

Казахстан

Медико- Демографическое Исследование 1995



Институт питания МН-АН РК



Академия профилактической медицины



Отдел медико-демографических исследований
Макро Интернэшнл Инк.

Комплекс показателей по детству, принятых в общемировой практике: Казахстан 1995

		Значения	
ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ			
Детская смертность	Показатель младенческой смертности	40 на 1000	
	Показатель смертности до пяти лет	46 на 1000	
Материнская смертность	Показатель материнской смертности	77 на 100000 ¹	
Недостаточность питания среди детей	Процент с низкорослостью	15.8	
	Процент с истощением	3.3	
	Процент с недостаточным весом тела	8.3	
Обеспечение чистой питьевой водой	Процент домовладений с безопасным источником водоснабжения в 15 минутах ходьбы ²	86.6	
Тип туалета	Процент домовладений со смывным туалетом	42.6	
Уровень образования	Процент женщин 15-49 лет с законченным начальным образованием	98.6	
	Процент мужчин 15-49 лет с законченным начальным образованием	98.8	
	Процент девочек 6-12 лет, посещающих школу	81.3	
	Процент мальчиков 6-12 лет, посещающих школу	80.4	
	Процент грамотных женщин 15-49 лет	99.8	
Дети в исключительно трудной ситуации	Процент детей, являющихся полными сиротами (оба родителя умерли)	0.1	
	Процент детей, не проживающих с родной матерью	8.1	
	Процент детей, проживающих с единственным взрослым	4.1	
ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ			
Здоровье женщин	Межродовой интервал	Процент родов с межродовым интервалом < 24 месяца	34.3
		Безопасное материнство	Процент родов с оказанием медицинской антенатальной помощи
		Процент родов с оказанием медицинской антенатальной помощи в первом триместре	58.9
		Процент родов с оказанием медицинской помощи	99.6
		Процент родов в медицинском учреждении	98.4
		Процент родов с высоким риском	38.7
		Планирование семьи	Уровень распространения контрацептивных средств (любой метод, замужние женщины)
		Процент замужних женщин с нереализованными потребностями в методах планирования семьи	15.7
		Процент замужних женщин с нереализованными потребностями в методах планирования семьи с целью избежания родов с высоким риском	12.5
		Питание	Процент матерей с низким ИМТ
Питание матери			
Низкий вес при рождении	Процент детей с низким весом тела при рождении (из сообщивших о весе ребенка)	9.1	
Грудное вскармливание	Процент детей до 4 месяцев, находившихся на исключительном грудном вскармливании	12.0	
Йод	Процент домовладений с использованием йодированной соли	52.9	
Здоровье ребенка	Контроль диарей	Процент детей с диареей в предшествовавшие 2 недели, получивших оральную регидратационную терапию	31.2
Острая респираторная инфекция		Процент детей с острой респираторной инфекцией в предшествовавшие 2 недели, получившие медицинскую помощь	47.7
¹ По данным Министерства здравоохранения РК ² Водопроводная, колодезная и бутылочная вода			

Медико- Демографическое Исследование Казахстана 1995

**Институт питания МН-АН РК
Алматы, Казахстан**

**Академия профилактической медицины
Алматы, Казахстан**

**Макро Интернэшнл
Калвертон, Мэрилэнд, США**

Ноябрь, 1996

Данная монография представляет собой обобщение результатов Программы медико-демографического исследования Казахстана (ПМДК) 1995 года, выполненной Институтом питания МН-АН Республики Казахстан при техническом содействии Макро Интернэшнл Инк (США) и финансовой поддержке Агентства 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 Институте питания МН-АН РК: 480008, Алматы, Казахстан, ул. Клочкова, дом 66 (Телефон 3272-429-111, факс 3272-420-720). Кроме того, информация о международной Программе медико-демографических исследований может быть получена 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).

Рекомендуемые ссылки:

Институт питания (Казахстан) и Macro International Inc. 1996. Медико-демографическое исследование Казахстана 1995 года. Алматы, Казахстан: Институт питания МН-АН РК и Macro International Inc.

СОДЕРЖАНИЕ

	Стр.
Таблицы	ix
Рисунки	xiii
Авторы монографии	xv
Предисловие	xvii
Основные результаты Медико-демографического исследования Казахстана <i>Т. Ш. Шарманов</i>	xix
Карта Казахстана	xxvi
ГЛАВА 1 ВВЕДЕНИЕ <i>А. Т. Шарманов</i>	1
1.1 География, история и экономика Казахстана	1
1.1.1 География и население	1
1.1.2 Казахстан в досоветское время	1
1.1.3 Казахстан в советское время	2
1.1.4 Казахстан в период социально-экономической трансформации	3
1.2 Система здравоохранения в Казахстане	4
1.2.1 Социалистическая система здравоохранения	4
1.2.2 Кризис здравоохранения в Казахстане	5
1.2.3 Реформа в здравоохранения в Казахстане	6
1.3 Здоровье матери и ребенка, планирование семьи	7
1.4 Система сбора медико-демографических данных в Казахстане	8
1.5 Цели, задачи и организация Программы медико-демографического исследования Казахстана	9
1.5.1 Разработка статистически репрезентативной выборки	9
1.5.2 Анкеты	12
1.5.3 Обучение и полевые работы	13
1.5.4 Обработка данных	13
1.5.5 Объем исследований	13
ГЛАВА 2 ХАРАКТЕРИСТИКА ДОМОВЛАДЕНИЙ И РЕСПОНДЕНТОВ <i>Ш. А. Балгимбеков, Р. Сисемалиев</i>	15
2.1 Характеристика жителей домовладений	15
2.1.1 Поло-возрастной состав	15
2.1.2 Состав домовладений	17
2.1.3 Образовательный уровень членов домовладений	19

