

# **Asian Health Chart Book 2006: A summary**

एशियन स्वास्थ्य चार्ट पुस्तक 2006

जन स्वास्थ्य गुप्तचर विभाग

स्वास्थ्य मंत्रालय

(Hindi)

नवम्बर 2006 में

स्वास्थ्य मंत्रालय

PO Box 5013, Wellington, New Zealand

द्वारा प्रकाशित

ISBN 0-478-30081-6 (पुस्तिका)

ISBN 0-478-30082-4 (इंटरनेट)

HP: 4319



# Executive Summary

## कार्यकारी संक्षेप ( एग्जेक्टिव समरी )

### Background

#### पृष्ठभूमि

न्यूज़ीलैंड स्वास्थ्य योजना (स्वास्थ्य मंत्री 2000) के उद्देश्यों में से एक है सभी न्यूज़ीलैंड वासियों के स्वास्थ्य की जांच करना तथा जातीय समूहों के बीच स्वास्थ्य असमानता की जांच करना। पिछले दशक में माओरी, पाकिहा तथा प्रशान्त जातीय समूहों के स्वास्थ्य की जांच में काफी उन्नति की गई है, परन्तु एशियन लोगों के लिए ऐसा बहुत ही कम किया गया है। इस रिपोर्ट का उद्देश्य है न्यूज़ीलैंड में रहने वाले एशियन लोगों के वर्तमान स्वास्थ्य-सम्बन्धी आँकड़ों के समाकलन द्वारा इस कमी को पूरा करना, ताकि उसके द्वारा न्यूज़ीलैंड के एशियन लोगों के वर्तमान स्वास्थ्य स्तर की स्थिति को एक आधार-रेखा या बेस-लाइन के रूप मापने से भावी प्रवाह को जांचा जा सके।

इस रिपोर्ट में प्रयोग की गई 'एशियन' की परिभाषा वह है जिसे स्टैटिस्टिक्स न्यूज़ीलैंड ने 1996 में विकसित किया था। इस परिभाषा में उन लोगों को सम्मिलित किया गया है जिनका मूल एशियन महाद्वीप है, पश्चिम में अफगानिस्तान से लेकर पूर्व में जापान तक, और उत्तर में चीन से लेकर दक्षिण में इंडोनेशिया तक।

एशियन न्यूज़ीलैंड वासी भाषा, संस्कृति तथा आवास इतिहास आदि में एक दूसरे से बहुत भिन्न हैं, जिनसे उनकी स्वास्थ्य जरूरतें प्रभावित हो सकती हैं। चीनी और भारतीय दो सबसे बड़े एशियन समुदाय हैं तथा न्यूज़ीलैंड में उनके आवास का इतिहास काफी लम्बा है। परिणामस्वरूप, इस रिपोर्ट में तीन सामुदायिक समूहों से सम्बन्धित आँकड़ों को पृथक रूप से दिया गया है - चीनी, भारतीय तथा 'अन्य एशियन', जिसे निवास की अवधि से स्तरीकरण किया गया है। ऐसा करने से हमारा उद्देश्य है 'एशियन' जनसंख्या में विद्यमान विभिन्नता को मान्यता देना और औसतन मूल्यांकन के खतरों से बचाव करना।

### Data sources and statistical methods

#### आँकड़ों के स्रोत तथा सांख्यिकीय प्रणालियां

इस रिपोर्ट में आँकड़े न्यूज़ीलैंड स्वास्थ्य सूचना सेवा, न्यूज़ीलैंड कैंसर रजिस्ट्री, स्टैटिस्टिक्स न्यूज़ीलैंड, नैशनल स्क्रीनिंग यूनिट तथा न्यूज़ीलैंड स्वास्थ्य सर्वे सहित अनेकों स्रोतों से प्राप्त किए गए थे। ये आँकड़े अधिकतर 2001 - 2003 से सम्बन्धित हैं; समय सारणियों के लिए पर्याप्त रूप में संतुलित कोई ऐतिहासिक आँकड़े उपलब्ध नहीं थे।

अधिकतर निर्देशक इस रिपोर्ट में अपरिष्कृत दरों तथा/या आयु-विशेष दरों को सारणीबद्ध आरूप में प्रस्तुत किए गए हैं। स्पष्ट आयु-मानकीकरण दरों का प्रयोग जातीय समूहों तथा कुल न्यूज़ीलैंड जनसंख्या के बीच संक्षिप्त तुलना को समर्थ करने के लिए किया गया है (इस कारणवश, साधारण रूप से मानकीकरण दरों को नहीं दिखाया गया है - केवल अनुपात दरों को [ही दिखाया गया है])। अधिकतर दरों तथा अनुपात दरों के लिए 95% दृढ़ता अंतराल (कॉन्फिडेंस इन्टरवल्स) प्रदान किए गए हैं। स्वास्थ्य परिणामों तथा एशियन जातीयता के बीच विभिन्न सम्बन्धों की जांच करने के लिए सानुपाती प्रतिगमन नमूनों (लॉजिस्टिक रिग्रेशन मॉडल्स) की संरचना की गई है, आयु, लिंग, अभाव तथा न्यूज़ीलैंड में निवास की अवधि सहित अनेकों सहविभेदों के लिए समायोजन करते हुए।

