

Комплекс показателей по детству, принятых в общемировой практике. Казахстан, 1999.

		Значения
ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ		
Детская смертность	Показатель младенческой смертности	61.9 на 1 000
	Показатель смертности до пяти лет	71.4 на 1 000
Материнская смертность	Показатель материнской смертности	62.5 на 100 000 ¹
Недостаточность питания среди детей	Процент с низкорослостью (дети до пяти лет)	9.7
	Процент с истощением (дети до пяти лет)	1.8
	Процент с недостаточным весом тела (дети до пяти лет)	4.2
Обеспеченность чистой питьевой водой	Процент домовладений с безопасным источником водоснабжения в 15 минутах ходьбы ²	83.6
Тип туалета	Процент домовладений со смывным туалетом	47.2
Уровень образования	Процент женщин 15-49 лет с законченным начальным образованием	99.3
	Процент мужчин 15-49 лет с законченным начальным образованием	99.1
	Процент девочек 6-12 лет, посещающих школу	81.4
	Процент мальчиков 6-12 лет, посещающих школу	80.3
	Процент грамотных женщин 15-49 лет	99.8
Дети в исключительно грудной ситуации	Процент детей, являющихся полными сиротами (оба родителя умерли)	0.2
	Процент детей, не проживающих с родной матерью	6.2
	Процент детей, проживающих с единственным взрослым	5.9
ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ		
Здоровье женщин		
Межродовой интервал	Процент родов с межродовым интервалом менее 24 месяцев ³	32.3
Безопасное материнство	Процент родов с оказанием медицинской антенатальной помощи	94.4
	Процент родов с оказанием медицинской антенатальной помощи в первом триместре	46.8
	Процент родов с оказанием медицинской помощи	99.0
	Процент родов в медицинском учреждении	98.0
	Процент родов с высоким риском	38.7
Планирование семьи	Уровень распространения контрацептивных средств (любой метод, замужние женщины)	66.1
	Процент замужних женщин с нереализованными потребностями в методах планирования семьи	8.7
	Процент замужних женщин с нереализованными потребностями в методах планирования целью избежания родов с высоким риском	6.0
Питание		
Питание матери	Процент матерей с низким ИМТ	7.4
Низкий вес при рождении	Процент детей с низким весом тела при рождении (от обобщивших о весе ребенка)	7.3
Грудное вскармливание	Процент детей до 4 месяцев, находившихся на исключительном грудном вскармливании	46.6
Здоровье ребенка		
Противокоревая вакцина	Процент детей 12-23 месяцев, получивших противокоревую вакцину	86.5
Все рекомендованные ВОЗ вакцины	Процент детей 12-23 месяцев, получивших все рекомендуемые вакцины	80.5
Контроль диареи	Процент детей с диареей в предшествовавшие 2 недели, получивших оральную регидратационную терапию	32.0
Острая респираторная инфекция	Процент детей с сочетанием диареи с острой респираторной инфекцией в предшествовавшие 2 недели, получившие медицинскую помощь	48.0

¹ По данным Агентства РК по делам здравоохранения

² Водопроводная, колодезная и бутылочная вода

³ Первые роды исключены.

МЕДИКО- ДЕМОГРАФИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ КАЗАХСТАНА 1999

Академия профилактической медицины
Алматы, Казахстан

Макро Интернэшнл Инк.
Калвертон, Мэрилэнд, США



Академия
профилактической
медицины



Макро
Интернэшнл
Инк.

Ноябрь, 2000

Данная монография представляет собой обобщение результатов Программы медико-демографического исследования Казахстана (ПМДК) 1999 года, выполненной Академией профилактической медицины Казахстана при техническом содействии Макро Интернэшнл Инк (США). Финансовая поддержка программы осуществлялась Агентством США по международному развитию.

ПМДК является частью международной Программы медико-демографических исследований, предназначенной для получения и анализа информации о рождаемости, планировании семьи, здоровье матери и ребенка в различных странах мира. Дополнительную информацию о медико-демографическом исследовании Казахстана можно получить в Академии профилактической медицины Казахстана: 480008, Алматы, Республика Казахстан, ул.Клочкова, 66 (телефон: 73272-427-855; факс: 73272-429-203; e-mail: nutrit@nursat.kz). Кроме того информацию о международной Программе медико-демографических исследований можно получить в отделе медико-демографических исследований, Макро Интернэшнл Инк.: DHS, Macro International Inc., 11785 Beltsville Drive, Suite 300, Calverton, MD 20705, USA (telephone 301-572-0200; fax 301-572-0999; e-mail: reports@macroint.com).

Рекомендуемые ссылки:

Академия профилактической медицины (Казахстан) и Macro International Inc., 2000 г. *Медико-демографическое исследование Казахстана 1999 года*. Алматы, Казахстан: Академия профилактической медицины и Macro International Inc.