	Стр.
2.2	Характеристика домашнего хозяйства 21
2.2.1	Наличие бытовых средств в домовладениях 23
2.3	Общая характеристика респондентов 24
2.3.1	Общая характеристика 24
2.3.2	Уровень образования респондентов 26
2.3.3	Посещение школ и причины прекращения обучения 27
2.3.4	Доступность средств массовой информации 29
2.3.5	Характер труда респондентов 30
2.3.6	Работодатель и форма оплаты труда 31
2.3.7	Занятость 32
2.3.8	Принятие решения об использовании заработанных денег 32
2.3.9	Уход за ребенком во время работы матери 32
ГЛАВА 3	РОЖДАЕМОСТЬ
	<i>В.Н. Девятко, К.И. Уайнштейн</i> 37
3.1	Текущая рождаемость 37
3.2	Тенденции рождаемости 41
3.3	Сведения о родившихся и живых детях 43
3.4	Межродовой интервал 44
3.5	Возраст при первых родах 46
3.6	Беременность и материнство среди женщин 15-19 лет 46
ГЛАВА 4	КОНТРАЦЕПЦИЯ
	<i>Н.А. Каюпова, Н.М. Карсыбекова, Х.М. Бикташева</i> 49
4.1	Осведомленность о методах контрацепции 50
4.2	Использование методов контрацепции когда-либо в прошлом 52
4.3	Использование методов контрацепции в настоящем 54
4.4	Количество детей при первом использовании методов контрацепции 60
4.5	Знание о фертильном периоде и контрацептивном эффекте грудного вскармливания 61
4.6	Источники методов планирования семьи 63
4.7	Намерение респондентов, ранее не применявших методы контрацепции, использовать их в будущем 66
4.8	Причины неиспользования методов контрацепции 68
4.9	Предпочтительный метод контрацепции для использования в будущем 69
4.10	Информированность респондентов о планировании семьи по радиовещанию и телевидению 69
4.11	Допустимость распространения передач о планировании семьи через трансляционные средства массовой информации 71
4.12	Средства массовой печати в информированности респондентов о методах планирования семьи 72
4.13	Отношение супружеских пар к планированию семьи 73

ГЛАВА 5	АБОРТЫ	
	<i>Д. М. Салливан, Н. М. Карсыбекова, К. И. Уайнстайн</i>	77
5.1	Исходы беременностей	78
5.2	Индукцированные аборт в течение всей жизни респондента	79
5.3	Показатели индуцированных аборт	79
5.4	Тенденции индуцированных аборт	82
5.5	Статистика по аборт по данным Министерства здравоохранения Казахстана	84
5.6	Влияние контрацепции на уровень аборт	85
5.7	Использование методов контрацепции до проведения аборт	85
5.8	Место и методы проведения аборт	86
5.9	Осложнения при проведении аборт и их лечение	87
ГЛАВА 6	ДРУГИЕ ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА РОЖДАЕМОСТЬ	
	<i>К. И. Уайнстайн</i>	89
6.1	Замужество	89
6.2	Возраст при первом браке	92
6.3	Возраст при первом половом контакте	93
6.4	Сведения о половой активности за последние годы	95
6.5	Послеродовая аменоррея, абстиненция и невосприимчивость	95
6.6	Угасание репродуктивной функции	98
ГЛАВА 7	ОТНОШЕНИЕ К ДЕТОРОЖДЕНИЮ	
	<i>К. И. Уайнстайн</i>	101
7.1	Желание иметь больше детей	101
7.2	Потребность в планировании семьи	104
7.3	Идеальный размер семьи	109
7.4	Желаемая и нежелаемая рождаемость	110
ГЛАВА 8	МЛАДЕНЧЕСКАЯ И ДЕТСКАЯ СМЕРТНОСТЬ	
	<i>Д. М. Салливан</i>	113
8.1	Общая характеристика и качество данных	113
8.2	Уровни и тенденции смертности в раннем детском периоде	114
8.3	Показатели младенческой смертности по данным Министерства здравоохранения Казахстана	115
8.4	Социально-биологические различия показателей младенческой и детской смертности	117
8.5	Демографические различия показателей младенческой и детской смертности	118
8.6	Рождаемость повышенного риска	118

	Стр.
ГЛАВА 9	
ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ МАТЕРИ И РЕБЕНКУ	
<i>А.Д.Дуйсекеев, Т.К.Бекбосынов</i>	123
9.1 Антенатальная помощь	123
9.2 Место проведения родов и родовспоможение	126
9.3 Кесарево сечение и вес ребенка при рождении	126
9.4 Вакцинация	130
9.5 Острая респираторная инфекция	132
9.6 Лихорадка	133
9.7 Диарея	133
ГЛАВА 10	
ПИТАНИЕ МАТЕРИ И РЕБЕНКА	
<i>Т.Ш.Шарманов, Т.К.Бекбосынов</i>	139
10.1 Грудное вскармливание и дополнительное питание	139
10.1.1 Начало грудного вскармливания	139
10.1.2 Характер грудного вскармливания в зависимости от возраста детей	140
10.1.3 Виды дополнительного питания	142
10.1.4 Частота приема дополнительного питания	144
10.1.5 Различия в дополнительном питании	144
10.2 Статус питания детей до трех лет	145
10.2.1 Оценка статуса питания детей	145
10.2.2 Недостаточность питания детей в Казахстане	147
10.3 Статус питания женщин	148
ГЛАВА 11	
АНЕМИЯ	
<i>А.Т. Шарманов</i>	153
11.1 Введение	153
11.2 Материалы и методы оценки анемии, использованные в ПМДК	154
11.3 Анемия среди женщин в возрасте 15-49 лет	154
11.4 Анемия среди детей	158
11.5 Заключение	161
БИБЛИОГРАФИЯ	163