## Key results

### मुख्य परिणाम

इस रिपोर्ट में चुने गए निर्देशक परम्परागत सिद्धान्त पर आधारित हैं:

- विस्तृत स्वास्थ्य चिन्ताओं का संकेत करना
- प्रत्येक जीवन स्थिति में अत्यन्त महत्वपूर्ण स्वास्थ्य समस्याओं पर ध्यान देना
- विश्वसनीय तथा प्रामाणिक रूप से जांच की जा सके
- हस्तक्षेप (इंटरवेन्शन) द्वारा परिवर्त्य हैं।

## Health outcomes

### Whole of life

### स्वास्थ्य परिणाम

### सम्पूर्ण जीवन

समस्त जीवन के दौरान स्वास्थ्य का प्रग्रहण करने के लिए चार निर्देशकों का चुनाव किया गया था: जीवन-प्रत्याशा, परिहार्य मृत्यु-दर, चलन सम्बन्धी संवेदनशील अस्पताल-भर्ती तथा मानसिक स्वास्थ्य।

**Table I:** संक्षिप्त निर्देशक, समस्त जीवन

निर्देशक	चाईनीज़		भारतीय		अन्य एशियन		कुल जनसंख्या	
	पुरुष	महिला	पुरुष	महिला	पुरुष	महिला	पुरुष	महिला
जन्म के समय जीवन-प्रत्याशा, 1999-2003	84.7 (83.9-85.5)	88.0 (87.3-88.8)	78.4 (77.2-79.6)	82.2 (81.1-83.4)	N/a	N/a	75.9 (75.8-76.0)	80.9 (80.8-81.0)
परिहार्य या बचने योग्य मृत्यु-दर, 1998-2002	CR, per 100,000 123.6 (109.5-138.9)	65.1 (55.4-75.9)	174.0 (153.1-196.8)	93.3 (78.2-110.5)	137.1 (119.6-156.5)	73.7 (62.2-86.7)	N/a	N/a
	SRR 0.5 (0.4-0.6)	0.5 (0.4-0.6)	0.9 (0.8-1.0)	0.8 (0.7-1.0)	0.9 (0.8-1.0)	0.7 (0.6-0.9)	1.0	1.0
चलन सम्बन्धी संवेदनशील अस्पताल-भर्ती, 1999-2003	CR, per 100,000 1207.1 (1162.4-1253.1)	1119.1 (1077.9-1161.6)	3734.5 (3635.6-3835.3)	2754.5 (2669.3-2841.7)	1734.8 (1670.8-1800.7)	1515.5 (1461.6-1570.9)	N/a	N/a
	SRR 0.4 (0.4-0.4)	0.4 (0.4-0.4)	1.3 (1.3-1.3)	1.1 (1.1-1.1)	0.7 (0.7-0.7)	0.7 (0.7-0.7)	1.0	1.0
सर्व आयु आत्महत्या मृत्यु-दर, 1998-2002	CR, per 100,000 7.4 (4.3-11.8)	4.4 (2.2-7.8)	21.9 (15.0-30.9)	6.2 (2.8-11.8)	9.3 (5.2-15.4)	6.6 (3.5-11.2)	N/a	N/a
	SRR 0.3 (0.2-0.6)	0.6 (0.3-1.3)	1.0 (0.6-1.6)	0.8 (0.4-1.9)	0.4 (0.2-0.8)	1.1 (0.5-2.5)	1.0	1.0

\* **SRR:** मानकीकरण अनुपात दर। संदर्भ समूह (अनुपात दर = 1) न्यूज़ीलैंड जनसंख्या का योग है। **CR:** अपरिष्कृत दर।

- जन्म के समय चाईनीज़ लोगों की जीवन-प्रत्याशा न्यूज़ीलैंड की कुल जनसंख्या से काफी अधिक है।
- कुल जनसंख्या की तुलना में, परिहार्य मृत्यु-दर चाईनीज़, भारतीय तथा अन्य एशियन समूहों के लोगों में काफी कम है।
- न्यूज़ीलैंड में पैदा हुए या लम्बे समय से न्यूज़ीलैंड में निवास करने वाले चाईनीज़ लोगों में अपरिहार्य मृत्यु-दर अधिक बुरी हो जाती है।
- कुल जनसंख्या की तुलना में चाईनीज़ तथा अन्य एशियन लोगों में चलन सम्बन्धी-संवेदनशील अस्पताल-भर्ती की दर काफी कम है, जबकि भारतीयों में यह दर बहुत ऊंची है।
- चाईनीज़ तथा अन्य एशियन पुरुषों में आत्महत्या मृत्यु-दर कुल जनसंख्या की तुलना में बहुत ही कम है।

### Infants and children (0–14 years)

#### शिशु तथा बालक (0–14 वर्ष)

इस भाग में प्रयुक्त किए गए निर्देशकों में शिशु मृत्यु-दर, कम जन्म भार, चोट तथा दमा सम्मिलित हैं।