СОДЕРЖАНИЕ

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ	V
АВТОРЫ МОНОГРАФИИ	VI
ПРЕДИСЛОВИЕ	VIII
ОСНОВНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ КАЗАХСТАНА 1999 ГОДА	IX
КАРТА КАЗАХСТАНА	XIV
ГЛАВА 1 КАЗАХСТАН: ВВЕДЕНИЕ, ЦЕЛИ И ОРГАНИЗАЦИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ	1
<i>Торегельды Ш. Шарманов</i>	
1.1 География и население	1
1.2 История Казахстана	1
1.3 Экономика	2
1.4 Система здравоохранения и эпидемиологическая ситуация в Казахстане ...	3
1.5 Политика и программы планирования семьи	5
1.6 Система сбора медико-демографических данных в Казахстане	5
1.7 Цели и организация исследования	6
1.7.1 Разработка и внедрение статистически репрезентативной выборки	7
1.7.2 Анкеты	7
1.7.3 Обучение и полевые работы	8
1.7.4 Обработка данных	9
1.7.5 Объем исследований	9
ГЛАВА 2 ХАРАКТЕРИСТИКА ДОМОВЛАДЕНИЙ	11
<i>Адыл К. Катарбаев, Кристи Фейр</i>	
2.1 Демографические характеристики домовладений	11
2.2 Состав домовладений	13
2.3 Образовательный уровень членов домовладений	14
2.3.1 Уровень посещений учебных заведений членами домовладений	14
2.3.2 Частота посещаемости учебных заведений	15
2.3.3 Частота повторного обучения и прекращения обучения	16
2.4 Характеристика домашнего хозяйства	17
2.4.1 Наличие бытовых средств в домовладениях	18
ГЛАВА 3 ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РЕСПОНДЕНТОВ И СТАТУС ЖЕНЩИН	21
<i>Райхан М. Сиссекенова, Сунита Кишор, Эльнар А. Курмангалиева</i>	
3.1 Общая характеристика респондентов	21
3.1.1 Социально-биологическая характеристика респондентов	21
3.1.2 Уровень образования респондентов	21
3.1.3 Род занятий	21
3.1.4 Доступность средств массовой информации	26
3.2 Положение женщин	27
3.2.1 Занятость и заработок	27
3.2.2 Принятие решений и использование заработанных средств	29
3.2.3 Принятие решений по некоторым	32
домашним ситуациям	32
3.2.4 Согласие женщины с причинами избиения жены	36
3.2.5 Согласие женщин с причинами, по которым женщина отказывается . иметь половые отношения с мужем	38

ГЛАВА 4	РОЖДАЕМОСТЬ	39
	<i>Торегельды Ш. Шарманов, Кия И. Уайнстайн</i>	39
	4.1 Текущая рождаемость	39
	4.2 Тенденции рождаемости	43
	4.3 Сведения о родившихся и живых детях	44
	4.4 Межродовой интервал	46
	4.5 Возраст при первых родах	47
	4.6 Беременность и материнство среди женщин 15-19 лет	48
ГЛАВА 5	КОНТРАЦЕПЦИЯ	49
	<i>Холли Сейхан, Аккумис Б. Салханова</i>	
	5.1 Осведомленность о методах контрацепции	49
	5.2 Использование контрацепции когда-либо в прошлом	50
	5.3 Использование методов контрацепции в настоящем	55
	5.4 Использование методов контрацепции в настоящем в зависимости от социально-биологических факторов	57
	5.5 Использование методов контрацепции в настоящем в зависимости от статуса женщины	58
	5.6 Использование противозачаточных таблеток	59
	5.7 Количество детей при первом использовании методов контрацепции	60
	5.8 Источники методов планирования семьи	61
	5.9 Информированность о выборе	63
	5.10 Прекращение использования контрацепции в течение 12 месяцев	64
	5.11 Намерение женщин, не применяющих методы контрацепции, использовать их в будущем	65
	5.12 Причины отказа от методов контрацепции	65
	5.13 Контакт респондентов, не использующих методы планирования семьи, с работниками службы планирования семьи	66
	5.14 Информированность респондентов о планировании семьи по радиовещанию и телевидению	66
	5.15 Роль средств массовой печати в информированности респондентов о планировании семьи	67
	5.16 «Красное яблоко» – эмблема программы социального маркетинга контрацептивных средств	68
	5.17 Отношение супружеских пар к планированию семьи	68
ГЛАВА 6	АБОРТЫ	69
	<i>Аккумис Б. Салханова, Холли Сейхан</i>	
	6.1 Исходы беременностей	69
	6.2 Индуцированные аборты в течение всей жизни респондента	70
	6.3 Показатели индуцированных абортов	71
	6.4 Тенденции индуцированных абортов	73
	6.5 Статистика по абортам по данным Агентства РК по делам здравоохранения	73
	6.6 Использование методов контрацепции до проведения аборта	74
	6.7 Место и методы проведения абортов	74
ГЛАВА 7	ДРУГИЕ ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА РОЖДАЕМОСТЬ	77
	<i>Кия И. Уайнстайн и Жанар С. Ашенова</i>	
	7.1 Семейное положение	77
	7.2 Возраст при первом браке	79
	7.3 Возраст при первом половом контакте	79
	7.4 Половая активность в последнее время	82
	7.5 Постлеродовая аменорея, абстиненция и невосприимчивость	85
	7.6 Менопауза	86
ГЛАВА 8	ОТНОШЕНИЕ К ДЕТОРОЖДЕНИЮ	89
	<i>Джереми М. Салливан, Игорь Г. Цой</i>	
	8.1 Отношение к рождению детей	89

