

УДК 616-053.9:314

А.К. АБИКУЛОВА, А.К. ЕШМАНОВА, А.И. НУФТИЕВА, А.И. ИГИСЕНОВА,
Л.А. АЛМАГАМБЕТОВА, Г.Б. УМУТБАЕВА

Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы

САМООЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ ГОРОДА АЛМАТЫ



Абикулова А.К.

Самооценка здоровья считается простым и достоверным показателем здоровья, который широко используется в популяционных эпидемиологических исследованиях как предиктор общей заболеваемости и смертности в развитых и развивающихся странах. Однако наше исследование явилось первым подобным исследованием в Казахстане.

Цель исследования – оценить влияние некоторых социальных факторов на самооценку здоровья у пожилых людей города Алматы.

Материал и методы: всего в исследовании было предложено принять участие 1500 случайно выбранным лицам в возрасте 45 лет и старше, согласились 1199 человек, из которых 908 составили лица пожилого возраста (от 60 лет и старше). Респондентам было предложено оценить собственное здоровье как плохое, удовлетворительное, хорошее и отличное. Нами был применен критерий Хи-квадрат для изучения связи между степенью удовлетворенности респондентами собственным здоровьем и такими социальными признаками, как пол, возраст, образование и материальное положение.

Результаты и обсуждение: большинство участников исследования ($62,5 \pm 1,61\%$) оценили свое здоровье как удовлетворительное, $18,2 \pm 1,28\%$ отметили хорошее здоровье, $17,3 \pm 1,26\%$ плохое и только $2,0 \pm 0,46\%$ сообщили об отличном здоровье. Статистически достоверно, что женщины оценивают свое здоровье хуже, чем мужчины ($\chi^2 22,5, p \leq 0,001$). Чем выше образование у лиц пожилого возраста, тем выше они оценивают собственное здоровье ($\chi 49,3, p \leq 0,001$). Чем старше были участники, тем хуже они оценивали свое здоровье ($\chi^2 = 43,2, p \leq 0,001$), а также, чем выше материальное положение у пожилых, тем лучше они оценивают собственное здоровье ($\chi^2 = 109,5, p \leq 0,001$).

Выводы: установлено влияние возраста, пола, образования и особенно материального положения на самооценку здоровья среди пожилых в городе Алматы.

Ключевые слова: самооценка здоровья, пожилые люди, постарение населения.

Современная демографическая ситуация в Казахстане характеризуется устойчивой тенденцией – динамичным увеличением доли лиц пожилого возраста, что соответствует общемировому процессу старения населения. Согласно прогнозам ООН, к 2050 г. число пожилых людей составит около 1,5 млрд., что соответствует 14,7% от общей популяции [1, 2, 3].

Здоровье населения является важным показателем благосостояния страны, отражением качества жизни ее граждан. При изучении здоровья населения нередко используется такой показатель, как самооценка здоровья.

Самооценка здоровья считается простым и достоверным показателем здоровья, который широко используется в популяционных эпидемиологических исследованиях как предиктор общей заболеваемости и смертности в развитых и развивающихся странах. Однако, наше исследование явилось первым подобным исследованием в Казахстане. Цель исследования – оценить влияние некоторых социальных факторов на самооценку здоровья у пожилых людей города Алматы.

Материал и методы

Исследование проводилось в рамках научно-технической программы Казахского национального медицинского университета им. С.Д. Асфендиярова: «Разработка модели (программы) антистарения в обеспечении активного долголетия лиц пожилого возраста Казахстана». Пройти анкетирование было предложено 1800 респондентам от 45 лет и старше, согласились 1620 человек Алмалинского района на базе Городской поликлиники №8 города Ал-

маты с привлечением 25 сотрудников КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова. Все анкеты имеют уникальный код респондента для объединения всей персонифицированной информации.

Из общего объема выборки для анализа результатов, представленных в данной научной статье, нами были отобраны материалы исследования, касающиеся населения старше 60 лет, т.е. лиц старшего возраста, которые составили 908 единиц исследования.

