

**Медико-Демографическое  
Исследование  
Таджикистана 2012**

**Предварительный  
Отчет**

**Агентство по Статистике  
при Президенте Республики Таджикистан**

**Министерство Здравоохранения  
Республики Таджикистан**

**MEASURE DHS  
ICF International**

Медико-Демографическое Исследование Таджикистана 2012 (МДИТ) проведено Агентством по Статистике при Президенте Республики Таджикистан с июля по сентябрь 2012 года при поддержке Агентства США по Международному Развитию (USAID) в рамках проекта *MEASURE DHS*. *MEASURE DHS* является программой, финансируемой USAID, посредством которой *ICF International* обеспечивает финансовую и техническую помощь в реализации медико-демографических исследований в различных странах мира. Дополнительное финансирование и поддержка для проведения МДИТ получены от Фонда Народонаселения ООН (UNFPA). Выраженные в настоящей публикации мнения, не обязательно отражают взгляды USAID или других организаций-доноров.

Дополнительная информация о МДИТ может быть получена в Агентстве по Статистике при Президенте Республики Таджикистан по адресу: г. Душанбе, ул. Бохтар 17, Таджикистан; Телефон: 992-372-23-02-45, Факс: 992-372-21-43-75, E-mail: [stat@tojikiston.com](mailto:stat@tojikiston.com).

Информацию о проекте *MEASURE DHS* можно получить в *ICF International*, 11785 Beltsville Drive, Suite 300, Calverton, MD 20705, USA; Телефон: 301-572-0200, Факс: 301-572-0999, E-mail: [info@measuredhs.com](mailto:info@measuredhs.com), Интернет: <http://www.measuredhs.com>.

# МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ТАДЖИКИСТАНА 2012

## ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ОТЧЕТ

Агентство по Статистике  
при Президенте Республики Таджикистан  
Душанбе, Таджикистан

Министерство Здравоохранения  
Душанбе, Таджикистан

MEASURE DHS  
ICF International  
Calverton, Maryland  
United States

Декабрь 2012



# СОДЕРЖАНИЕ

Страница

ВЫРАЖЕНИЕ ПРИЗНАТЕЛЬНОСТИ.....	viii
I. ВВЕДЕНИЕ .....	1
II. ВЫПОЛНЕНИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ .....	1
A. План выборки и его реализация .....	1
B. Анкеты.....	2
C. Обучение полевого персонала .....	3
D. Полевые работы и обработка данных.....	3
E. Объем выборки.....	3
III. ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ 2012 МДИТ .....	5
A. Общая характеристика респондентов.....	5
B. Рождаемость .....	6
C. Аборты.....	8
D. Предпочтения в области деторождения .....	8
E. Контрацепция .....	9
F. Смертность в детском возрасте.....	11
G. Материнский уход.....	13
H. Здоровье ребенка .....	15
<i>Вакцинации</i> .....	15
I. Питание детей.....	19
J. ВИЧ/СПИД.....	24

## ТАБЛИЦЫ И РИСУНКИ

	Страница
Таблица 1: Результаты опросов домохозяйств и индивидуальных опросов женщин .....	4
Таблица 2: Общая характеристика респондентов.....	5
Таблица 3: Текущая рождаемость .....	7
Таблица 4 Коэффициенты индуцированных (искусственных) абортов .....	8
Таблица 5 Предпочтения деторождения в зависимости от количества живых детей.....	9
Таблица 6 Текущее использование методов контрацепции в зависимости от основных характеристик.....	10
Таблица 7 Смертность в детском возрасте .....	12
Таблица 8. Индикаторы материнского ухода.....	14
Таблица 9. Вакцинации в зависимости от основных характеристик .....	17
Таблица 10 Лечение острой респираторной инфекции, лихорадки и диареи .....	18
Таблица 11 Статус грудного вскармливания в зависимости от возраста.....	20
Таблица 12 Статус питания детей .....	22
Таблица 13 Знания о СПИД .....	24
Таблица 14 Знание о путях предотвращения инфицирования ВИЧ .....	25
Таблица 15 Множественные сексуальные партнеры в течение последних 12 месяцев.....	26
Рисунок 1 Повозрастные коэффициенты рождаемости в зависимости от городского и сельского места жительства .....	7
Рисунок 2 Лечение острой респираторной инфекции, лихорадки и диареи .....	19
Рисунок 3 Динамика статуса питания детей в возрасте до 5 лет .....	23

## ВЫРАЖЕНИЕ ПРИЗНАТЕЛЬНОСТИ

Агентство по Статистике при Президенте Республики Таджикистан с большим удовольствием представляет результаты Медико-Демографического Исследования Таджикистана 2012 (МДИТ). Данное исследование проведено при финансовой поддержке Агентства Соединенных Штатов по Международному Развитию (USAID). Дополнительное финансирование было предоставлено Фондом Народонаселения ООН (UNFPA) в Таджикистане. МДИТ 2012 является первым МДИ осуществленным в Таджикистане.