ПРИЛОЖЕНИЕ А	СТАТИСТИЧЕСКАЯ ВЫБОРКА	
	<i>Т.Ли</i>	169
A.1	Введение	169
A.2	Характеристика статистической выборки ПМДК	169
A.3	Распределение выборки	170
A.4	Стратификация и систематический отбор кластеров	173
A.5	Вероятность выборки	174
ПРИЛОЖЕНИЕ В	ОШИБКИ ВЫБОРКИ	
	<i>Т.Ли</i>	177
ПРИЛОЖЕНИЕ С	ТАБЛИЦЫ КАЧЕСТВА ДАННЫХ	195
ПРИЛОЖЕНИЕ D	ЛИЦА, ПРИНИМАВШИЕ УЧАСТИЕ В ПМДК	203
ПРИЛОЖЕНИЕ E	АНКЕТЫ	209

ТАБЛИЦЫ

	Стр.
Таблица 1.1	14
Таблица 2.1	16
Таблица 2.2	17
Таблица 2.3	17
Таблица 2.4	18
Таблица 2.5	19
Таблица 2.6	20
Таблица 2.7	21
Таблица 2.8	22
Таблица 2.9	24
Таблица 2.10	25
Таблица 2.11	26
Таблица 2.12	27
Таблица 2.13	28
Таблица 2.14	29
Таблица 2.15	30
Таблица 2.16	31
Таблица 2.17	33
Таблица 2.18	34
Таблица 2.19	35
Таблица 3.1	38
Таблица 3.2	40
Таблица 3.3	41
Таблица 3.4	42
Таблица 3.5	42
Таблица 3.6	43
Таблица 3.7	45
Таблица 3.8	46
Таблица 3.9	47
Таблица 3.10	48
Таблица 3.11	48
Таблица 4.1	51
Таблица 4.2	52
Таблица 4.3	53
Таблица 4.4	55
Таблица 4.5	57
Таблица 4.6	59
Таблица 4.7	59
Таблица 4.8	60
Таблица 4.9	61
Таблица 4.10	62
Таблица 4.11	64

	Стр.
Таблица 4.12	Удовлетворенность источником обеспечения контрацептивными средствами в настоящее время 65
Таблица 4.13	Будущее использование методов контрацепции 67
Таблица 4.14	Причины не применения методов контрацепции в настоящем и будущем . . 68
Таблица 4.15	Предпочтительный метод контрацепции в будущем 69
Таблица 4.16	Информированность о методах планирования семьи по радио и телевидению 70
Таблица 4.17	Допустимость передач о планировании семьи 71
Таблица 4.18	Методы планирования семьи в печати 73
Таблица 4.19	Обсуждение методов планирования семьи супружескими парами 73
Таблица 4.20	Мнение жены об отношении мужа к методам планирования семьи 74
Таблица 5.1	Исход беременности в зависимости от социально-биологических факторов . 78
Таблица 5.2	Индукцированные аборт в течение жизни женщины 80
Таблица 5.3	Коэффициенты индуцированных абортов 81
Таблица 5.4	Уровни индуцированных абортов в зависимости от социально-биологических фактров 83
Таблица 5.5	Тенденции изменений по возрасту коэффициентов абортов 83
Таблица 5.6	Сравнение коэффициентов индуцированных абортов 84
Таблица 5.7	Тенденции в использовании методов контрацепции и частота абортов в разные периоды времени 85
Таблица 5.8	Использование методов контрацепции до беременности 86
Таблица 5.9	Место и метод проведения абортов и лицо проводившее его 87
Таблица 5.10	Осложнения при проведении абортов 87
Таблица 6.1	Семейное положение 89
Таблица 6.2	Половая активность незамужних женщин 91
Таблица 6.3	Возраст при первом браке. 92
Таблица 6.4	Средний возраст при первом браке 93
Таблица 6.5	Возраст при первом половом контакте 94
Таблица 6.6	Средний возраст при первом половом контакте 94
Таблица 6.7	Половая активность в последнее время 96
Таблица 6.8	Послеродовая аменорея, абстиненция и невосприимчивость 97
Таблица 6.9	Средняя продолжительность послеродовой аменореи, абстиненции и невосприимчивости в зависимости от социально-биологических факторов . 98
Таблица 6.10	Потенциальное снижение риска возникновения беременности 99
Таблица 7.1	Отношение к рождению в зависимости от количества детей 101
Таблица 7.2	Отношение к рождению детей в зависимости от возраста женщин 103
Таблица 7.3	Желание прекратить деторождение 103
Таблица 7.4.1	Потребность в службах планирования семьи среди замужних женщин 105
Таблица 7.4.2	Потребность в службах планирования семьи среди незамужних женщин . . 106
Таблица 7.4.3	Потребность в службах планирования семьи среди всех женщин. 107
Таблица 7.5	Желаемое и фактическое количество детей. 109
Таблица 7.6	Среднее желаемое количество детей в зависимости от социально-биологических факторов 110
Таблица 7.7	Планирование деторождения 111
Таблица 7.8	Показатели желаемой рождаемости 112
Таблица 8.1	Младенческая и детская смертность 114
Таблица 8.2	Сравнение показателей младенческой смертности 116
Таблица 8.3	Младенческая и детская смертность в зависимости от социально-биологических факторов 117