Специально разработанная «Анкета по изучению состояния здоровья и качества жизни лиц пожилого возраста» включила в себя 165 вопросов, логически сгруппированных по общему и специальному блокам. В общем блоке анкеты содержатся 65 вопросов, касающихся объективного положения и статуса опрашиваемого (пол, возраст, национальность, образование, род занятий, семейное положение) с характеристикой жилищных условий, материальной помощи и трудовой деятельности. Кроме этого, также включены вопросы по оценке здоровья, факторов образа жизни, доступности и удовлетворенности населения оказанной медицинской помощью, по выяснению отношения населения к врачу, к организации медицинской помощи и социального обслуживания.

Часть I содержит некоторые вопросы о социальном положении респондента (доход семьи и расход на лекарства, оценка психологической обстановки в семье, нуждаемость в социальной помощи, характер труда и производственные вредности).

Часть II – самооценка здоровья.

Часть III – некоторые факторы образа жизни респондента.

Часть IV – некоторые особенности питания.

Часть V – физическая активность.

Часть VI – вопросы по качеству медицинской помощи.

Для снижения напряжения со стороны отвечающего и возможности сопоставления ответов анкета содержит вопросы с вариантами ответов в самой их формулировке, в том числе альтернативные, требующие выбора одного из предложенных взаимоисключающих вариантов.

Результаты

Большинство участников исследования ($62,5 \pm 1,61\%$) оценили свое здоровье как удовлетворительное, $18,2 \pm 1,28\%$ отметили хорошее здоровье, $17,3 \pm 1,26\%$ плохое и только $2,0 \pm 0,46\%$ сообщили об отличном здоровье (табл. 1).

В исследуемой когорте распределение респондентов по полу представлено следующим образом: женщин – $58,0 \pm 1,64\%$, мужчин – $42,0 \pm 1,64\%$.

Среди женщин $65,5 \pm 2,07\%$ оценили свое здоровье как удовлетворительное, среди мужчин – $58,0 \pm 2,53\%$. О плохом здоровье сообщили $17,6 \pm 1,66\%$ женщин против $12,9 \pm 1,72\%$ мужчин.

Хорошо и отлично оценили свое здоровье $25,7 \pm 2,24\%$ и $3,4 \pm 0,93\%$ респондентов мужского пола, тогда как среди женщин эти показатели снижены до $15,9 \pm 1,59\%$ и $0,9 \pm 0,41\%$, соответственно. Статистически достоверно, что женщины оценивают свое здоровье хуже, чем мужчины ($\chi^2=22,5$, $p \leq 0,001$).

По уровню образования опрашиваемые распределились следующим образом: незаконченное среднее ($4,8 \pm 0,71\%$), среднее ($25,3 \pm 1,44\%$), среднее специальное ($25,7 \pm 1,45\%$) и высшее ($44,2 \pm 1,65\%$).

При анализе влияния образования респондентов на самооценку здоровья установлено, что лица с незаконченным средним образованием отмечали удовлетворительное состояние здоровья в $59,1 \pm 7,41\%$, плохое в $31,8 \pm 7,02\%$, хорошее в $6,8 \pm 3,80\%$ и отличное в $2,3 \pm 2,26\%$ случаев.

Участники исследования со средним образованием ($64,3 \pm 3,16\%$) чаще сообщали об удовлетворительном здоровье, затем о плохом ($20,9 \pm 2,68\%$), о хорошем ($13,0 \pm 2,22\%$) и об отличном лишь – $1,7 \pm 0,85\%$.

Со средним специальным образованием $63,5 \pm 3,15\%$ ЛСВ удовлетворены собственным здоровьем, $18,0 \pm 2,52\%$ считают свое здоровье плохим, $15,5 \pm 2,37\%$ хорошим и $3,0 \pm 1,12\%$ отличным.

Среди опрашиваемых с высшим образованием удовлетворительным отметили здоровье $60,8 \pm 2,44\%$, хорошим $28,2 \pm 2,25\%$, плохим $9,5 \pm 1,46\%$ и отличным $1,5 \pm 0,61\%$.

Таким образом, чем выше образование у лиц старшего возраста, тем выше они оценивают собственное здоровье ($\chi^2=49,3$, $p \leq 0,001$).

Также нами была проведена самооценка здоровья в зависимости от возраста. Респонденты были поделены на три возрастные группы: 60–69 лет ($49,0 \pm 1,66\%$), 70–79 лет ($38,4 \pm 1,61\%$) и 80 лет и старше ($12,6 \pm 1,10\%$).