**Table II:** संक्षिप्त निर्देशक, शिशु तथा बच्चे

निर्देशक	चाईनीज़		भारतीय		अन्य एशियन		कुल जनसंख्या	
	पुरुष	महिला	पुरुष	महिला	पुरुष	महिला	पुरुष	महिला
शिशु मृत्यु-दर, प्रति 1000, 1998–2002	2.5 (1.6–3.7)		4.7 (3.2–6.7)		3.2 (2.0–4.8)		5.7 (5.4–5.9)	
नव प्रसव मृत्यु-दर, प्रति 1000, 1998–2002	1.8 (1.1–2.9)		3.4 (2.1–5.2)		1.7 (0.9–3)		3.3 (3.1–3.5)	
नव-प्रसवोत्तर मृत्यु-दर, प्रति 1000, 1998–2002	0.7 (0.3–1.5)		1.2 (0.5–2.5)		1.5 (0.7–2.6)		2.4 (2.2–2.5)	
कम जन्म भार, 100, 1998–2002	5.5 (5.0–6.0)		10.9 (10.2–11.7)		6.9 (6.3–7.5)		6.6 (6.5–6.7)	
उद्देश्यरहित चोटों के कारण अस्पताल-भर्ती, (0–4 वर्ष), प्रति 100,000, 1999–2003	1290.3 (1119.3–1480.1)	1123.0 (961.9–1303.4)	2216.7 (1959.7–2498.1)	1673.1 (1446.0–1925.9)	1867.9 (1638.6–2120.4)	1394.6 (1199.4–1612.6)	2762.7 (2723.7–2802.1)	2151.4 (2116.2–2187.1)

उद्देश्यरहित चोटों के कारण अस्पताल-भर्ती, (5-14 वर्ष), प्रति 100,000, 1999-2003	896.0 (796.6-1004.3)	663.8 (576.2-760.9)	1477.9 (1330.3-1637.3)	906.4 (789.8-1035.4)	1529.7 (1396.7-1672.0)	827.5 (727.5-937.4)	2357.0 (2332.4-2381.9)	1492.4 (1472.3-1512.8)
दमा अस्पताल-भर्ती, (5-14 वर्ष), प्रति 100,000, 1999-2003	164.0 (123.2-214.0)	125.7 (89.4-171.8)	561.3 (471.8-662.7)	233.9 (176.7-303.8)	182.6 (138.6-236.0)	70.4 (43.5-107.5)	297.2 (288.5-306.1)	235.0 (227.1-243.2)

- शिशु मृत्यु-दर चाईनीज़ तथा अन्य एशियन जातीय समूहों में कुल जनसंख्या की तुलना में काफी कम है।
- चाईनीज़ तथा अन्य एशियन जातीय समूहों के शिशुओं में नव प्रसव मृत्यु-दर कुल जनसंख्या की तुलना में काफी कम है।
- चाईनीज़ शिशुओं में नव-प्रसवोत्तर मृत्यु-दर न्यूज़ीलैंड औसत की तुलना में काफी कम है।
- चाईनीज़ नवजात शिशुओं में कम जन्म भार कुल जनसंख्या की तुलना में कम प्रचलित है, जबकि भारतीय नवजात शिशुओं में कुल जनसंख्या की तुलना में कम जन्म भार का खतरा काफी अधिक है (परम्परागत 2500 ग्राम काटने के बिन्दु या कट-प्वाइंट का प्रयोग करते हुए)।
- चाईनीज़, भारतीय तथा अन्य एशियन बालकों की उद्देश्यरहित चोटों के कारण कुल जनसंख्या की तुलना में कम ही अस्पताल में भर्ती किए जाने की संभावना है।
- भारतीय लड़कों के कुल जनसंख्या की तुलना में दमे के कारण डेढ़ गुणा अस्पताल में भर्ती होने की संभावना है, जबकि चाईनीज़ तथा अन्य एशियन बालकों के इस अवस्था के कारण काफी कम अस्पताल में भर्ती होने की संभावना है।

## Young people (15-24 years)

### युवा जन (15-24 वर्ष)

युवा जनों के लिए चुने गए निर्देशकों में युवाओं द्वारा सामना की जाने वाली मुख्य स्वास्थ्य समस्याएं - स्वेच्छिक स्व-हानि तथा आत्महत्या, सड़क यातायात हानि तथा उर्वरता (फर्टिलिटी) सम्मिलित हैं।

**Table III:** संक्षिप्त निर्देशक, युवा जन

निर्देशक	चाईनीज़		भारतीय		अन्य एशियन		कुल जनसंख्या	
	पुरुष	महिला	पुरुष	महिला		पुरुष	महिला	पुरुष
स्वेच्छिक हानि के कारण अस्पताल-भर्ती (15-24 साल), प्रति 100,000, 1998-2002	15.0 (6.9-28.5)	87.1 (64.4-115.1)	112.6 (74.2-163.8)	334.3 (267.0-413.4)	55.2 (34.2-84.4)	167.8 (130.3-212.8)	109.9 (104.2-115.9)	267.5 (258.6-276.7)
आत्महत्या मृत्यु-दर (15-24 साल), प्रति 100,000, 1998-2002	13.3 (5.8-26.3)	5.3 (1.1-15.6)	50.0 (25.9-87.4)	19.7 (6.4-45.9)	13.1 (4.3-30.7)	14.8 (5.4-32.2)	34.9 (31.7-38.3)	12.3 (10.4-14.4)
सड़क यातायात अस्पताल-भर्ती (15-24 साल), प्रति 100,000, 1998-2002	193.5 (159.9-232.1)	142.1 (112.7-176.9)	216.8 (161.9-284.3)	114.1 (76.4-163.8)	323.3 (268.7-385.8)	264.1 (216.4-319.1)	639.1 (625.2-653.1)	324.7 (314.8-334.8)

