Does the Literature Tell Us? // *Annual Review of Public Health.* 2000. 21:543–67
6. Lynch, J., G.D. Smith, G.A. Kaplan, and J.S. House. Income inequality and mortality: importance to health of individual income, psychosocial environment, or material conditions. 2000. *BMJ* 320(7243): 1200-1204
7. Kislitsina O. Neravenstvo v rasredelenii dohodov i zdorovia v sovremennoi Rossii. М.: RIC ISEPN. 2005. 376 с.
8. Akanov A.A., Germanuk T.A., Sirina N.V. Katchestvo zhizni kak kriteriy ozenki effektivnosti sushestvuyushey systemy zdavoohraneniya // *Problemy socialnoy mediciny I upravleniya zdavoohraneniem.*-1997.-№5.
9. Isaev D.C., Tretyakova C.N., Dzhulanova K.N., Balmahaeva R.M., Kalmahanov C.B. O nekotorykh aspektakh katchestva zhizni naseleniya Respubliki Kazakhstan na sovremennom etape // *Problemy socialnoy mediciny I upravleniya zdavoohraneniem.* – А., 2005. - №35. – с. 69-72.
10. Goleva O.P., Sakorkina N.A., Popushanskiy V.G., Blinova E.G. Fprmirovanie khronicheskikh sabolevaniy u podrostkov // *Problemy socialnoy mediciny I upravleniya zdavoohraneniem.* – 2005. -№6. – с.16-18
11. Boiko U.P., Dobriden O.V., Boiko A.U. Obraz zhizni I zdorovie pozhilih ludey // *Problemy socialnoy gigieny, zdavoohraneniya I istorii mediciny.* – 2005. -№6. – с.18-19.
12. Akanov A.A., Tulebeyev K.A., Slazheneva T.I., Haydarova T.C., Seydumanov C.T. Politika formirovaniya zdorovogo obraza zhizni v Respublike Kazakhstan: stanovlenie I razvitie. Almaty, 2010
13. Terentyev L.A. Katchestvo zhizni naselenis regiona (na primere Krasnodarskogo kraya) // *Vestnik Sankt-Peterburgskogo universiteta.* Ser. 11. 2009. Vyp. 1 s. 176-183
14. Ware. John E. MOS SF-36 Health Status Survey. *SPINE*, 2000. Volume 25, Number 24, pp 3130–3139
15. Ware JE. How to Score the Revised MOS Short-Form Health Scale (SF-36®). Boston, MA: The Health Institute, New England Medical Center Hospitals, 1988.
16. Ware, J.E., Brook, R.H., Davies-Avery, A., et al. (1980a) Conceptualization and Measurement of Health for Adults in the Health Insurance Study: Vol. I, Model of Health and Methodology, The RAND Corporation, R-1987/1-H EW.
17. McHorney C., Ware J., Raczek A., 1993
18. Cronbach, L. J., Coefficient alpha and the internal structure of tests; *Psychometrika*, 16, 297-334; 1951
19. SF-36® PCS, MCS and NBS Calculator. <http://www.sf-36.org/nbscalc/index.shtml>. last accessed April, 18, 2012
20. Amirdjanova V.N., Goryatchev D.N., Korshunov N.I., Rebrov A.P., Sorockaya V.N. Populationnye pokazateli katchestva zhizni po oprosniku SF-36 (resultaty mnogomernogog issledovaniya katchestva zhizni «MIRAZH»), *Nauchno-prakticheskaya revmatologiya*, № 1, 2008
21. Address by the President of the Republic of Kazakhstan Nursultan Nazarbayev to the People of Kazakhstan. Socio-Economic Modernization as Main Vector of Development of Kazakhstan, January 27, 2012. <http://www.akorda.kz/> last accessed April, 18, 2012.