Таблица 8.4	Младенческая и детская смертность в зависимости от демографической характеристики	119
Таблица 8.5	Характер рождаемости с высоким риском	120
Таблица 9.1	Аntenатальная помощь	124
Таблица 9.2	Количество антенатальных визитов и срок беременности	125
Таблица 9.3	Место проведения родов	127
Таблица 9.4	Родовспоможение	128
Таблица 9.5	Характеристика родов: кесарево сечение, размеры и вес ребенка при рождении	129
Таблица 9.6	Вакцинация по источнику информации	130
Таблица 9.7	Вакцинация в зависимости от социально-биологических факторов	131
Таблица 9.8	Распространенность острой респираторной инфекции и лихорадки	133
Таблица 9.9	Знание о помощи при диарее	135
Таблица 9.10	Распространенность диареи	136
Таблица 9.11	Лечение диареи	137
Таблица 9.12	Практика питания во время диареи	137
Таблица 10.1	Начало грудного вскармливания	140
Таблица 10.2	Статус грудного вскармливания	141
Таблица 10.3	Средняя продолжительность и частота грудного вскармливания	142
Таблица 10.4	Виды продуктов питания, получаемые детьми в зависимости от возраста	143
Таблица 10.5	Продукты питания в рационе детей	145
Таблица 10.6	Виды продуктов питания в рационе детей в зависимости от социально-биологических факторов	146
Таблица 10.7	Статус питания детей в зависимости от демографических показателей	148
Таблица 10.8	Статус питания детей в зависимости от социально-биологических факторов	150
Таблица 10.9	Антропометрические индексы в оценке нутриционального статуса матерей	151
Таблица 10.10	Статус питания женщин в зависимости от социально-биологических факторов	152
Таблица 11.1	Анемия среди женщин	155
Таблица 11.2	Анемия среди детей	158
Таблица 11.3	Анемия среди детей в зависимости от демографических показателей	159
Таблица 11.4	Анемия среди детей, родившихся у матерей с анемией	160
Таблица А.1	Распределение населения по регионам	170
Таблица А.2	Процентное распределение населения по регионам	171
Таблица А.3	Пропорциональное распределение респондентов	171
Таблица А.4	Предложенное распределение респондентов	172
Таблица А.5	Распределение кластеров выборки	172
Таблица А.6	Предложенное распределение кластеров выборки	172
Таблица В.1	Список показателей по ошибкам выборки	182
Таблица В.2.1	Ошибки выборки - Общенациональная выборка	183
Таблица В.2.2	Ошибки выборки - Городские регионы	184
Таблица В.2.3	Ошибки выборки - Сельские регионы	185
Таблица В.2.4	Ошибки выборки - г. Алматы	186
Таблица В.2.5	Ошибки выборки - Южный регион	187
Таблица В.2.6	Ошибки выборки - Западный регион	188
Таблица В.2.7	Ошибки выборки - Центральный регион	189
Таблица В.2.8	Ошибки выборки - Северо-Восточный регион	190

	Стр.
Таблица В.2.9 Ошибки выборки - Женщины казашки	191
Таблица В2.10 Ошибка выборки - Женщины русские	192
Таблица В2.11 Ошибка выборки - Другие этнические группы	193
Таблица С.1 Распределение членов домовладения по возрасту	197
Таблица С.2 Распределение проинтервьюированных и соответствующих критериям женщин в зависимости от возраста	198
Таблица С.3 Полнота ответственности	199
Таблица С.4 Количество родившихся по календарным годам	200
Таблица С.5 Информация о возрасте смерти в днях	201
Таблица С.6 Ответность по информации о возрасте смерти в месяцах	202

РИСУНКИ

	Стр.
Рисунок 1.1	Областной состав демографических регионов Казахстана 11
Рисунок 2.1	Пирамиды населения Республики Казахстан 16
Рисунок 2.2	Распределение обучающихся по возрасту и полу 21
Рисунок 2.3	Характеристика домовладений в зависимости от местожительства 23
Рисунок 3.1	Повозрастные показатели рождаемости в зависимости от этнической принадлежности 38
Рисунок 3.2	Суммарные коэффициенты рождаемости в зависимости от социально-биологических факторов 40
Рисунок 3.3	Тенденции в показателях рождаемости. Перепись 1989 и ПМДК 1995 41
Рисунок 4.1	Использование методов контрацепции среди замужних женщин 56
Рисунок 4.2	Использование методов контрацепции в зависимости от социально-биологических факторов 58
Рисунок 4.3	Распределение респондентов, использующих методы контрацепции, в зависимости от источника их приобретения 64
Рисунок 5.1	Повозрастные коэффициенты рождаемости и абортс 81
Рисунок 5.2	Суммарные коэффициенты абортс в зависимости от социально-биологических факторов 82
Рисунок 5.3	Повозрастные коэффициенты абортс в различные периоды времени 84
Рисунок 6.1	Семейный статус женщин в возрасте 15-49 лет 90
Рисунок 7.1	Отношение замужних женщин в возрасте 15-49 лет к рождению детей 102
Рисунок 7.2	Отношение замужних женщин к рождению детей в зависимости от количества имеющихся живых детей 104
Рисунок 7.3	Процент замужних женщин с реализованными и нереализованными потребностями в службах планирования семьи в зависимости от социально-биологических факторов 108
Рисунок 8.1	Тенденции младенческой смертности по данным Минздрава РК и ПМДК 116
Рисунок 8.2	Смертность детей в возрасте до 5 лет в зависимости от некоторых социально-биологических факторов 117
Рисунок 9.1	Аntenатальная помощь, место проведения родов и родовспоможение 125
Рисунок 9.2	Вакцинация детей в возрасте 12-24 месяцев 132
Рисунок 9.3	Частота респираторных заболеваний и кишечных инфекций среди детей в течение двух недель, предшествовавших исследованию, в зависимости от возраста ребенка 134
Рисунок 10.1	Распространенность низкорослости среди детей в зависимости от их возраста и продолжительности межродового интервала 149
Рисунок 10.2	Распространенность низкорослости в зависимости от социально-биологических факторов 149
Рисунок 11.1	Распространенность анемии выраженной степени среди беременных, кормящих и небеременных и не кормящих женщин в возрасте 15-49 лет .. 156
Рисунок 11.2	Процентное распределение гемоглобина среди женщин в возрасте 15-49 лет 156
Рисунок 11.3	Процент женщин с анемией тяжелой и выраженной степени среди применяющих и неприменяющих ВМС 157

АВТОРЫ МОНОГРАФИИ

Шарманов Торегельды Шарманович

доктор медицинских наук,
академик АН РК, АПМ РК и РАМН,
директор Института питания МН-АН РК,
президент Академии профилактической медицины.
480008, Республика Казахстан, г. Алматы, ул. Клочкова 66.