सड़क यातायात मृत्यु-दर (15-24 साल), प्रति 100,000, 1998-2002	20.0 (10.3-35.0)	16.0 (7.3-30.4)	25.0 (9.2-54.4)	-	39.4 (22.1-65.0)	14.8 (5.4-32.2)	38.1 (34.8-41.7)	14.8 (12.8-17.1)
जन्म-दर प्रति 1000 महिला जनसंख्या (15-19 साल), प्रति 100,000, 1998-2002	N/a	5.4 (4.4-6.6)	N/a	16.1 (13.3-19.2)	N/a	11.5 (9.8-13.5)	N/a	38.0 (37.4-38.6)

- चाईनीज़ तथा अन्य एशियन युवकों में स्वेच्छिक हानि के कारण अस्पताल-भर्ती की दर कुल जनसंख्या की तुलना में काफी कम है, जबकि भारतीय युवतियों में कुल जनसंख्या की तुलना में यह दर काफी अधिक है।
- चाईनीज़ तथा अन्य एशियन युवकों में कुल जनसंख्या की तुलना में आत्महत्या मृत्यु-दर काफी कम है।
- युवा सड़क यातायात हानि अस्पताल-भर्ती की दर सभी एशियन जातीय समूहों में समस्त न्यूज़ीलैंड औसत से काफी कम है।
- 15 से 19 के आयु-वर्ग में, एशियन युवतियों में जन्म-दर कुल जनसंख्या की तुलना में काफी कम है।

## Adults (25+ years)

### प्रौढ़ (25+ वर्ष)

इस भाग के लिए चुने गए निर्देशक प्रौढ़ों द्वारा सामना की जाने वाली प्रमुख स्वास्थ्य समस्याओं पर केन्द्रित हैं, जिनमें हृदय सम्बन्धित रोग, मधुमेह या डाइबीटिज़, कैंसर तथा गिरने से लगने वाली चोटें सम्मिलित हैं।

**Table IV:** संक्षिप्त निर्देशक, प्रौढ़

निर्देशक	चाईनीज़		भारतीय		अन्य एशियन		कुल जनसंख्या	
	पुरुष	महिला	पुरुष	महिला	पुरुष	महिला	पुरुष	महिला
IHD अस्पताल-भर्ती (45-64 वर्ष), प्रति 100,000, 1999-2003	433.8 (374-500.5)	180.0 (145.1-220.8)	4217.5 (3976.2-4469.7)	1256.0 (1120.5-1403.4)	895.7 (776.2-1028.5)	307.1 (246.6-377.9)	1643.2 (1625.6-1660.9)	693.3 (682.1-704.7)
IHD अस्पताल-भर्ती (65+ वर्ष), प्रति 100,000, 1999-2003	1735.7 (1522.6-1970.2)	1239.8 (1066.7-1433.1)	8264.3 (7491.8-9094.8)	5031.4 (4459.3-5656.6)	3719.0 (3118.1-4401.9)	1798.6 (1450-2205.9)	4547.3 (4505.2-4589.7)	2859.4 (2830-2889.1)
IHD मृत्यु-दर (45-64 वर्ष), प्रति 100,000, 1998-2002	69.2 (46.7-98.8)	-	185.0 (137.3-243.9)	48.3 (25.0-84.4)	89.1 (54.4-137.6)	17.3 (5.6-40.3)	158.6 (153.1-164.1)	45.1 (42.2-48)
IHD मृत्यु-दर (65+ वर्ष), प्रति 100,000, 1998-2002	406.7 (307.2-528.1)	365.9 (274.8-477.4)	1380.7 (1076.3-1744.4)	916.4 (682.4-1205.0)	826.4 (557.6-1179.8)	567.0 (379.7-814.2)	1401.5 (1378.2-1425.2)	1061.2 (1043.3-1079.3)
स्ट्रोक या पक्षाघात अस्पताल-भर्ती (65+ वर्ष), प्रति 100,000, 1999-2003	1002.2 (842.0-1184.0)	948.5 (797.9-1119.3)	1814.6 (1462.8-2225.4)	1725.1 (1397.3-2106.6)	1432.5 (1069.9-1878.5)	1407.6 (1101.4-1772.7)	1587.5 (1562.6-1612.6)	1337.9 (1317.8-1358.2)
स्ट्रोक या पक्षाघात मृत्यु-दर (65+ वर्ष), प्रति 100,000, 1998-2002	377.6 (282.0-495.2)	426.8 (328.0-546.1)	473.4 (303.3-704.3)	413.3 (262.0-620.1)	220.4 (95.1-434.2)	469.2 (300.6-698.1)	480.5 (466.9-494.4)	622.6 (608.9-636.5)