В возрастной группе от 60 до 69 лет $58,7 \pm 2,33\%$ исследуемых отметили удовлетворительное здоровье, $26,5 \pm 2,09\%$ – хорошее, $11,9 \pm 1,53\%$ – плохое и $2,9 \pm 0,80\%$ указали на отличное состояние здоровья.

Участники исследования от 70 до 79 лет удовлетворительным отметили состояние здоровья в $65,0 \pm 2,55\%$ случаев, в $16,9 \pm 2,01\%$ было отмечено плохое здоровье, в $16,6 \pm 1,99\%$ хорошее и лишь в $1,4 \pm 0,63\%$ – отличное.

В возрасте от 80 лет и старше $68,4 \pm 4,35\%$ респондентов отметили свое здоровье как удовлетворительное, $26,3 \pm 4,12\%$ – плохое и лишь $5,3 \pm 2,10\%$ как хорошее, тогда как отличным свое здоровье в этой возрастной группе никто не оценил.

Таким образом, статистически достоверным является тот факт, что с возрастом ухудшается самооценка собственного здоровья ($\chi^2=43,2$, $p \leq 0,001$).

Также нами было проанализировано влияние материального положения на самооценку здоровья. Материальное положение было поделено на 3 группы: ниже среднего ($34,0 \pm 1,57\%$), среднее ($22,6 \pm 1,39\%$) и выше среднего ($28,5 \pm 1,50\%$). $14,9 \pm 1,18\%$ ЛСВ ответа не дали. Респондентам был задан вопрос: «Как Вы оцениваете материальное положение своей семьи?».

В группу с достатком ниже среднего вошли ответы: денег с трудом хватает на питание и на питание денег хватает, а на покупку одежды – нет; со средним достатком – денег хватает на питание, одежду и мелкую бытовую технику и денег хватает на крупную бытовую технику; с достатком выше среднего – денег хватает на всё, кроме приобретения недвижимости, и материальных затруднений не испытываем.

Итак, в группе с материальным положением ниже среднего $63,1 \pm 2,75\%$ исследуемых отметили удовлетворительное состояние здоровья, $26,9 \pm 2,52\%$ плохое, $9,7 \pm 1,68\%$ хорошее и только $0,3 \pm 0,31\%$ отличное.

В группе респондентов со средним материальным положением самооценка здоровья распределилась следующим образом: удовлетворительная – $66,3 \pm 3,30\%$, хорошая – $17,1 \pm 2,63\%$, плохая – $13,7 \pm 2,40\%$ и отличная – $2,9 \pm 1,17\%$.

И у респондентов с материальным положением выше среднего $59,5 \pm 3,05\%$ оценили свое здоровье как удовлетворительное, $4,2 \pm 1,25\%$ как плохое, $33,2 \pm 2,93\%$ и $3,1 \pm 1,08\%$ как хорошее и отличное.

Таким образом, чем выше материальное положение у лиц пожилого возраста, тем лучше они оценивают собственное здоровье ($\chi^2=109,5$, $p \leq 0,001$).

Обсуждение

При анализе самооценки здоровья большинство респондентов были женщины, имели высшее образование и принадлежали к возрастной группе 60–69 лет. При оценке материального положения каждый третий отнесен в группу с доходом ниже среднего, то есть денег не хватает на покупку продуктов питания или одежды, в то время как $14,9 \pm 1,18\%$ респондентов не указали свой доход. Более чем две трети населения в возрасте от 60 лет и старше ($79,8 \pm 1,33\%$) оценивают свое здоровье как удовлетворительное или плохое, в то время как об отличном здоровье сообщили только $2 \pm 0,46\%$. При сравнении с аналогичными исследованиями, проведенными в других странах, доля тех, кто оценил свое здоровье как плохое в нашем примере больше, чем в сопоставимых возрастных группах в Австралии, Японии и Америке и в более младших возрастных группах в Сирии [6, 7, 8, 9]. Однако, учитывая разные возрастные группы в различных исследованиях, трудно делать прямое сравнение.