Салливан Джереми М.

доктор философии,
заместитель директора
Отдела медико-демографических исследований
Макро Интернэшнл, США.
11785 Beltsville Dr. Calverton, MD 20705, USA

Девятко Василий Николаевич

министр здравоохранения Республики Казахстан.
480004, Республика Казахстан, г. Алматы, ул. Аблайхана 63.
Министерство здравоохранения РК

Дуйсекеев Амангельды Дуйсекеевич

доктор медицинских наук,
первый заместитель министра здравоохранения РК.
480004, Республика Казахстан, г. Алматы, ул. Аблайхана 63.
Министерство здравоохранения РК

Каюпова Нина Амировна

доктор медицинских наук,
академик АПМ РК,
директор Научного центра охраны материнства и детства МЗ РК.
480020, Республика Казахстан, г. Алматы, пр. Достык 125

Шарманов Алмаз Торегельдиевич

доктор медицинских наук,
специалист по международному здравоохранению
Макро Интернэшнл, США.
11785 Beltsville Dr. Calverton, MD 20705, USA

Уайнстайн Кия И.

доктор философии,
консультант
Макро Интернэшнл, США.
11785 Beltsville Dr. Calverton, MD 20705, USA

Тан Ли

специалист по сэмплингу,
Макро Интернэшнл, США.
11785 Beltsville Dr. Calverton, MD 20705, USA

Карсыбекова Найля Мауленовна

старший научный сотрудник

Института питания МН-АН РК.

480008, Республика Казахстан, г. Алматы, ул. Клочкова 66.

Бекбосынов Темирхан Кадырбекович

старший научный сотрудник

Института питания МН-АН РК.

480008, Республика Казахстан, г. Алматы, ул. Клочкова 66.

Бикташева Хазина Мусатаевна

старший научный сотрудник

Научного центра охраны материнства и детства МЗ РК.

480020, Республика Казахстан, г. Алматы, пр. Достык 125

Балгимбеков Шамшидин Абдуалиевич

докторант

Института питания МН-АН РК.

480008, Республика Казахстан, г. Алматы, ул. Клочкова 66.

Сисемалиев Райымбек

сотрудник

Института питания МН-АН РК.

480008, Республика Казахстан, г. Алматы, ул. Клочкова 66.

ПРЕДИСЛОВИЕ

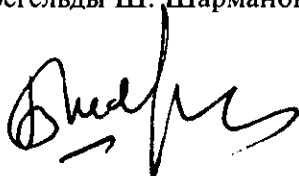
Программа медико-демографического исследования Казахстана 1995 года (ПМДК) - это первое исследование демографической ситуации и состояния здоровья в Казахстане, проведенное на общенациональном уровне с использованием методологии социологического опроса. Цель программы состояла в разработке для Министерства здравоохранения Казахстана информационной базы по рождаемости и детской смертности, репродуктивному здоровью, планированию семьи, здоровью и питанию матери и ребенка, грудному вскармливанию, статусу питания и анемии. Полученные данные имеют важное значение для выяснения факторов, оказывающих влияние на здоровье женщин и детей, и могут быть использованы при планировании эффективных долгосрочных программ в области здравоохранения.

Успешное завершение ПМДК и публикация данной монографии являются результатом труда многих специалистов. Мне хотелось бы выразить слова благодарности Министерству здравоохранения республики, а также работникам здравоохранения, администрациям областей, районов, сел республики за их помощь и активное содействие в выполнении данной работы. Мне также хотелось бы отметить следующих членов научного коллектива, внесших большой вклад в разработку и осуществление данной программы: докторов Найлю Карсыбекову, Темирхана Бекбосынова, Игоря Цой, Юрия Синявского, Талапкали Измухамбетова, Шамшидина Балгимбекова, а также госпожу Нагиму Есеналинову. Выражаю благодарность всем супервизорам, редакторам, техникам, интервьюерам, листерам, а также членам группы компьютерной обработки данных, за их вклад в успешное завершение программы.

Данное исследование не могло бы быть осуществлено без технической помощи Отдела Медико-демографических исследований Макро Интернэшнл США и финансовой поддержки Агентства США по Международному развитию. Прежде всего мне хотелось бы выразить слова благодарности доктору Джереми Салливану, заместителю директора Отдела медико-демографических исследований Макро Интернэшнл, за помощь в общей разработке программы, анализе результатов исследований и написание отдельных глав настоящей монографии. Мне также хотелось бы поблагодарить следующих американских коллег: докторов Алмаза Шарманова и Кию Уайнстайн за помощь в научной разработке программы, обучении сотрудников, и создании данной монографии; господина Тревора Крофта за разработку компьютерных программ и организацию системы обработки данных; госпожу Тан Ли за разработку статистической выборки. Выражаю признательность госпоже Ани Кросс и доктору Элизабет Соммерфельт за их ценные замечания и комментарии по некоторым главам монографии, а также госпоже Трине Янникос за общее редактирование английского варианта монографии.

Мы благодарим и многих других участников программы, способствовавших успешной ее реализации, чьи имена представлены в Приложении D. Хотелось надеяться, что результаты ПМДК послужат ценным источником информации, необходимой для успешной реализации реформы здравоохранения и решения задач социального развития Казахстана.

Торегельды Ш. Шарманов,



Национальный директор Программы,
Директор Института питания МН-АН РК,
Президент Академии профилактической медицины Казахстана

ОСНОВНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ КАЗАХСТАНА 1995 ГОДА

Торегельды Ш. Шарманов

Цель Программы медико-демографического исследования Казахстана (ПМДК) состояла в разработке для Министерства здравоохранения республики информационной базы в области репродуктивного здоровья и питания женщин и детей. Программа предусматривала сбор данных по таким важнейшим категориям, определяющим здоровье женщин и детей, как рождаемость, младенческая смертность, аборт, использование методов контрацепции, статус питания и грудное вскармливание, а также анемия. Исследование было проведено на общенациональной репрезентативной выборке, состоящей из 3771 женщин репродуктивного возраста (15-49 лет). Основной сбор данных проводился в период времени с мая по сентябрь 1995 года.