	8.2	Потребность в планировании семьи	92
	8.3	Идеальный размер семьи	96
	8.4	Желаемая и нежелательная рождаемость	97
ГЛАВА 9		МЛАДЕНЧЕСКАЯ И ДЕТСКАЯ СМЕРТНОСТЬ	99
		<i>Джереми М. Салливан, Аукен К. Машкеев, Адыл К. Катарбаев</i>	
	9.1	Общая характеристика и качество данных	99
	9.2	Уровни и тенденции смертности в раннем детском возрасте	100
	9.3	Показатели младенческой смертности по данным Агентства РК по делам здравоохранения	100
	9.4	Социально-биологические различия младенческой и детской смертности	102
	9.5	Демографические различия показателей младенческой и детской смертности	103
	9.6	Рождаемость повышенного риска	104
ГЛАВА 10		ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ МАТЕРИ И РЕБЕНКУ	107
		<i>Торегельды Ш. Шарманов, Ардак Б. Чуенбекова, Адыл К. Катарбаев</i>	
	10.1	Медицинские учреждения оказания первичной помощи населению	107
	10.2	Аntenатальная помощь	107
	10.3	Содержание антенатальной помощи	110
	10.4	Место проведения родов и родовспоможение	111
	10.5	Кесарево сечение и вес ребенка при рождении	112
	10.6	Курение	113
	10.7	Вакцинация	115
	10.8	Острая респираторная инфекция	117
	10.9	Лихорадка	118
	10.10	Диарея	119
ГЛАВА 11		ПИТАНИЕ МАТЕРИ И РЕБЕНКА	121
		<i>Бедел Т. Сарбаев, Зауре К. Кудайбергенова, Ардак Б. Чуенбекова, Даурен С. Имамбаев</i>	
	11.1	Грудное вскармливание и дополнительное питание	121
	11.2	Начало грудного вскармливания	121
	11.3	Характер грудного вскармливания в зависимости от возраста детей	122
	11.4	Виды дополнительного питания	124
	11.5	Частота приема дополнительного питания	126
	11.6	Различия в приеме дополнительного питания	126
	11.7	Нутрициональный статус детей младше пяти лет	131
	11.8	Оценка нутриционального статуса детей	131
	11.9	Недостаточность питания детей в Казахстане	132
	11.10	Статус питания женщин	133
ГЛАВА 12		АНЕМИЯ	135
		<i>Алмаз Т. Шарман, Бедел Т. Сарбаев, Даулет К. Басхожаев, Даурен С. Имамбаев</i>	
	12.1	Обзор проблемы	135
	12.2	Материалы и методы оценки анемии, использованные в ПМДК 1999 года	136
	12.3	Распространенность анемии среди женщин	138
	12.4	Дополнительное введение препаратов железа в течение беременности	139
	12.5	Распространенность анемии среди детей	140
	12.6	Оценка причин анемии в Казахстане: популяционный подход	141
	12.7	Изменения в распространенности анемии начиная с 1995 года	141
ГЛАВА 13		ВИЧ/СПИД И ДРУГИЕ БОЛЕЗНИ, ПЕРЕДАЮЩИЕСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ	145
		<i>Алмаз Т. Шарман и Эльнар А. Курмангалиева</i>	
	13.1	Ситуация по проблеме ВИЧ/СПИД в Казахстане	145
	13.2	Знания о ВИЧ/СПИДе и методах профилактики инфицирования ВИЧ	150

13.3	СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ПРОФИЛАКТИКИ И УХОДА ЗА ИНФИЦИРОВАННЫМИ ВИЧ/ СПИД	154
13.4	ЗНАНИЕ ПРИЗНАКОВ И СИМПТОМОВ ДРУГИХ БОЛЕЗНЕЙ, ПЕРЕДАЮЩИХСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ	156
13.5	СЕКСУАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ	158
13.6	ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	159
ГЛАВА 14	ТУБЕРКУЛЕЗ	163
	<i>Алмаз Т. Шарман и Дина Е. Абитаева</i>	
14.1	ТУБЕРКУЛЕЗ: ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И СТРАТЕГИЯ ЛЕЧЕНИЯ	163
14.2	ВЫЯВЛЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА И ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ О ПУТЯХ ЕГО ПЕРЕДАЧИ	166
14.3	ЛЕЧЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА И ГОТОВНОСТЬ УХАЖИВАТЬ ЗА БОЛЬНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ	167
14.4	ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ О СИМПТОМАХ ТУБЕРКУЛЕЗА	168
14.5	ОБРАЩЕНИЕ В УЧРЕЖДЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА	169
14.6	ЗАКЛЮЧЕНИЕ	170
	БИБЛИОГРАФИЯ	173
	ПРИЛОЖЕНИЕ А СТАТИСТИЧЕСКАЯ ВЫБОРКА	177
	<i>Мамаду Тайам и Бедел Т.Сарбаев</i>	
A.1	ВВЕДЕНИЕ	177
A.2	РАМКИ ВЫБОРКИ	177
A.3	ХАРАКТЕРИСТИКА СТАТИСТИЧЕСКОЙ ВЫБОРКИ	177
A.4	РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ВЫБОРКИ	178
A.5	СЕГМЕНТАЦИЯ	179
A.6	ВЕРОЯТНОСТЬ ВЫБОРКИ	180
A.7	УРОВЕНЬ ОТВЕТНОСТИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ РЕГИОНА И МЕСТОЖИТЕЛЬСТВА	180
ПРИЛОЖЕНИЕ В	ВЫЧИСЛЕНИЕ ОШИБОК ВЫБОРКИ	183
ПРИЛОЖЕНИЕ С	ТАБЛИЦЫ КАЧЕСТВА ДАННЫХ	205
ПРИЛОЖЕНИЕ D	ЛИЦА, ПРИНИМАВШИЕ УЧАСТИЕ В ПРОГРАММЕ	
	МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКОГО	
	ИССЛЕДОВАНИЯ КАЗАХСТАНА 1999	211