मधुमेह (स्वयं-विवरण देना) 15+ years, 2002/03	CR, प्रति 100	3.4 (0.6–6.3)		9.4 (3.9–15)		5.7 (1.8–9.6)		N/a	
	SRR	1.4 (0.3–2.5)		3.3 (1.6–4.9)		1.8 (0.3–3.2)		1.0	
सभी कैंसर पंजीकरण (45–64 वर्ष), प्रति 100,000, 1997–2001		270.0 (223.3–323.6)	266.1 (223.3–314.8)	185.0 (137.3–243.9)	310.0 (244.6–387.4)	343.1 (270.8–428.9)	414.1 (343.3–495.1)	652.4 (641.3–663.6)	701.8 (690.5–713.3)
सभी कैंसर पंजीकरण (65+ वर्ष), प्रति 100,000, 1997–2001		1060.3 (895.3–1246.9)	806.2 (667.9–964.8)	1104.5 (834.4–1434.3)	700.8 (498.3–958)	2011.0 (1576.3–2528.6)	1446.7 (1136–1816.2)	3047.6 (3013.1–3082.3)	1685.6 (1663–1708.4)
सभी कैंसर मृत्यु-दर (45–64 वर्ष), प्रति 100,000, 1998–2002		106.1 (77.7–141.6)	82.2 (59.2–111.1)	81.4 (51.0–123.2)	100.6 (65.1–148.6)	129.2 (86.5–185.6)	120.8 (84.1–168)	239.3 (232.6–246.1)	228.7 (222.3–235.3)
सभी कैंसर मृत्यु-दर (65+ वर्ष), प्रति 100,000, 1998–2002		631.8 (506.1–779.3)	460.7 (357.8–584.1)	631.2 (431.7–891.0)	521.1 (349.0–748.4)	1239.7 (904.2–1658.8)	782.0 (558.7–1064.9)	1524.2 (1499.9–1548.9)	987.2 (969.9–1004.7)
स्तन कैंसर पंजीकरण (45+ वर्ष), प्रति 100,000, 1997–2001		N/a	100.2 (77.5–127.5)	N/a	161.2 (119.2–213.1)	N/a	173.0 (131.7–223.2)	N/a	292.7 (286.9–298.5)
स्तन कैंसर मृत्यु-दर (45+ वर्ष), प्रति 100,000, 1997–2001		N/a	21.3 (11.6–35.7)	N/a	29.6 (13.5–56.2)	N/a	41.1 (22.4–68.9)	N/a	84.5 (81.4–87.7)

टिप्पणी: CVD: हृदय सम्बन्धी रोग; IHD: इस्क्रियम हृदय रोग; CR: अपरिष्कृत दर; SRR: मानकीकरण अनुपात दर।

संदर्भ समूह (अनुपात दर = 1) न्यूजीलैंड जनसंख्या का योग है।

- भारतीय पुरुषों और महिलाओं की हृदय सम्बन्धित रोगों द्वारा अस्पताल-भर्ती तथा मृत्यु-दर कुल जनसंख्या की तुलना में काफी अधिक है।
- न्यूजीलैंड में एशियन जातीय समूहों के निवास की अवधि तथा हृदय सम्बन्धी रोग मृत्यु-दर के बीच खुराक-प्रतिक्रिया सम्बन्ध है।
- इस्क्रियम हृदय रोग अस्पताल-भर्ती सभी आयु-वर्गों के भारतीय पुरुषों और महिलाओं में कुल जनसंख्या से काफी अधिक है।
- इस्क्रियम हृदय रोग मृत्यु-दर भारतीय महिलाओं में उनकी चाईनीज और अन्य एशियन प्रतिपक्षियों की तुलना में काफी अधिक है।
- कुल मिलाकर, स्ट्रोक या पक्षाघात अस्पताल-भर्ती तथा मृत्यु-दर चाईनीज लोगों में कुल जनसंख्या की तुलना में कम है, जबकि भारतीय तथा अन्य एशियन लोगों में पक्षाघात अस्पताल-भर्ती कुल जनसंख्या की तुलना में अधिक है।
- स्वयं -रिपोर्ट की गई (सैल्फ-रिपोर्टेड) मधुमेह की व्यापकता भारतीय लोगों में कुल जनसंख्या की तुलना में तीन गुना अधिक है।
- कुल मिलाकर, कैंसर पंजीकरण तथा मृत्यु-दर सभी एशियन जातीय समूहों में कुल जनसंख्या की तुलना में कम है। यह फेफड़ों के कैंसर (तम्बाकू -आरोपणीय कैंसरों के प्रतिनिधित्व के रूप में) और बिना फेफड़ों के कैंसर दोनों पर लागू होता है।
- महिला स्तन कैंसर पंजीकरण तथा मृत्यु-दर सभी एशियन जातीय समूहों में कुल जनसंख्या की तुलना में कम है।



- पेट कैंसर पंजीकरण चाईनीज़ महिलाओं तथा अन्य एशियन पुरुषों में कुल जनसंख्या की तुलना में अधिक है।

## Health services utilisation

### स्वास्थ्य सेवाओं का उपयोग

इस भाग में चुने गए निर्देशक प्राथमिक स्वास्थ्य परिचर्या तथा चिकित्सालय निरोधक (क्लिनिकल प्रिवैन्टिव) सेवाओं पर केन्द्रित हैं।