ПМДК выполнялась Институтом питания МН-АН РК при технической и финансовой поддержке Отдела Медико-демографических исследований Макро Интернэшнл (США) и Агентства США по международному развитию. Анализ результатов и написание окончательного отчета осуществлялись при участии Академии профилактической медицины Республики Казахстан.

Следует отметить, что независимо от проведения настоящего исследования, Министерство здравоохранения республики располагало базовыми статистическими данными об общей рождаемости, детской и младенческой смертности, распространенности абортов и другим показателям, которые в течение многих лет регулярно собирались на основе существующей регистрационной системы. Однако особенностью данного медико-демографического исследования является то, что информация собиралась с использованием относительно новой для Казахстана методологии - социологического опроса, и была представлена в несколько ином контексте, в частности, с учетом таких факторов, как возраст, этническая принадлежность, продолжительность брака, уровень образования и др. Кроме того, Программа медико-демографического исследования позволила получить уникальные результаты по таким важным аспектам здоровья и питания женщин и детей, как практика грудного вскармливания, статус питания и распространенность анемии, которые до настоящего времени были малоизучены на общенациональном уровне.

Есть основания считать, что результаты медико-демографического исследования в комплексе с имеющимися базовыми статистическими данными позволят лучше понять социально-экономические и биологические факторы, влияющие на здоровье женщин и детей, что исключительно важно для успеха осуществляемой в республике реформы здравоохранения. Ниже в обобщенном виде представлены основные результаты медико-демографического исследования. В более детальном виде анализ полученных результатов представлен в соответствующих главах настоящей коллективной монографии.

Снижение рождаемости. Результаты исследования позволили установить, что суммарный коэффициент рождаемости (СКР) для Казахстана составил 2.5 ребенка на женщину. Уровень рождаемости различается в отдельных группах населения. Самый низкий показатель был характерен для г.Алматы (1.5 ребенка на женщину) и Северо-Восточного региона (1.8); промежуточный - для Западного и Центрального регионов (по 2.7); и наивысший - для Южного региона республики (3.4). СКР среди женщин русской национальности (1.7 ребенка на женщину) был ниже, чем среди женщин-казашек (3.1).

Сравнение данных Переписи населения 1989 года и ПМДК 1995 года свидетельствует о значительном снижении уровня рождаемости в Казахстане за последние 5 лет: СКР снизился с 2.9 до 2.5 ребенка на женщину. За тот же период времени СКР среди женщин казахской национальности снизился с 3.6 до 3.1, а среди русских женщин - с 2.2 до 1.7. Тенденция снижения рождаемости в Казахстане также подтверждается при сравнении таких демографических параметров, как окончательные размеры семьи женщины, формирующиеся к концу ее репродуктивного возраста, и значения СКР в настоящем. Окончательные размеры семьи среди женщин в возрасте 45-49 лет составляют 3.4 ребенка, что почти на одного ребенка больше, чем нынешнее значение СКР (2.5).

В целом, одна треть родов (34 процента) у женщин Казахстана происходила в течение 24 месяцев после предыдущих родов. Межродовой интервал значительно длиннее среди русских матерей (44 месяца), чем среди матерей-казашек (28 месяцев). Средняя продолжительность межродового интервала среди городских женщин составила 39 месяцев, среди сельских - 29 месяцев.

Возраст начала деторождения среди женщин в Казахстане не претерпел значительных изменений за последние десятилетия. В целом почти у 15 процентов женщин в республике первые роды произошли в 18 или 19 лет, у 25-30 процентов женщин - в 20-21, и у остальных 25-30 процентов - в возрасте 22-24 года.

Шестьдесят процентов женщин сообщили, что они не хотят иметь больше детей. В целом, желающие отложить рождение следующего ребенка (19 процентов), или совсем прекратить деторождение (60 процентов) в сумме составляют 79 процентов из числа опрошенных женщин репродуктивного возраста.

Снижение детской смертности. В ПМДК сбор данных по младенческой смертности проводился на основе международных критериев определения живорождения. К живорожденным относили всех родившихся живыми, независимо от продолжительности беременности, при наличии любых признаков жизни: дыхания, сердцебиения, произвольного сокращения мышц. Младенческая смертность - смертность младенцев, родившихся живыми, до наступления одного года (United Nations, 1992).

По данным ПМДК за период времени 1990-94 годы уровень младенческой смертности в Казахстане составил 40 на 1000 родов. Показатели неонатальной и постнеонатальной смертности были приблизительно одинаковыми - 20 на 1000. Уровень детской смертности (от года до пяти лет) был значительно ниже - 6 на 1000.

Между периодами времени 1980-1984гг. и 1990-1994гг. показатель младенческой смертности в Казахстане снизился с 44 на 1000 до 40 на 1000 (около 10 процентов). Данное снижение произошло главным образом за счет снижения смертности в постнеонатальном периоде.

МЗ РК ежегодно публикует данные по уровню младенческой смертности. Однако критерии живорождения, использовавшиеся в Казахстане до последнего времени, отличаются от критериев, применявшихся в ПМДК и в мировой практике. Как и в большинстве республик бывшего Советского Союза, беременность, завершившаяся при сроке менее 28 недель, считалась недоношенной и классифицировалась как поздний выкидыш. Только в случае выживания преждевременно родившегося ребенка в течение 7 дней, он рассматривался как

живорожденный. Таким образом, некоторые случаи, которые классифицировались как поздние выкидыши в официальной статистике МЗ РК, согласно критериям, которые были взяты за основу в ПМДК, могли бы быть расценены как случаи живорождения или младенческой смертности. По указанной причине показатели младенческой смертности, опубликованные МЗ РК, почти на 30 процентов ниже данных, полученных в ПМДК. Тем не менее, оба источника подтверждают приблизительно аналогичную тенденцию снижения младенческой смертности в Казахстане между периодами времени 1980-84 гг и 1990-94 гг: на 10 процентов по данным ПМДК, и на 15 процентов - по данным МЗ РК.