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АДЗ	- Агентство РК по делам здравоохранения
АС	- Агентство РК по статистике
БППП	- болезни, передающиеся половым путем
ВКП	- валовый коэффициент посещаемости учебных заведений
ВИЧ	- вирус иммунодефицита человека
ВМС	- внутриматочная спираль
ВОЗ	- Всемирная Организация Здравоохранения
ГВ	- грудное вскармливание
ИМТ	- индекс массы тела
КРД	- среднее количество когда-либо родившихся детей
МЗОиС РК	- Министерство здравоохранения, образования и спорта Республики Казахстан
ОКА	- общий коэффициент абортов
ОКР	- общий коэффициент рождаемости
ОРИ	- острая респираторная инфекция
ОРТ	- орально-регидратационная терапия
ПБА	- Программа профилактики и борьбы с анемией в центрально-азиатских республиках и Казахстане
ПВКР	- повозрастные коэффициенты рождаемости
ПЕВ	- первичная единица выборки
ПМДК	- Программа медико-демографического исследования Казахстана
ПМС	- показатель младенческой смертности
СВА	- семейно-врачебная амбулатория
СКА	- суммарный коэффициент абортов
СКР	- суммарный коэффициент рождаемости
СПИД	- синдром приобретенного иммунодефицита
СО	- стандартное отклонение
ТБ	- туберкулез
ТУ	- терапевтические участки
ЧКП	- чистый коэффициент посещаемости учебных заведений
ЧР	- число родившихся
ФАП	- фельдшерско-акушерские пункты

АВТОРЫ МОНОГРАФИИ

Шарманов Торегельды Шарманович

доктор медицинских наук, академик НАН РК, АПМ и РАМН,
президент Академии профилактической медицины,
президент ЗАО “Институт питания РК”.
480008, Республика Казахстан, г.Алматы, ул.Клочкова,66.

Салливан Джереми М.

доктор философии, технический директор
Отдела медико-демографических исследований.
ОРС Макро Интернэшнл, США,
11785 Beltsville Drive, Calverton, MD 20785, USA.

Шарман Алмаз Т.

доктор медицинских наук, медицинский координатор
Отдела медико-демографических исследований
ОРС Макро Интернэшнл, США,
профессор Университета Джонса Хопкинса.
11785 Beltsville Drive, Calverton, MD 20785, USA.

Машкеев Аукен К.

доктор медицинских наук, заместитель директора
Научного Центра педиатрии и детской хирургии.
480090, Республика Казахстан, г.Алматы, пр.Аль-Фараби,146.

Цой Игорь Г.

доктор медицинских наук,
вице-президент ЗАО “Институт питания РК”.
480008, Республика Казахстан, г.Алматы, ул.Клочкова,66.

Сарбаев Бедел Т.

старший научный сотрудник ЗАО “Институт питания РК”.
480008, Республика Казахстан, г.Алматы, ул.Клочкова,66.

Катарбаев Адыл К.

докторант Казахского государственного медицинского университета.
480012, Республика Казахстан, г.Алматы, ул.Толе-би,80.

Сиссекенова Райхан М.

старший научный сотрудник Научного Центра по медицинским
и экологическим проблемам здравоохранения РК.
473000, Республика Казахстан, г.Астана, ул.Московская,66.

Кишор Сунита

научный сотрудник Отдела медико-демографических исследований
ОРС Макро Интернэшнл, США,
11785 Beltsville Drive, Calverton, MD 20785, USA.
Calverton, MD 20785

Сейхан Холли

демограф Отдела медико-демографических исследований
ОРС Макро Интернэшнл, США,
11785 Beltsville Drive, Calverton, MD 20785, USA.

Тайам Мамаду

специалист по статистической выборке
Отдела медико-демографических исследований
ОРС Макро Интернэшнл, США,
11785 Beltsville Drive, Calverton, MD 20785, USA.

Уайнстайн Кия И.

доктор философии, консультант
Отдела медико-демографических исследований
ОРС Макро Интернэшнл, США,
11785 Beltsville Drive, Calverton, MD 20785, USA.

Фейр Кристи

научный сотрудник
Отдела медико-демографических исследований
ОРС Макро Интернэшнл, США,
11785 Beltsville Drive, Calverton, MD 20785, USA.

Салханова Аккумис Б.

научный сотрудник ЗАО “Институт питания РК”.
480008, Республика Казахстан, г. Алматы, ул. Клочкова, 66.

Кудайбергенова Зауре К.

научный сотрудник ЗАО “Институт питания РК”.
480008, Республика Казахстан, г. Алматы, ул. Клочкова, 66.

Абитиева Дина Е.

научный сотрудник ЗАО “Институт питания РК”.
480008, Республика Казахстан, г. Алматы, ул. Клочкова, 66.

Курмангалиева Эльнар А.

научный сотрудник ЗАО “Институт питания РК”.
480008, Республика Казахстан, г. Алматы, ул. Клочкова, 66.

Басхожаев Даулет К.

научный сотрудник ЗАО “Институт питания РК”.
480008, Республика Казахстан, г. Алматы, ул. Клочкова, 66.

Чуенбекова Ардак Б.

научный сотрудник Казахского государственного
медицинского университета.
480012, Республика Казахстан, г. Алматы, ул. Толе-би, 88.

Ашенова Жанар С.

научный сотрудник ЗАО “Институт питания РК”.
480008, Республика Казахстан, г. Алматы, ул. Клочкова, 66.

Имамбаев Даурен С.

научный сотрудник ЗАО “Институт питания РК”.
480008, Республика Казахстан, г. Алматы, ул. Клочкова, 66.

ПРЕДИСЛОВИЕ

С большим удовольствием представляю основные результаты второй Программы медико-демографического исследования Казахстана (ПМДК). Исследование выполнялось Академией профилактической медицины Казахстана при технической помощи проекта MEASURE DHS+ американской компании Макро Интернэшнл Инк. и финансовой поддержке Агентства США по Международному развитию (USAID).

В дополнение к представленным основным результатам ПМДК 1999 года по здоровью и питанию матери и ребенка в этой монографии отражены основные изменения, которые произошли в медико-демографической ситуации Казахстана со времени проведения предыдущей ПМДК 1995 года. Кроме того, в ходе ПМДК 1999 года была собрана информация по осведомленности и отношению населения к СПИДу, болезням, передающимся половым путем и туберкулезу, а также данные по репродуктивному поведению мужчин. Ожидается, что результаты, представленные в данной монографии послужат, неопенимым источником информации для лиц, участвующих в формировании политики в области проблем населения, здравоохранения и питания в Казахстане.