Таблица 1 – Абсолютные и относительные показатели самооценки здоровья респондентов по основным изучаемым признакам в возрастной группе старше 60 лет с применением критерия χ^2 ($n = 908$)

Признак	Самооценка состояния здоровья				p
	плохо	удовлет-но	хорошо	отлично	
1	2	3	4	5	6
Пол					$\leq 0,001$
Мужской	49 (12,9)	221 (58)	98 (25,7)	13 (3,4)	
Женский	93 (17,6)	345 (65,5)	84 (15,9)	5 (0,9)	
Образование					$\leq 0,001$
Незаконченное среднее	14 (31,8)	26 (59,1)	3 (6,8)	1 (2,3)	
Среднее	48 (20,9)	148 (64,3)	30 (13)	4 (1,7)	
Среднее специальное	42 (18)	148 (63,5)	36 (15,5)	7 (3)	
Высшее	38 (9,5)	244 (60,8)	113 (28,2)	6 (1,5)	
Возраст					$\leq 0,001$
60-69	53 (11,9)	261 (58,7)	118 (26,5)	13 (2,9)	
70-79	59 (16,9)	227 (65)	58 (16,6)	5 (1,4)	
80+	30 (26,3)	78 (68,4)	6 (5,3)	0 (0)	
Материальное положение					$\leq 0,001$
Ниже среднего	83 (26,9)	195 (63,1)	30 (9,7)	1 (0,3)	
Среднее	28 (13,7)	136 (66,3)	35 (17,1)	6 (2,9)	
Выше среднего	11 (4,2)	154 (59,5)	86 (33,2)	8 (3,1)	
Нет ответа	20 (14,8)	81 (60)	31 (23)	3 (2,2)	

Учитывая, что СЗ считается простым и достоверным показателем здоровья, который широко используется в популяционных эпидемиологических исследованиях как предиктор общей заболеваемости и смертности [10], можно предположить, что общее состояние здоровья населения старше 60 лет в Казахстане хуже, чем в большинстве развитых стран, которое находит свое отражение в том, что Казахстан имеет одну из самых низких продолжительностей жизни в Европейском регионе ВОЗ [11].

Наиболее выраженное неравенство в СЗ было установлено в зависимости от материального положения ($\chi^2=109,5$, $p \leq 0,001$). Только $4,2 \pm 1,3\%$ респондентов из самой привилегированной категории сообщили о плохом здоровье, тогда как соответствующая доля среди наименее привилегированных составила $26,9 \pm 0,67\%$. Кроме того, $36,3 \pm 1,6\%$ из тех, чей доход выше среднего, сообщили о хорошем и отличном здоровье, и только $10 \pm 1,0\%$ из тех, у кого недостаточно денег, чтобы купить продукты питания или одежду, отметили хорошее или отличное здоровье. По сравнению с другими исследованиями СЗ в зависимости от материального положения в нашем исследовании наблюдаемое неравенство в СЗ больше. Различия между результатами нашего исследования с другими могут быть частично объяснены различиями между показателями доходов, а также тем, что данные о доходах трудно получить в странах бывшего Советского Союза и респонденты склонны недооценивать их реальные доходы [12]. Тем не менее, обнаружение того, что $33,4 \pm 1,2\%$ участников исследования не имеют достаточно денег, чтобы купить продукты питания или одежду, отражает бедность значительной части населения старше 60 лет и может быть одним из факторов плохого

состояния здоровья в стране в целом.

Как и в большинстве других исследований, более пожилые участники чаще сообщали о плохом здоровье, чем о хорошем ($\chi^2=43,2$, $p \leq 0,001$), а также те, кому старше 80 лет, чаще оценивали свое здоровье как удовлетворительное, чем как хорошее. Связь между СЗ и возрастом может быть объяснена худшим состоянием здоровья и большим числом хронических заболеваний среди пожилых людей [13].

Участники исследования, которые не имели высшего образования, чаще сообщали о плохом здоровье, чем о хорошем или отличном ($\chi^2=49,3$, $p \leq 0,001$). Эти результаты могут характеризовать здоровый образ жизни и, соответственно, лучшее общее состояние здоровья среди тех, кто лучше образован.

Самооценка здоровья в зависимости от пола отличается в исследованиях различных стран. Женщины чаще, чем мужчины, сообщают о плохом здоровье по результатам исследований многих стран, включая как эгалитарные общества [14], так и страны с высоким уровнем неравенства [15, 16].

Тем не менее, различия в самооценке здоровья не были зарегистрированы в Австралии и Японии, в то время как корейские мужчины чаще, чем корейские женщины, отмечали плохое здоровье.