**Table V:** संक्षिप्त निर्देशक, स्वास्थ्य सेवा उपयोग

निर्देशक	चाईनीज़		भारतीय		अन्य एशियन		कुल जनसंख्या	
	पुरुष	महिला	पुरुष	महिला	पुरुष	महिला	पुरुष	महिला
सामान्य परिचर्या 15+ वर्ष, प्रति 100, 2002/03	57.0 (45.3–68.7)	80.6 (73.9–87.3)	84.9 (77.8–92.1)	84.0 (75.2–92.8)	84.4 (75.1–93.8)	85.2 (75.8–94.5)	N/a	N/a
डाक्टर के पास जा चुके हैं, 15+ years, per 100, 2002/03	48.8 (39.1–58.4)	70.3 (62.7–77.8)	73.6 (63.1–84.1)	74.5 (64.1–84.9)	66.0 (54.9–77.1)	70.6 (60.2–81.1)	N/a	N/a
दंत-चिकित्सक के पास जा चुके हैं, 15+ वर्ष, प्रति 100, 2002/03	17.0 (10.5–23.5)	21.9 (15.5–28.2)	23.5 (10.7–36.4)	32.5 (20.4–44.5)	32.9 (21.9–43.9)	25.6 (16.4–34.9)	N/a	N/a
संपूरक/विकल्प प्रदाता प्रयोग, 15+ वर्ष, प्रति 100, 2002/03	8.2 (3.5–13)	19.9 (13.4–26.5)	8.3 (2.7–13.9)	9.6 (3.2–16.1)	6.9 (1.3–12.6)	12.0 (5.4–18.5)	N/a	N/a
मैमोग्राफी 50–64 वर्ष, प्रति 100, 2001/02	N/a	57.0 (55.2–58.9)	N/a	57.5 (54.9–60.3)	N/a	56.4 (53.8–59.1)	N/a	66.8 (66.4–67.1)
गर्भाशय एक्सरे प्रेक्षण (सर्विकल स्क्रीनिंग) 20–69 वर्ष, प्रति 100, 2001–2003	N/a	52.5 (51.7–53.2)	N/a	64.6 (63.4–65.7)	N/a	44.6 (43.8–45.4)	N/a	73.0 (72.6–73.1)
रक्तचाप टेस्ट 15+ वर्ष, प्रति 100, 2002/03	33.6 (22.5–44.7)	38.8 (30.7–46.9)	45.1 (32.3–57.9)	49.3 (37.5–61.2)	30.4 (19.2–41.7)	37.1 (25.9–48.2)	N/a	N/a
कॉलेस्ट्रॉल टेस्ट 15+ वर्ष, प्रति 100, 2002/03	18.7 (9.3–28.1)	19.3 (12.9–25.7)	36.5 (23.8–49.1)	25.7 (14.5–37)	26.7 (16.1–37.3)	18.3 (8.7–28)	N/a	N/a
मधुमेह टेस्ट 15+ वर्ष, प्रति 100, 2002/03	17.0 (8.9–25.2)	19.5 (13.1–25.8)	39.4 (25.9–52.9)	28.8 (18.0–39.7)	14.6 (7.1–22.2)	17.6 (8.3–26.9)	N/a	N/a

- एशियन जातीय समूहों के बीच, न्यूज़ीलैंड यूरोपियनों की तुलना में चाईनीज़ लोगों में सामान्य परिचर्याओं का प्रयोग करने की संभावना कम है (आयु, लिंग, अभाव तथा न्यूज़ीलैंड में निवास पर नियंत्रण के बाद)।
- सभी एशियन जातीय समूहों के लोगों की न्यूज़ीलैंड यूरोपियनों की तुलना में पिछले 12 महीनों में डाक्टर या दंत-चिकित्सक के पास जाने की संभावना काफी कम है (आयु, लिंग तथा अभाव पर नियंत्रण के बाद)।
- सभी एशियन जातीय समूहों के लोगों की न्यूज़ीलैंड यूरोपियनों की तुलना में संपूरक/विकल्प प्रदाता के पास जाने की संभावना काफी कम है (आयु तथा अभाव पर नियंत्रण के बाद)।

- सभी एशियन जातीय समूहों की महिलाओं की न्यूज़ीलैंड यूरोपियन महिलाओं की तुलना में कम ही मैमोग्राफी स्क्रीनिंग के लिए जाने की संभावना है, परन्तु अन्तर सांख्यिकीय रूप से इतना सार्थक नहीं है (शायद प्रासंगिक रूप से बहुत ही कम नम्बरों में प्रकट होते हैं)।
- सभी एशियन जातीय समूहों में न्यूज़ीलैंड यूरोपियन महिलाओं की तुलना में सर्विकल स्क्रीनिंग की दर कम है।
- न्यूज़ीलैंड यूरोपियनों की तुलना में भारतीयों के कॉलेस्ट्रॉल चैक करवाने की संभावना अधिक है।
- कुल जनसंख्या की तुलना में भारतीय लोगों की मधुमेह के लिए टैस्ट करवाने की रिपोर्ट करने की संभावना अधिक है।

## Risk and protective factors

### खतरा तथा संरक्षक गुणक

इस भाग में चुने गए निर्देशक प्रमुख जैविक खतरे के गुणकों तथा प्रमुख जीवन-पद्धति व्यवहारों पर केन्द्रित हैं: उच्च रक्त कॉलेस्ट्रॉल, उच्च रक्तचाप, शरीर का वजन, शारीरिक गतिविधि, आहार सम्बन्धी प्रतिमान तथा तम्बाकू प्रयोग सहित।