Воспользовавшись случаем, мне хотелось бы выразить благодарность Региональному офису USAID в Центральной Азии за его поддержку при выполнении этого исследования. Данная монография явилась итогом более чем полугодичного периода подготовительной работы, четырех месяцев сбора, ввода и анализа данных, и около девяти месяцев анализа результатов и написания настоящей монографии. Я весьма признателен доктору Джереми Салливану, техническому директору Отдела медико-демографических исследований Макро Интернэшнл, который внес большой вклад в инициацию проекта и завершение отчета основного исследования.

Мне также хотелось бы поблагодарить следующих американских коллег: доктора Алмаза Шармана, господ Альберта Темме и Мамаду Тайама, доктора Кию Уайнстайн, госпожу Холли Сейхан, госпожу Кристи Фейр, госпожу Суниту Кишор, доктора Сидни Мур и госпожу Селию Хан за их помощь в общей разработке и выполнении программы, обработке данных, анализе результатов, написании отдельных глав и создании данной монографии.

Эта монография является результатом совместных усилий многих организаций и специалистов, которые способствовали успешному выполнению исследования. Список организаций, участвовавших в программе, включает в себя: Казахский государственный медицинский университет им.С.Д.Асфендиярова, Карагандинскую государственную медицинскую академию, Южно-Казахстанскую государственную медицинскую академию, Международный казахско-турецкий университет им.Х.А.Яссауи, РНИ Центр охраны здоровья матери и ребенка, Научный центр педиатрии и детской хирургии, ЗАО "Институт питания РК", Научный центр проблем туберкулеза, Школу Общественного Здравоохранения РК, Республиканский медицинский колледж и Департамент здравоохранения г.Жезказгана. Выражаю признательность всем специалистам из этих организаций, которые были вовлечены в выполнение и координацию исследования.

Мне хотелось бы выразить слова благодарности старшему техническому персоналу ПМДК: докторам Беделю Сарбаеву и Адьлу Катарбаеву, господину Александру Измухамбетову, а также всему остальному персоналу Академии профилактической медицины за их вклад и активное содействие в выполнении запланированных мероприятий в срок. Также я выражаю свою искреннюю признательность всему персоналу ПМДК 1999 года, представленному в Приложении D, огромный вклад которого в выполнении программы способствовал успешной ее реализации.



Торегельды Ш. Шарманов,
Президент Академии профилактической
медицины Казахстана

ОСНОВНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ КАЗАХСТАНА 1999 ГОДА

Программа медико-демографического исследования Казахстана 1999 года (ПМДК 1999 г.) - это второе общенациональное репрезентативное исследование 4800 женщин 15-49 лет и 1440 мужчин в возрасте 15-59 лет в Казахстане. ПМДК 1999 г. была выполнена Академией профилактической медицины Казахстана и финансировалась Агентством США по Международному развитию. Техническая помощь программы была обеспечена проектом Measure DHS+ компании Макро Интернэшнл, Инк., США. Основные полевые работы по ПМДК были проведены с июля по сентябрь 1999 года.

Цель программы состояла в разработке информационной базы в области репродуктивного здоровья женщин, знания и применения методов контрацепции, практики грудного вскармливания, питания детей, охвата их вакцинацией и заболеваний детей до 5 летнего возраста. В дополнение к этому ПМДК 1999 г. обеспечивает сравнительными данными по тенденциям рождаемости, репродуктивного здоровья, здоровья и питания детей. Была собрана информация по осведомленности и отношению населения к СПИДу, болезням, передающимся половым путем (БППП) и туберкулезу, а также данные по репродуктивному поведению мужчин. Исследования также включали измерение уровня гемоглобина в крови для оценки распространенности анемии, а также измерения роста и веса для определения статуса питания. Эта часть программы спонсировалась центральноазиатским офисом ЮНИСЕФ (UNICEF/CARK).

СНИЖЕНИЕ РОЖДАЕМОСТИ

Результаты ПМДК 1999 г. демонстрируют, что рождаемость в РК за последнее десятилетие снизилась. При текущих уровнях рождаемости казахстанская женщина даст рождение 2.1 ребенка за ее репродуктивный период; этот показатель имеет снижение на 18 процентов, по сравнению с ПМДК 1995 года, когда суммарный коэффициент рождаемости (СКР) составлял 2.5 ребенка на женщину, и снижение на 29 процентов со времени Переписи населения 1989 г., когда СКР составлял 2.9 ребенка на женщину.

Уровень рождаемости снизился почти в каждой возрастной группе, как среди женщин-казашек, так и среди русских женщин. За последнее десяти-

летие СКР среди женщин-казашек снизился с 3.6 до 2.5, т.е. снижение на одного ребенка на женщину, а среди русских женщин - с 2.2 до 1.4, т.е. снижение меньше, чем на одного ребенка на женщину, в результате чего СКР становится ниже прежнего уровня.

Как и в ПМДК 1995 г., результаты ПМДК 1999 г. показывают, что СКР выше среди сельских женщин (2.7 ребенка на женщину), чем среди городских (1.5 ребенка на женщину). Самый низкий СКР был среди женщин г. Алматы (1.0 ребенок на женщину), промежуточный - в Центральном и Северном регионах (1.6 и 1.7 ребенка на женщину) и высокий - в Западном и Южном регионах (2.3 и 2.9). СКР снижается с 2.4 ребенка на женщину среди респондентов с начальным до 1.5 среди женщин с высшим образованием.