Агентство по Статистике при Президенте Республики Таджикистан выражает свою признательность Министерству Здравоохранения Республики Таджикистан, Отделу Медико-Демографических Исследований *ICF International*, США, а также Координационному Комитету 2012 МДИТ за оказание технической помощи и своевременную поддержку в осуществлении данного задания. В частности, Агентство по Статистике при Президенте Республики Таджикистан желает выразить слова благодарности следующим сотрудникам проекта *MEASURE DHS* и консультантам за их техническую помощь, оказанную на всех этапах разработки и реализации данной программы исследования: доктору Гульнаре Семеновой, Региональному Координатору по странам Европы и Евразии и менеджеру 2012 МДИТ; Альфредо Алиага, Старшему специалисту по выборке; Шоне Келли, Специалисту по обработке данных, а также доктору Саиде Исмаиловой, Консультанту исследования.

Нам также хотелось бы поблагодарить сотрудников системы статистики Республики Таджикистан за их активное участие и вклад в выполнении данной программы. Свыше 200 сотрудников Агентства по Статистике при Президенте Республики Таджикистан, осуществляющих свою деятельность в областных, городских и районных управлениях и отделах Агентства, а также работники Главного Вычислительного Центра приняли участие в данном исследовании.

Настоящим также выражаем нашу признательность Правительству Республики Таджикистан и представителям местных органов власти (Хукуматам) за их поддержку и помощь, оказанную в ходе проведения исследования.

Больше всего, мы высоко ценим сотрудничество всех респондентов, сделавших МДИТ 2012 успешным.

Этот Предварительный Отчет подготовлен совместными усилиями сотрудников Агентства по Статистике при Президенте Республики Таджикистан и Отдела Медико-Демографических Исследований *ICF International*.

Госпожа Бахтия Мухаммадиева  
Директор Агентства по Статистике  
при Президенте Республики Таджикистан,  
Национальный Координатор МДИТ 2012

## **I. ВВЕДЕНИЕ**

Медико-Демографическое Исследование Таджикистана 2012 (МДИТ) является выборочным, репрезентативным на уровне страны исследованием, разработанным с целью предоставления информации по вопросам населения и здоровья в Таджикистане. Данное исследование, первое в своем роде, было выполнено Агентством по Статистике при Президенте Республики Таджикистан (АС) и Министерством Здравоохранения (МЗ) Республики Таджикистан в период с июля по сентябрь 2012 года. Поддержка при проведении МДИТ 2012 была оказана Агентством Соединенных Штатов по Международному Развитию (USAID) в рамках проекта *MEASURE DHS*. Проект *MEASURE DHS* является программой, финансируемой *USAID*, с помощью которой *ICF International* обеспечивает финансовую и техническую помощь в осуществлении медико демографических исследований в различных странах мира. Фонд Народонаселения ООН (UNFPA)/Таджикистан предоставил дополнительные средства на реализацию данного исследования.

Программа МДИТ 2012 была разработана для сбора информации на национальном и региональном уровнях в области рождаемости и использования методов контрацепции, здоровья матери и ребенка, смертности в детском возрасте, насилия в семье в отношении женщин, а также осведомленности и поведения в отношении к туберкулезу, СПИД и другим передаваемым половым путем заболеваниям. В данном исследовании детальная информация по этим вопросам собиралась среди женщин репродуктивного возраста. Там, где позволяет объем выборки, данные представляются с разбивкой по регионам (областям).

Результаты МДИТ 2012 предназначены для обеспечения информацией, необходимой для оценки существующих социальных программ, а также разработки новых стратегий по улучшению состояния здоровья и медицинских услуг для женщин и детей Таджикистана. Данное исследование также способствует расширению базы данных демографических и медицинских показателей в международном масштабе.

В настоящем предварительном отчете представлены начальные результаты по основным темам, охваченным в исследовании. В 2013 году будет издан итоговый отчет. Не ожидается, что цифры представленные в настоящем отчете будут существенно отличаться от результатов предстоящего заключительного отчета; тем не менее, представленные здесь результаты, считаются предварительными и могут быть изменены.

## **II. ВЫПОЛНЕНИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ**

### **A. План выборки и его реализация**

Выборка для МДИТ 2012 была построена таким образом, чтобы обеспечить детальный анализ, включая оценку показателей рождаемости, младенческой/детской смертности, а также аборт на национальном уровне и для городской и сельской местности в отдельности. Многие показатели могут также оцениваться на региональном (областном) уровне. В Хатлонской области, в дополнение к оценке основных показателей на региональном уровне, выборка была достаточной для оценки состояния питания детей из 12 пилотных районов программы 'Feed the Future Initiative' (далее 'FTF').

Репрезентативная вероятностная выборка, состоящая из 6 674 домохозяйств, была использована в МДИТ 2012. Выборка была проведена в два этапа. На первом этапе были отобраны 354 кластера из имеющегося перечня счетных участков, которые были частью базового образца выборки, разработанной на основе переписи населения и жилфонда 2010 года. На втором этапе, для каждого отобранного кластера был составлен полный список (листинг) домохозяйств. Домохозяйства затем были систематически отобраны для участия в исследовании.

Были опрошены все соответствующие критериям женщины в возрасте от 15 до 49 лет, являющиеся либо постоянными жителями данного домохозяйства, попавшими в выборку данного исследования, либо гостями, которые провели предыдущую ночь в этом доме. В целом, в рамках МДИТ 2012 были опрошены 9 656 женщин.

## **В. Анкеты**

При проведении МДИТ использовались две анкеты/вопросника: анкета домохозяйства и женская анкета. Анкета домохозяйства и женская анкета были составлены на основе стандартных анкет, разработанных программой MEASURE DHS. Типовые анкеты МДИ были адаптированы к условиям Таджикистана экспертами Агентства по Статистике при Президенте Республики Таджикистан (АС) и Министерства Здравоохранения РТ (МЗ). Кроме того, были учтены предложения, внесенные USAID, ряда подразделений ООН, включая Фонд Народонаселения ООН (UNFPA), ПРООН, Детский Фонд ООН (ЮНИСЕФ), а также других международных и неправительственных организаций (НПО). Первоначально анкеты были разработаны на английском языке, после чего их перевели на таджикский и русский языки. В марте 2012 года было проведено предварительное тестирование анкет.

Анкета домохозяйства была предназначена для составления списков всех членов и гостей отобранных домохозяйств, а также сбора социально-экономической информации о домохозяйствах. Первая часть анкеты домохозяйства по каждому члену домохозяйства или посетителю собирала информацию о возрасте, половой принадлежности, уровне образования, а также об отношении к главе домохозяйства. На базе этой информации были получены основные демографические данные по домохозяйствам Таджикистана. Эта информация также была использована для идентификации женщин, которые соответствовали критериям проведения индивидуальных интервью (т.е., женщины в возрасте 15-49 лет). Первый раздел анкеты домохозяйства так же собирал информацию о других характеристиках членов домохозяйства, включая информацию о регистрации рождения каждого ребенка. Кроме того, анкета домохозяйства содержала вопросы о характеристике жилищных условий (например, материал, из которого сделан пол, источник питьевой воды, и тип туалета), обладание потребительскими товарами, а также другие вопросы, связанные с социально-экономическим положением домохозяйства. Так же, в анкету домохозяйства записывались результаты тестирования соли, имеющейся в домохозяйстве, на наличие йода, и результаты измерений роста и веса детей до 5 лет и женщин 15-49 лет.

Женская анкета собирала информацию среди женщин в возрасте 15-49 лет по следующим темам:

- Общая информация (социально-демографические характеристики)
- История беременности
- Антенатальная, постнатальная помощь, а также оказание медпомощи при родах
- Знание, отношение к и применение методов контрацепции
- Репродуктивное здоровье и здоровье взрослых
- Младенческая и детская смертность
- Охрана здоровья и использование медицинских ресурсов
- Вакцинация детей в возрасте до 5 лет
- Случаи кишечных и респираторных заболеваний среди детей до 5 лет
- Грудное вскармливание и отнятие ребенка от груди
- Замужество и недавняя сексуальная активность
- Отношение к деторождению
- Знание и отношение к СПИД и другим венерическим заболеваниям
- Осведомленность о и отношение к туберкулёзу
- Работа женщины и информация о муже
- Другие вопросы, связанные со здоровьем женщин
- Домашнее насилие



### **C. Обучение полевого персонала**

Основное обучение проводилось сотрудниками АС, МЗ и ICF International в июне в течение трех недель, в нем приняли участие в общей сложности 100 человек (78 женщин и 22 мужчин), включая супервайзеров, полевых редакторов, интервьюеров, и персонал по контролю качества. Процесс обучения состоял из курса лекций, показательных интервью, практических занятий по проведению опросов в небольших группах, а также экзаменационных сессий. Помимо занятий в аудитории, все полевые сотрудники прошли обучение по антропометрическим измерениям, и в течение двух дней отрабатывали навыки проведения опроса в полевых условиях.