**Table VI:** संक्षिप्त निर्देशक, खतरा तथा संरक्षक गुणक

निर्देशक		चीनी		भारतीय		अन्य एशियन	
		पुरुष	महिला	पुरुष	पुरुष	महिला	पुरुष
उच्च रक्त कॉलेस्ट्रॉल, 15+ साल, 2002/03	CR प्रति 100	7.7 (2.2-13.1)	9.4 (3.8-15.1)	19.2 (9-29.4)	10.2 (3.1-17.2)	8.9 (2.9-15)	7.1 (0.6-13.7)
	MOR	1.06 (0.6, 1.88)		1.74 (0.95, 3.2)		0.98 (0.48, 2)	
उच्च रक्तचाप 15+ साल, 2002/03	CR प्रति 100	8.5 (2.8-14.1)	7.0 (2.3-11.7)	19.3 (9.4-29.2)	9.4 (2.2-16.6)	6.4 (1.5-11.3)	10.5 (3.1-18)
	MOR	0.62 (0.32, 1.22)		1.03 (0.57, 1.88)		0.72 (0.38, 1.35)	
स्थूल (BMI ≥ 25*) 15+ साल, 2002/03	CR प्रति 100	20.1 (12.1-28.1)	10.5 (6.0-15.1)	34.2 (22.2-46.2)	52.9 (41.4-64.3)	32.7 (20.3-45.1)	19.3 (10.7-27.9)
	MOR	1.08 (0.69, 1.68)		4.12 (2.65, 6.41)		2.04 (1.25, 3.33)	
खतरनाक रूप से पीना (ऑडिट स्कोर > 8), 15+ साल, 2002/03	CR प्रति 100	2.3 (0.1-4.5)		6.8 (2.0-11.5)		5.4 (1.4-9.4)	
	SRR	0.1 (0, 0.2)		0.3 (0.1, 0.5)		0.3 (0.1, 0.5)	
वर्तमान धूम्रपान (प्रतिदिन) 15+ साल, 2002/03	CR प्रति 100	20.4 (12.5-28.2)	7.0 (2.4-11.6)	18.4 (9.7-27)	-	20.7 (11.6-29.8)	3.9 (1.2-6.6)
	MOR	0.98 (0.53, 1.8)	0.3 (0.13, 0.66)	0.7 (0.36, 1.35)	0.1 (0.03, 0.38)	0.98 (0.52, 1.86)	0.2 (0.06, 0.4)
शारीरिक गतिविधि (150 मिनट/सप्ताह), 15+ साल, 2002/03	प्रति 100	66.7 (58.3-75.0)	50.5 (40.9-60.2)	68.8 (59.4-78.3)	58.0 (47.1-69.0)	72.9 (62.0-83.7)	46.4 (35.8-57.0)
	SRR	0.9 (0.8, 1)	0.7 (0.6, 0.9)	0.8 (0.7, 0.9)	0.9 (0.7, 1.1)	0.9 (0.8, 1.1)	0.7 (0.5, 0.8)
5+ प्रतिदिन फल + सब्जियां 15+ साल, 2002/03	CR प्रति 100	25.9 (16.4-35.4)	39.8 (29.2-50.5)	21.2 (12.1-30.2)	23.0 (13.1-32.9)	22.5 (11.8-33.1)	36.7 (24.7-48.6)
	MOR	0.77 (0.5, 1.1)		0.43 (0.3, 0.7)		0.68 (0.4, 1.1)	

\* जातीय-विशिष्ट काटने का विन्दु। CR: अपरिष्कृत दर। SRR: मानकीकरण अनुपात दर। संदर्भ समूह (अनुपात दर = 1) न्यूजीलैंड जनसंख्या का योग है। MOR: बहुपरिवर्तित वेजोड अनुपात, मॉडल 2, आयु, लिंग, अभाव तथा निवास अवधि का नियंत्रण। संदर्भ समूह (वेजोड अनुपात = 1) न्यूजीलैंड यूरोपियन जनसंख्या है।

- आयु, लिंग, अभाव तथा एशियन जातीयता पर नियंत्रण के बाद, लम्बी अवधि तक न्यूजीलैंड में निवास करने वाले एशियन न्यूजीलैंड वासियों द्वारा उच्च रक्त कॉलेस्ट्रॉल तथा उच्च रक्तचाप की स्वयं रिपोर्ट करने में महत्त्वपूर्ण सम्बन्ध है।
- आयु, लिंग तथा अभाव पर नियंत्रण के बाद, भारतीयों में न्यूजीलैंड यूरोपियनों की तुलना में मोटापे का प्रचलन काफी अधिक प्रकट होता है।
- अन्य एशियन तथा भारतीय जातीय समूहों के बाद चाईनीज़ लोगों में खतरनाक मदिरापान का प्रचलन कुल जनसंख्या की तुलना में काफी कम है।
- सभी एशियन महिलाओं के यूरोपियन महिलाओं की तुलना में वर्तमान रूप में धूमपान करने की संभावना कम है (आयु, अभाव तथा न्यूजीलैंड में निवास की अवधि पर नियंत्रण के बाद)।
- अपनी कुल जनसंख्या के प्रतिपक्षियों की तुलना में चाईनीज़ तथा अन्य एशियन महिलाओं के प्रति सप्ताह कम से कम 150 मिनट की शारीरिक गतिविधि में भाग लेने की संभावना कम होती है।
- भारतीय तथा अन्य एशियन लोगों द्वारा यूरोपियनों की तुलना में फल तथा सब्जियों की उपयुक्त मात्रा का उपभोग कम करने की संभावना है (आयु, लिंग तथा अभाव पर नियंत्रण के बाद)।