В целом в Казахстане около одной трети всех родов (32 процента) имели место в течение 24 месяцев после предыдущих родов. Средняя продолжительность межродового интервала составила 35 месяцев, по сравнению с 32 месяцами в 1995 г.

В то время как возраст, при котором женщины начинают деторождение, не изменился коренным образом, женщины в возрасте 20-24 лет менее склонны к инициации деторождения, чем женщины того же возраста в 1995 г. ПМДК 1995 г. обнаружило, что 44 процента женщин в возрасте 20-24 лет еще не рожали, тогда как в 1999 г. таковые составляют 54 процента.

Большая часть замужних женщин в Казахстане (55 процентов) заявили, что они не хотят иметь больше детей. Менее одной трети женщин (30 процентов) хотят иметь ребенка, и 43 процента из них желают подождать два или более лет. Следовательно, значительная часть женщин хотят либо отложить следующие роды, либо ограничить рождение детей. Это те женщины, которые потенциально нуждаются в некоторых методах контрацепции.

В ПМДК 1999 г. также собиралась информация об отношении мужчин к рождению детей. Шестьдесят шесть процентов мужчин либо не хотят иметь больше детей, либо их супругам проведена операция по стерилизации, либо они были бесплодны, в то время как около одной трети (32 процента) желают иметь еще одного ребенка.

КОНТРАЦЕПЦИЯ И АБОРТЫ

Более половины (53 процента) замужних женщин в Казахстане используют современный метод контрацепции, что несколько выше, чем в 1995 г. (46 процентов). Значительное повышение уровня применения современных контрацептивов отмечается у женщин старших возрастных групп. В группе 35-39 лет использование современных контрацептивов выросло с 55 до 63 процентов, 40-44 лет – с 47 до 58 процентов, и 45-49 лет – с 22 до 40 процентов. Это указывает на то, что современные контрацептивы стали применяться для контроля рождаемости также и женщинами старших возрастных групп.

ВМС – наиболее широко используемый метод современной контрацепции. В целом отмечается незначительное увеличение числа его пользователей – с 40 процентов в 1995 г. до 42 процентов в 1999 г. Презерватив является следующим, широко используемым современным методом, после ВМС. С 1995 г. не отмечается значительного повышения уровня использования презервативов, но примечательно, что среди замужних женщин в возрасте 25-29 лет уровень их использования вырос с 3.4 до 7.3 процента, что оказалось значительно больше, чем в других возрастных группах. Приблизительно 3 процента замужних женщин ответили, что им была проведена операция по стерилизации. Как и в 1995 г., 13 процентов респондентов отмечают, что они пользуются традиционным методом.

Наиболее значительные изменения в использовании контрацептивов произошли среди сексуально активных незамужних женщин. В настоящее время 56 процентов из них отмечают использование современного метода, по сравнению с 39 процентами в 1995 г. Уровень использования противозачаточных таблеток возрос в 2 раза (с 5 до 10 процентов), так же как и ВМС (с 14 до 26 процентов). Уровень использования презервативов, однако, остается постоянным в течение последних 5 лет (приблизительно 19 процентов). Что касается традиционных методов, то уровень их использования в настоящее время снизился с 19 до 13 процентов.

Пятьдесят пять процентов мужчин в данное время используют метод контрацепции; почти половина (48 процентов) всех опрошенных мужчин используют современный метод. Среди мужчин, которые используют современный метод, 54 процента отмечают использование ВМС их супругами, 37 процентов – презервативов. ВМС используется мужчинами всех возрастных групп в качестве метода контрацепции. В то время как презервативы применяются, в основном, более молодыми мужчинами (35 процентов – в 20-24 года, против 17 процентов – в 40-44 года).

По Казахстану *Суммарный коэффициент абортов* (СКА) снизился с 1.8 аборт на женщину за период 1992-1995 г.г. до 1.4 аборт на женщину за период 1996-1999 г.г. (почти 25 процентное снижение за 4-х летний интервал). Показатели индуцированных аборт значительно снизились в каждой возрастной группе женщин 20-40 лет. Однако изменения в этих показателях, наблюдались не во всех этнических группах. СКА среди казашек оставался на стабильном уровне 1.1, в то время как СКА среди русских женщин снизился на 36 процентов – с 2.7 до 1.7.

Как и в исследовании 1995 г., в ПМДК 1999 г. показаны значительные региональные различия в уровне индуцированных аборт. В Южном и Западном регионах, где уровень рождаемости наиболее высокий, СКА был самым низким (1.1 аборт на женщину). В Центральном и Восточном регионах, где уровень рождаемости находится на промежуточном уровне, показатели аборт также на сходном уровне (1.2 и 1.6, соответственно), в то время как в регионах с низкой рождаемостью – в г.Алматы и на Севере – показатели аборт наиболее высокие (1.8 и 2.0 соответственно).

ЗДОРОВЬЕ МАТЕРИ И РЕБЕНКА

В Казахстане уровни оказания медицинской помощи службами антенатальной помощи и родовспоможения остаются на высоком уровне. Девяносто четырем процентам матерей была оказана квалифицированная медицинская помощь. В 76 процентах случаев родов, имевших место в течение пяти лет, предшествовавших интервью, женщинам антенатальная помощь была оказана врачами; только 3 процента матерей получили антенатальную помощь со стороны фельдшеров, и 15 процентов – со стороны медицинских сестер или акушерок. Различия же в зависимости от паритета родов были существенными. При первых родах помощь была оказана врачом чаще (83 процента), чем при шестых и более родах (67 процентов).

Фактически все роды в Казахстане (98 процентов) проводились в медицинских учреждениях. Большинство родов (89 процентов) происходили в родильных домах, 9 процентов – в государственных больницах. Только в двух процентах случаев роды были проведены вне лечебного учреждения (преимущественно дома у респондента). Почти все роды принимались квалифицированным медицинским персоналом. В 77 процентах случаев помощь оказывалась врачом, в 22 процентах случаев – фельдшером, медсестрой или акушеркой.