Повышение уровня использования методов контрацепции. В ПМДК изучались вопросы планирования семьи и репродуктивного здоровья. Результаты исследования показали, что осведомленность женщин о методах контрацепции в Казахстане является достаточно высокой. Девяносто восемь процентов респондентов осведомлены по меньшей мере об одном методе контрацепции; в среднем женщины осведомлены о 5 методах контрацепции.

Среди замужних женщин 84 процента сообщили о том, что они когда-либо в своей жизни использовали метод контрацепции. Пятьдесят девять процентов замужних женщин сообщили о том, что они используют методы контрацепции в настоящее время. Сорок шесть процентов используют современные методы, а остальные 13 процентов - традиционные методы. Использование внутриматочных средств (ВМС) является наиболее популярным методом контрацепции в Казахстане; две из трех замужних женщин, использующих методы контрацепции, применяют ВМС.

Уровень использования современных методов контрацепции является приблизительно одинаковым, независимо от социально-биологической характеристики женщин. Женщины как русской, так и казахской национальности в равной степени используют современные методы контрацепции (47 и 45 процентов, соответственно). Однако процент женщин русской национальности, использующих традиционные методы контрацепции несколько выше, чем среди женщин-казашек (20 и 7 процентов, соответственно).

Статистические данные МЗ РК показывают, что с 1988 по 1993 годы использование ВМС и гормональных контрацептивных средств женщинами репродуктивного возраста возросло с 20 до 29 процентов (почти на 48 процентов). По данным ПМДК подавляющее большинство женщин приобретают контрацептивные средства через государственный сектор (92 процента). Сорок четыре процента женщин - в стационарах и поликлиниках, 26 процентов - в женских консультациях и 19 процентов - через аптечную сеть. Основными источниками, предоставляющими женщинам ВМС, являются больницы (34 процента) и женские консультации (31 процент). Оральные контрацептивы в основном (58 процентов) приобретаются через аптечную сеть.

Из 41 процента замужних женщин, не использовавших методы контрацепции ко времени проведения ПМДК, почти половина (48 процентов) сообщили, что намерены использовать их когда-либо в будущем; 28 процентов - в течение ближайших 12 месяцев, 17 процентов - несколько позже, и остальные 3 процента выразили неуверенность в использовании методов контрацепции. Подавляющее большинство (79 процентов) респондентов, не использующих методы контрацепции, но намеренные использовать их в будущем, предпочитают применять ВМС.

Снижение уровня абортов. Как и в большинстве республик бывшего Советского Союза, в Казахстане индуцированный аборт в течение длительного времени оставался одним из основных методов регулирования рождаемости. Аналогично методам оценки рождаемости, в ПМДК рассчитывался суммарный коэффициент абортов (СКА), отражающий количество абортов, которые женщина могла бы иметь в течение всей своей жизни, если бы она сохранила имеющийся повозрастной коэффициент на протяжении всего репродуктивного периода. СКА рассчитывался как на общенациональном уровне, так и для отдельных групп женщин.

Согласно результатам, в среднем женщина в Казахстане имела два аборта (1.8) в течение всей ее репродуктивной жизни. СКА выше среди городских женщин (2.0 аборта на женщину), чем сельских - (1.5). Кроме того СКА значительно выше среди женщин русской национальности (2.7), чем среди женщин-казашек (1.1).

Как и следовало ожидать, выявлена обратная корреляционная связь частоты абортов с рождаемостью. В Южном регионе с высоким уровнем рождаемости, СКА был наименьшим (0.9 аборта на женщину). Промежуточному уровню рождаемости в Западном и Центральном регионах соответствуют промежуточные значения СКА (1.0 и 1.6, соответственно). В городе Алматы и Северо-Восточном регионе, характеризующихся относительно низким уровнем рождаемости, значения СКА были самыми высокими (2.5 и 3.0, соответственно).

Значительный интерес представляют результаты, основанные на данных ПМДК и МЗ РК о связи между уровнем использования средств контрацепции и частотой индуцированных абортов. Данные свидетельствуют о том, что на протяжении почти пятилетнего периода времени уровень использования гормональных контрацептивных средств и ВМС в Казахстане возрос на 32 процента; и в течение этого же периода времени частота абортов снизилась на 15 процентов. Это является очевидным и убедительным свидетельством того, что использование контрацепции способствует снижению уровня индуцированных абортов.

Здоровье матери и ребенка. В Казахстане создана достаточно разветвленная сеть учреждений здравоохранения, предназначенных для оказания медицинской помощи женщинам и детям, которая включает многочисленные родильные дома, родильные и гинекологические отделения больниц, женские консультации, фельдшерско-акушерские пункты и др. Указанная система позволяет оказывать антенатальную помощь и обеспечивать родовспоможение в самых различных регионах республики.

По данным ПМДК фактически все роды в Казахстане (98 процентов) имели место в медицинских учреждениях: 96 процентов в родильных домах и остальные 2 процента либо в стационарах общего профиля, либо фельдшерско-акушерских пунктах. Только 2 процента родов в Казахстане произошли в домашних условиях. Почти все роды (99 процентов) были проведены под контролем медицинского персонала: 78 процентов - при участии врача и 21 процент- акушерки или медицинской сестры без участия врача.