## Socioeconomic determinants

### समाजार्थिक निर्धारक

**Table VII:** संक्षिप्त निर्देशक, समाजार्थिक निर्धारक

निर्देशक	चीनी		भारतीय		अन्य एशियन		कुल जनसंख्या	
	पुरुष	महिला	पुरुष	महिला	पुरुष	महिला	पुरुष	महिला
अंग्रेजी भाषा, प्रतिशत 2001	79.3	76.8	91.2	88.0	79.9	79.2	93.5	93.6
आय \$20,000 या कम, 15+ वर्ष, प्रतिशत 2001	59.8	65.8	42.8	56.6	52.9	61.1	37.9	55.2
वेरोजगारी, 15+ वर्ष, प्रतिशत 2001	7.4	6.2	7.9	7.9	8.6	7.2	5.0	4.7
6th फॉर्म सर्टिफिकेट या अधिक, 15+ वर्ष, प्रतिशत 2001	73.6	73.0	70.1	65.3	69.9	70.4	49.3	48.1
गृह-स्वामित्व, 15+ वर्ष, प्रतिशत 2001	36.8	39.4	37.9	37.7	25.7	32.0	49.9	52.2

- एशियन न्यूजीलैंड वासियों के पास समस्त न्यूजीलैंड औसत से अधिक उच्च शिक्षा उपाधियों के होने की अपेक्षा है।
- एशियन न्यूजीलैंड वासियों की आमदनी कुल जनसंख्या की तुलना में कम है।

- कुल मिलाकर, एशियन न्यूज़ीलैंड वासियों की बेरोजगारी की दर समस्त न्यूज़ीलैंड की औसत से अधिक है।
- एशियन न्यूज़ीलैंड वासी औसत से कम अपने घरों के स्वामी हैं।
- अंग्रेजी-भाषा क्षमता कुछ चाईनीज़ तथा अन्य एशियन लोगों के लिए समस्या है, परन्तु साधारण तौर पर भारतीयों के लिए नहीं।
- एशियन न्यूज़ीलैंड वासियों में अभाव वितरण समस्त जनसंख्या की तुलना में अधिक भिन्न नहीं है।

## Conclusion

### सारांश या निष्कर्ष

इस रिपोर्ट से यह प्रकट होता है कि सामान्य तौर पर 'अन्य एशियन लोगों' के मध्यवर्ती होने के साथ, चाईनीज़ तथा भारतीय जातीय समूहों के स्वास्थ्य परिणाम तथा स्वास्थ्य खतरों के प्रदर्शन में महत्वपूर्ण अन्तर हैं। एशियन जातीय समूहों के लिए सकारात्मक स्वास्थ्य परिणामों को वगीकृत रूप में स्वास्थ्य निर्देशकों के रूप में दिखाया गया है, विशेषकर चाईनीज़ समूह, न्यूज़ीलैंड की कुल जनसंख्या की तुलना में। दूसरी ओर, भारतीयों में मोटापे, टाइप 2 मधुमेह तथा हृदय सम्बन्धी रोगों की ऊंची दर चिन्ता का कारण है।

इस रिपोर्ट से यह भी प्रकट होता है कि हाल ही में आए प्रवासियों तथा स्थापित समुदायों के बीच स्वास्थ्य तथा स्वास्थ्य सेवा के प्रयोग में महत्वपूर्ण अन्तर हैं, ऐसा तीनों एशियन जातीय समूहों के लिए समान है। लगभग सभी स्वास्थ्य निर्देशकों में, नवीन या पहली-पीढ़ी के प्रवासी दीर्घकालीन प्रवासियों या न्यूज़ीलैंड में पैदा होने वालों की तुलना में बेहतर प्रस्तुत होते हैं। ऐसी धारणा है कि यह अधिकतर स्वस्थ प्रवासी प्रभाव को प्रतिबिम्बित करता है (जैसे कि, स्वास्थ्य चुनाव)। समय के साथ, चुनाव प्रभाव के कम होने तथा संस्कृति संक्रमण की प्रगति होने के कारण इस स्वास्थ्य श्रेष्ठता के गायब हो जाने की संभावना है। एशियन लोगों द्वारा विशेषकर नवीन प्रवासियों द्वारा, स्वास्थ्य सेवाओं का तुलनात्मक रूप से कम प्रयोग किए जाने की सावधानीपूर्वक जांच करना जरूरी है।

इस रिपोर्ट में दी गई जानकारी का प्रयोग स्वास्थ्य क्षेत्र (हेल्थ सैक्टर) द्वारा न्यूज़ीलैंड में एशियन लोगों की स्वास्थ्य जरूरतों को पहचानने में मदद मिलेगी। यह एशियन समुदायों को सूचित करने में भी सहायक हो सकती है, ताकि वे स्वास्थ्य तथा स्वास्थ्य सेवा सम्बन्धी अपनी जरूरतों के बारे में सक्रिय रूप से वाद-विवाद में भाग ले सकें। यह रिपोर्ट केवल एक आरंभ है। यह न्यूज़ीलैंड में एशियन स्वास्थ्य की आधार-रेखा प्रदान करती है और इसे नियमित रूप से अपडेट करने की जरूरत पड़ेगी।