В ПМДК 1999 г. данные о вакцинации собирались из медицинских карточек, находящихся в

учреждениях здравоохранения. Данные исследования показали высокие уровни вакцинации детей 12-23 месяцев. Почти все дети получили вакцину БЦЖ, первую дозу Полиовакцины и АКДС/АДС (99 процентов).

Охват детей второй дозой Полиовакцины и АКДС/АДС составлял 98 и 99 процентов соответственно. Третью дозу Полиовакцины и АКДС/АДС получили 92 и 98 процентов детей соответственно. 87 процентам детей была проведена вакцинация против кори. Процент детей 12-23 месячного возраста, получивших все рекомендованные ВОЗ вакцины, также оказался высоким (81 процент).

ДЕТСКАЯ СМЕРТНОСТЬ

Одной из задач ПМДК 1999 г. был сбор данных по текущим уровням и тенденциям младенческой и детской смертности. В ПМДК сбор данных осуществлялся на основе международных критериев определения живорождения, согласно которым к живорожденным относили всех родившихся живыми, независимо от продолжительности беременности, при наличии любых признаков жизни (дыхания, сердцебиения, произвольного сокращения мышц) после отделения от матери. Младенческая смертность – смертность младенцев, родившихся живыми, до наступления одного года (United Nations, 1992).

За пятилетний период времени, предшествовавший исследованию (1994-99 г.г.), уровень младенческой смертности составил 62 на 1000 родов. Показатели неонатальной и постнатальной смертности составляли 34 и 28 на 1000 соответственно. Показатель детской смертности (от года до пяти лет) был намного ниже – 10 на 1000. В целом показатель смертности до пяти лет за этот период составил 71 на 1000.

За пятнадцатилетний период времени, предшествовавший исследованию, показатель младенческой смертности снизился с 55 на 1000 (1984-89 г.г.) до 50 на 1000 (1989-94 г.г.), но затем повысился до 62 на 1000 (1994-99 г.г.). Сходная картина наблюдается в динамике детской смертности, которая снизилась с 12 на 1000 (1984-89 г.г.) до 7 на 1000 (1989-94 г.г.) и затем повысилась до 10 на 1000 (1994-99 г.г.).

Эти статистические данные служат доказательством улучшения условий жизни населения в период с середины 1980 г. до начала 90-х годов и их ухудшения – в период с начала до конца 90-х годов. Реальные показатели смертности могут отличаться от показателей, полученных в ходе исследования, вследствие вариабельности выборки.

ГРУДНОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ И СТАТУС ПИТАНИЯ ДЕТЕЙ

Грудное вскармливание является почти универсальным в Казахстане; 95 процентов детей, родившихся в течение 5 лет, предшествовавших ПМДК, находились на грудном вскармливании. 47 процентов детей в возрасте 0–3 месяца находились на исключительном грудном вскармливании. Это значительно выше показателя 1995 г., когда только 12 процентов детей 0-3 месяцев находились на исключительном грудном вскармливании.

Показатель исключительного грудного вскармливания среди детей в возрасте 4-7 месяцев увеличился с 3 процентов в 1995 году до 10 процентов в 1999 году. 64 процента младенцев указанного возраста, помимо грудного молока, получали дополнительное питание, и 10 процентов – простую воду. Средняя продолжительность грудного вскармливания в целом по Казахстану составила 7.1 месяца, а по длительности исключительное и полное грудное вскармливание (грудное вскармливание и простая вода) составили 0.7 и 1.9 месяца соответственно.

После 1-го года жизни почти все дети, не вскармливаемые грудью, получали богатые протеином продукты, сделанные из муки, а большая часть из них (более 70 процентов) потребляла продукты с высоким содержанием белка, витаминов и минеральных веществ, такие как мясо, птица, овощи и фрукты.

В ПМДК 1999 г. всем детям, родившимся с января 1994 г. и проживавшим в каждом втором отобранном домовладении, было проведено измерение роста и веса (в городах Алматы, Жезказган и Семипалатинск дети отбирались во всех домовладениях каждого второго кластера). Полные и правдоподобные данные антропометрических измерений получены у 612 детей в возрасте 0-59 месяцев.

В целом по Казахстану 10 процентов детей характеризуются умеренной или выраженной задержкой роста, 2 процента – истощением умеренной или выраженной степени, и в 4 процентах случаях отмечалось умеренное или выраженное несоответствие веса ребенка его возрасту. Среди детей возрастных групп 12-23 и 36-47 месяцев недостаточность питания, оцененная по всем трем антропометрическим индексам, была более выраженной, по сравнению с другими детьми. Задержка роста чаще наблюдалась у девочек, чем у мальчиков (11 процентов и 9 процентов), в то время как истощение чаще имело место у мальчиков.

АНЕМИЯ

Анемия остается одной из главных проблем здравоохранения Казахстана на протяжении последних десяти лет. По данным ПМДК 1999 года, в целом по всей стране 36 процентов женщин репродуктивного возраста страдают анемией различной степени, причем 8 процентов имеют выраженную, а 1 процент – тяжелую степень анемии. 36 процентов детей до пяти лет страдают различной степенью анемии; из них 17 процентов – выраженной, а 1 процент – тяжелой степенью анемии.

Сравнение совокупных кривых процентного распределения концентрации гемоглобина детей, небеременных/некормящих женщин и мужчин показало, что кривые распределения уровня гемоглобина женщин и детей сдвинуты влево от кривой мужского гемоглобина. Данная модель характерна для населения, где недостаточность железа – основной этиологический фактор анемии. Это подтверждает предварительно сделанные предположения о том, что анемия среди женщин и детей в Казахстане является, прежде всего, следствием дефицита железа.