Как и следовало ожидать, результаты исследования показали, что значительной части респондентов была оказана антенатальная помощь медицинскими работниками: большинству-врачами (69 процентов) и 21 проценту - медсестрой или акушеркой. Только лишь семи процентам женщин не была оказана антенатальная помощь. Характерным для Казахстана также является оказание антенатальной помощи на ранних сроках беременности и на всем ее протяжении. Среднее количество антенатальных визитов со слов респондентов составило одиннадцать.

Ввиду широко распространенной практики хранения медицинских карточек в детских поликлиниках, и отсутствия в большинстве случаев этих карточек у матерей, сбор данных по охвату вакцинацией в Казахстане был проведен главным образом на основе информации, полученной со слов респондентов. Среди детей 12-23-месячного возраста был установлен высокий удельный вес вакцинированных БЦЖ (97 процентов), первой дозой АКДС (98 процентов) и полиовакциной (100 процентов). Однако приблизительно половина детей, которым была начата серия вакцинаций АКДС и полиовакциной, не завершила ее полный курс. Семидесяти двум процентам детей 12-23 месячного возраста была привита противокоревая вакцина.

Статус питания. Грудное вскармливание в Казахстане является почти универсальным; 96 процентов детей, родившихся в течение трех лет, предшествовавших исследованию, вскармливались грудью. В целом, 10 процентов детей были впервые приложены к груди в течение первого часа после родов и 40 процентов в течение 24 часов после родов. Средняя продолжительность грудного вскармливания составила 14 месяцев. Однако, продолжительность исключительного грудного вскармливания, рекомендуемого Всемирной Организацией Здравоохранения, в Казахстане является короткой (0.4 месяца).

В Казахстане дополнительное питание в рацион детей вводится рано. В рационы значительного количества вскармливаемых грудью детей в возрасте 0-3 месяца были дополнительно введены детские питательные смеси (20 процентов), цельное или порошковое молоко (17 процентов). К 4-7 месячному возрасту 25 процентов вскармливаемых грудью детей получали продукты питания богатые белком (мясо, птица, рыба и яйца) и по меньшей мере 47 процентов - злаковые, фрукты и овощи.

Около 80 процентов не вскармливаемых грудью детей в возрасте 0-3 года получали цельное или порошковое молоко в течение последних суток, предшествовавших исследованию. По истечении годовалого возраста значительная часть детей (около 80 процентов) получала высокобелковые продукты питания.

В ПМДК было проведено антропометрическое (измерение роста и веса) обследование детей в возрасте до трех лет. На этих данных основывалась оценка статуса питания с целью выявления отдельных форм недостаточности питания среди детей. В целом по Казахстану выявлено, что у 16 процентов детей имеет место умеренная или выраженная задержка роста и у 3 процентов - умеренная или выраженная степень истощения.

В частности, при анализе недостаточности питания по параметрам задержки роста, установлены различия среди отдельных групп детей. Задержка роста умеренной и выраженной степени была особенно значительной среди детей 12-23 месячного возраста (23 процента) по сравнению с детьми младенческого возраста (4 процента среди детей младше 6 месяцев, и 10 процентов среди детей возрастом 6-11 месяцев). Кроме того, отставание в росте чаще наблюдалось среди детей, родившихся с межродовым интервалом менее 24 месяцев (28 процентов) по сравнению с теми, кто родился с более длительным межродовым интервалом (20 процентов - с межродовым интервалом 24-47 месяцев; и 7 процентов - с интервалом 48+ месяцев). Задержка роста умеренной и выраженной степени также чаще выявлялась среди детей, проживающих в сельской местности (22 процента), в Южном и Центральном регионах (23 и 22 процента, соответственно), а также среди детей казахской национальности (21 процент).

Анемия. Оценка распространенности анемии среди женщин и детей являлась одной из основных задач в ПМДК. Анемия признана важной проблемой мирового здравоохранения и в течение десятилетий остается одной из ведущих проблем здравоохранения в Казахстане. Тем не менее, ПМДК стала первым исследованием анемии в Казахстане, выполненным на основе общенациональной репрезентативной выборки. Исследование основывалось на определении концентрации гемоглобина в крови с использованием прибора Hemoсue.

Приблизительно половина (49 процентов) женщин в Казахстане страдают анемией той или иной степени. У 37 процентов этих женщин имела место умеренная анемия, у 11 процентов - выраженная и 1 процента - анемия тяжелой степени (уровень Hb меньше 7.0 г/дл). Наивысший уровень анемии (59 процентов) был выявлен в Западном регионе. Уровень анемии был выше среди женщин-казашек (57 процентов), чем среди женщин русской (42 процента) и других национальностей (43 процента). Распространенность анемии среди беременных женщин была в три раза выше, чем среди небеременных.

Шестьдесят девять процентов детей в возрасте до трех лет в Казахстане страдают анемией той или иной степени. Количество детей с анемией умеренной и выраженной степени было приблизительно одинаковым (30 и 34 процента, соответственно). У небольшой, но существенной части детей (6 процентов), диагностирована тяжелая степень анемии. Аналогично распределению анемии среди матерей, наивысший уровень анемии среди детей был выявлен на Западе республики (81 процент). Анемия тяжелой степени была диагностирована у 9 процентов детей казахской национальности, тогда как среди русских детей не было выявлено случаев тяжелой анемии. В ПМДК был установлен ряд предрасполагающих демографических факторов, повышающих вероятность возникновения анемии среди детей. К ним относятся: возраст детей 12-23 месяцев, высокий паритет родов, межродовой интервал 24-47 месяцев и наличие анемии у матерей.

Результаты исследования анемии в Казахстане позволяют создать научную базу для разработки региональных программ по фортификации продуктов питания железом, а также для селективного распространения лекарственных препаратов с повышенным содержанием железа, аскорбиновой кислоты и других эссенциальных нутриентов среди наиболее уязвимых групп населения - беременных женщин и детей раннего возраста.

КАЗАХСТАН