Вывод

Таким образом, изменения в СЗ в зависимости от пола не является универсальным явлением и в Казахстане, как и в большинстве других стран, женщины, как правило, сообщали о плохом здоровье чаще, чем мужчины ($\chi^2=22,5$, $p \leq 0,001$), для выяснения причин необходимо проведение дальнейшего исследования.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Старшее поколение в Казахстане: взгляд в будущее. Национальный отчет о человеческом развитии. – Алматы, 2005. – С. 144
- 2 Аканов А.А. Старение населения // Новости здравоохранения. – 2008. – №17-18. – С. 1.
- 3 Егубаева С.А. Медико-социальные проблемы лиц старшего возраста: автореф. ... докт. мед. наук: 14.00.33. – Алматы, 2010. – 50 с.
- 4 French D.J., Browning C., Kendig H., Luszcz M.A., Saito Y., Sargent-Cox K., Anstey K.J. A simple measure with complex determinants: investigation of the correlates of self-rated health in older men and women from three continents // BMC Publ Health. – 2012. – Vol. 13. – P. 649
- 5 Sun W., Watanabe M., Tanimoto Y., Shibutani T., Kono R., Saito M., Usuda K., Kono K. Factors associated with good self-rated health of non-disabled elderly living alone in Japan: a cross-sectional study // BMC Publ Health. – 2007. – Vol. 13. – P. 297

6 Martikainen M.G., Aromaa A., Heliovaara M., Dlaukka T., Knekt P., Maatela J., Lahelma E. Reliability of perceived health by sex and age // Soc Sci Med. – 1999. – Vol. 13. – P. 1117–1122

7 Mossey J., Shapiro E. Self-rated health: a predictor of mortality among the elderly // Am J Public Health. – 1982. – Vol. 13(8). – P. 800–808

8 Idler E.L., Benyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven Community studies // J Health Soc Behav. – 1997. – N.13. – P. 21–37

9 Bobak M., Pikhart H., Hertzman C., Rose R., Marmot M. Socioeconomic factors, material inequalities, and perceived control in self-rated health: cross-sectional data from seven post-communist countries // Soc Sci Med. – 2000. – N.13(9). – P. 1343–1350

10 Grjibovski A.M., Bygren L.O., Svartbo B. Socio-demographic determinants of poor infant outcome in Northwest Russia // Paediatr Perinat Epidemiol. – 2002. – Vol. 13(3). – P. 255–262

11 Kim W.S., Cho S.I., Shin H.I., Park J.H. Identifying factors associated with self-rated health according to age at onset of disability // Disabil Rehabil. – 2012. – Vol. 13(15). – P. 1262–1270.

12 Borg V., Kristensen T.S. Social class and self-rated health: can the gradient be explained by differences in life style or work environment? // Soc Sci Med. – 2000. – Vol. 13(7). – P. 1019–1030

13 Asfar T., Ahmad B., Rastam S., Mulloli T.P., Ward K.D., Maziak W. Self-rated health and its determinants among adults in Syria: a model from the Middle East. – 2010.

14 Jylha M., Guralnik J.M., Ferrucci L., Jokela J., Heikkinen E. Is self-rated health comparable across cultures and genders? // J Gerontol. – 1998. – N.13. – P.144–152

15 McFadden E., Luben R., Bingham S., Wareham N., Kinmonth A.L., Khaw K.T. Social inequalities in self-rated health by age: cross-sectional study of 22,457 middle-aged men and women // BMC Publ Health. – 2008. – Vol. 13. – P. 230

ТҰЖЫРЫМ

**А.К. АБИКУЛОВА, А.К. ЕШМАНОВА, А.И. НУФТИЕВА,
А.И. ИГИСЕНОВА, Л.А. АЛМАГАМБЕТОВА,
Г.Б. УМУТБАЕВА**

*С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық
медицина университеті, Алматы қ.*

АЛМАТЫ ҚАЛАСЫНЫҢ ЕГДЕ ЖАСТАҒЫ ТҰРғындары ӨЗДЕРІНІҢ ДЕНСАУЛЫҚ ЖАҒДАЙЫН БАҒАЛАУЫ

Денсаулықты бағалау денсаулықтың жай және тиянақты көрсеткіші болып табылады, популяциянды эпидемиологиялық зерттеулерде дамыған және жаңадан дамып келе жатқан елдерде жалпы ауру және өлім предикторы ретінде кеңінен қолданылады. Бірақ, біздің зерттеу Қазақстанда бірінші болды.