Применение железосодержащих препаратов во время беременности – одна из главных составляющих Программы профилактики и борьбы с анемией (ПБА), проводимой в Казахстане ЮНИСЕФ ЦАРК. Правительство Казахстана поддержало программу обеспечения женщин железосодержащими препаратами во время беременности и послеродовом периоде. ПМДК 1999 г. показала, что в Казахстане 48 процентов женщин в течение последней беременности принимали препараты железа, в среднем в течение 22 дней.

По сравнению с результатами исследования 1995 года, наблюдается снижение распространенности выраженной и тяжелой степеней анемии как среди женщин, так и детей, в течение прошедшего четырехлетнего периода. Уровень выраженной и тяжелой анемии снизился с 12 до 9 процентов среди женщин и с 39 до 26 процентов среди детей до трехлетнего возраста.

ВИЧ/СПИД И ДРУГИЕ БОЛЕЗНИ, ПЕРЕДАЮЩИЕСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ

Существующие низкие уровни эпидемии ВИЧ в Казахстане дают уникальную возможность раннего вмешательства для профилактики широкого распространения данной инфекции. Однако повышение частоты ВИЧ-инфекции, а также экспоненциальное повышение БППП предполагают, что такая возможность скоро будет исчерпана. По данным ПМДК 1999 г., знание путей предохранения от ВИЧ/СПИД женщинами и

мужчинами является почти универсальным и большая часть из них знают один или более действенных путей предохранения от заражения ВИЧ/СПИД, например, такие как применение презервативов, наличие только одного полового партнера или ограничение количества половых партнеров.

В Казахстане существует некое «клеимение» в отношении людей с ВИЧ/СПИД, доказывающееся фактом того, что 40 процентов женщин и 26 процентов мужчин уверены, что человеку, инфицированному ВИЧ, следует держать свой статус в тайне. Доля женщин и мужчин, которые не стали бы проявлять заботу о родственнике, инфицированном ВИЧ, на дому, что является индикатором дискриминационного отношения к таким лицам, составила 31 процент женщин и 15 процентов мужчин.

Несмотря на высокую распространенность БППП, за исключением СПИДа, 18 процентов женщин и 7 процентов мужчин в Казахстане ответили, что они не слышали ни о каких БППП, кроме ВИЧ/СПИД. Среди тех, кто слышал о БППП, более 40 процентов женщин и 60 процентов мужчин знают один и более симптомов этих заболеваний, такие как боль внизу живота, выделения из наружных половых органов, жжение при мочеиспускании. Относительно низкий уровень знаний о венерических заболеваниях и их симптомах наблюдался среди молодых женщин и мужчин, что вызывает повышенную озабоченность из-за значимости молодежи в формировании будущих ВИЧ-эпидемий в Казахстане.

Эта информация – важный индикатор для профилактики ВИЧ/СПИДа и других БППП. Распространение ВИЧ/СПИДа и других БППП зависит от незащищенного полового контакта с людьми, кто также имеет других партнеров. Обращает внимание тот факт, что в среднем 10 процентов женатых мужчин имели за последние 12 месяцев внебрачный половой контакт с одной или более партнершами, а 22 процента неженатых мужчин имели за последние 12 месяцев один или более половых отношений с партнершами.

Данные также свидетельствуют о том, что около 81 процента женщин и 42 процента мужчин не использовали презерватив во время последнего полового акта с другими партнерами. Такое поведение несет более высокий риск передачи ВИЧ и других БППП.

ТУБЕРКУЛЕЗ

Высокие уровни болезненности и смертности от туберкулеза (ТБ) свидетельствуют, что ТБ остается актуальной проблемой в РК. По данным ПМДК 1999 г., более 9 процентов мужчин и жен-

щин в Казахстане сообщили о том, что в их семьях были лица, болевшие туберкулезом, и более 23 процентов сообщили, что среди их окружения имелись больные туберкулезом. Эта информация подтверждает данные официальной статистики о высокой распространенности ТБ в различных регионах.

Результаты ПМДК показали, что почти все респонденты слышали о таком заболевании, как туберкулез, и более 71 процента из них правильно назвали основной путь передачи туберкулеза – через воздух при кашле. Приблизительно половина респондентов сообщили, что «кашель более 3-х недель» является основным симптомом туберкулеза. Значительный процент респондентов также назвали и другие важные симптомы туберкулеза, такие как жар, кровь в мокроте, ночная потливость и т. д.

Однако, несмотря на высокий уровень осведомленности населения о симптомах и путях передачи туберкулеза, только 68 процентов женщин и 62 процента мужчин знали, что туберкулез мож-

но полностью излечить при помощи соответствующих лекарственных средств. Полное излечение туберкулеза благодаря правильно подобранной схеме лечения является важной концепцией рекомендованной ВОЗ стратегии DOTS (Directly Observed Treatment Short-Course).

Другим важным звеном является возможность последующего лечения на дому под непосредственным наблюдением медицинских работников после первоначальной фазы интенсивной лекарственной терапии в больнице. В ПМДК 1999 г. только 13 процентов женщин и 9 процентов мужчин назвали такую последовательность лечения туберкулеза. Большинство респондентов (более 82 процентов) сообщили, что лечение туберкулеза должно полностью проводиться в больнице. Кроме того, более половины респондентов в случае заболевания туберкулезом кого-либо из членов их семьи намерены обратиться для лечения в больницу. Менее 19 процентов респондентов в такой ситуации обратятся в туберкулезные диспансеры и менее 18 процентов – в амбулаторные учреждения, такие как поликлиника или СВА.