Зерттеудің мақсаты Алматы қаласындағы егде жастағы адамдардың денсаулығын бағалауға кейбір социалды факторлардың әсерін бағалау.

Материал және әдістері: зерттеуге барлығы 1500 кездейсоқ кездескен жасы 45 және одан жоғары адамдарды қатыстыру ұсынылды, бірақ қатысуға келіскендер саны 1199 адам. Соның ішінде 908 адам егде жастағылар (60 жас және одан

жоғары). Респонденттерге өзінің денсаулық жағдайын нашар, қанағаттанарлық, жақсы және өте жақсы бағалауын ұсынды. Респонденттерге өзінің денсаулық жағдайы және келесідей социалды белгілер: жынысы, жасы, білімі және материалды жағдайын қанағаттандыру дәрежесі аралығындағы байланысты үйрену үшін бізден Хи-квадрат критеріі қолданылды.

Нәтижелер және талқылауы: зерттеуге қатысушылардың көпшілігі өзінің денсаулық жағдайын қанағаттанарлық деп (62,5±1,61%), денсаулық жағдайы жақсы деп (18,2±1,28%), нашар деп (17,3±1,26%) және денсаулық жағдайы өте жақсы (2,0±0,46%) деп бағалады. Статистикалық дәйекті түрде әйел адамдар өзінің денсаулық жағдайын ер адамдарға қарағанда нашар деп бағалайды ($\chi^2 = 22,5, p \leq 0,001$). Егде жастағы адамдардың білімі жоғары болған сайын, олар өздерінің денсаулық жағдайын жоғары бағалайды ($\chi^2 = 49,3, p \leq 0,001$). Қатысушылар қарт болған сайын, олар өзінің денсаулық жағдайын нашар деп бағалайды ($\chi^2 = 43,2, p \leq 0,001$), сонымен қатар егде жастағы адамдардың материалдық жағдайы жоғары болған сайын, олардың денсаулық жағдайын жақсы деп бағалайды ($\chi^2 = 109,5, p \leq 0,001$).

Қорытынды: Алматы қаласындағы егде жастағы адамдар арасында денсаулық жағдайын өзі бағалауы: жасына, жынысына, біліміне және айрықша материалдық жағдайына ықпал ететіндігі тағайындалды.

Негізгі сөздер: өз денсаулығын бағалау, егде жастағы адамдар, халықтың қартаюы.

SUMMARY

**A.K. ABIKULOVA, A.K. ESHMANOVA, A.I. NUFTIEVA,
A.I. IGISENOVA, L.A. ALMAGAMBETOVA,
G.B. UMUTBAEVA**

*Kazakh National Medical University n.a. S.D. Asfendiyarov,
Almaty c.*

SELF-RATED HEALTH OF ELDERLY PEOPLE IN THE CITY OF ALMATY

Introduction: self – rated health is considered a simple and reliable indicator of health, which is widely used in population epidemiological studies as a predictor of overall morbidity and mortality in developed and developing countries. However, our study was the first such study in Kazakhstan.

The purpose of the study was to evaluate the effect of some social factors on self-rated health among the elderly in Almaty.

Material and methods: A total of were invited to participate in 1500 randomly selected individuals aged 45 years and older, agreed in 1199 people. Of which 908 were persons the elderly (60 years and older). Respondents were asked to rate their health as poor, fair, good and excellent. We used chi-square test to examine the relationship between the degree of satisfaction of respondents own health and social characteristics such as gender, age, education, and financial status.

Results and discussion: The majority of survey participants (62.5±1.61%) rated their health as fair, 18.2±1.28% noted in good health, 17.3±1.26% poor and only 2.0±0.46% reported excellent health. Statistically, women rate their health worse than men ($\chi^2 = 22.5, p \leq 0.001$). The higher education in the elderly, the higher they assess their own health ($\chi^2 = 49.3, p \leq 0.001$). The older participants were, the worse they rated their health ($\chi^2 = 43.2, p \leq 0.001$), and higher financial status in the elderly, the better they assess their own health ($\chi^2 = 109.5, p \leq 0.001$).

Conclusion: established the influence age, sex, education, and especially on the financial position of self-rated health among the elderly in the city of Almaty.

Key words: self-rated health, elderly, aging population.