### **D. Полевые работы и обработка данных**

В сборе данных исследования участвовали 14 команд, каждая из которых включала четырех женщин-интервьюеров, одного полевого редактора и одного супервайзера команды. Полевые работы начались в начале июля 2012 и завершились в конце сентября 2012 года.

Старший технический персонал МДИТ регулярно посещал команды на местах с целью обзора их работы и отслеживания качества заполняемых вопросников. Сотрудники MEASURE DHS также содействовали осуществлению надзора/руководства на местах. Кроме того, представители Фонда Народонаселения в Таджикистане проводили мониторинг за состоянием деятельности команд на местах по сбору данных, а также наблюдали за процессом измерений роста и веса женщин и детей в возрасте до 5 лет.

Обработка данных МДИТ была начата вскоре после начала полевых работ. Заполненные интервьюерами анкеты регулярно доставлялись в центральный офис АС, находящийся в Душанбе для ввода и редактирования персоналом по обработке данных, которые были специально обучены для выполнения данной задачи. В состав специалистов по обработке данных вошли: супервайзер, администратор анкет (который обеспечивал получение определенного количества анкет по всем кластерам), несколько редакторов в офисе, 11 операторов ввода данных, и вторичный редактор. Параллельная обработка данных была преимуществом ввиду того, что старший технический персонал МДИТ давал советы полевым группам относительно проблем, выявленных во время ввода данных. В частности, для проверки различных параметров качества данных был создан набор таблиц, и результаты были использованы для обеспечения конкретной обратной связи с командами в целях повышения их производительности. Процесс ввода и редактирования данных завершился в ноябре 2012 года.

### **E. Объем выборки**

В Таблице 1 представлена информация об объеме и полноте охвата выборки (проценте ответивших) в МДИТ 2012, а также количестве проведенных опросов по анкете домохозяйства и женской анкете. В целом, для выборки было отобрано 6674 домохозяйства. Из них 6512 были заселены в момент проведения исследования, и 6432 домохозяйства были успешно опрошены, что составило 99 процентов. В опрошенных домохозяйствах были выявлены 9794 женщины, подходящих для индивидуального опроса, т.е. в возрасте от 15 до 49 лет, являющихся либо постоянными жителями данного домохозяйства, либо гостями, которые провели предыдущую ночь в этом доме. Общий показатель ответности при проведении опросов составил 99 процентов для этих женщин.

**Таблица 1: Результаты опросов домохозяйств и индивидуальных опросов женщин**

Число домохозяйств, число интервью, и уровни ответственности, в зависимости от места проживания (невзвешенное), Таджикистан 2012

Результат	Место жительства		Всего
	Город	Село	
<b>Интервью домохозяйств</b>			
Отобранные домохозяйства	2,835	3,839	6,674
Заселенные домохозяйства	2,732	3,780	6,512
Домохозяйства проинтервьюированные	2,675	3,757	6,432
Уровень ответственности домохозяйств <sup>1</sup>	97.9	99.4	98.8
<b>Интервью женщин в возрасте 15-49 лет</b>			
Число женщин, подлежащих интервью	3,443	6,351	9,794
Число проинтервьюированных женщин	3,408	6,248	9,656
Уровень ответственности женщин, подлежащих интервью <sup>2</sup>	99.0	98.4	98.6

<sup>1</sup> Домохозяйства проинтервьюированные / заселенные домохозяйства

<sup>2</sup> Проинтервьюированные женщины / женщины, подлежащих интервью

### III. ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ 2012 МДИТ

#### A. Общая характеристика респондентов

В Таблице 2 представлены данные распределения женщин в возрасте 15-49 лет, опрошенных в МДИТ 2012, в зависимости от основных характеристик. Распределение по возрасту исследуемого населения аналогично распределению женского населения в возрасте 15-49 лет, опубликованному Агентством по Статистике по состоянию на 1 января 2012 года (АС, 2012). Отражая относительно высокий показатель рождаемости в Таджикистане в прошлом, более половины женщин в возрасте 15-49 лет (58 процентов) находятся в возрасте до 30 лет.

В настоящее время две трети женщин (67 процентов) замужем, или проживают совместно с партнером, большинство из которых состоят в формальном союзе; доля женщин, совместно проживающих с мужчинами незначительна (менее одного процента). Пять процентов женщин разведены, живут отдельно, или являются вдовами.

Большинство женщин-респондентов (75 процентов) проживают в сельской местности. Процентное распределение опрошенных женщин согласно места жительства выглядит следующим образом: 36 процентов проживают в Хатлонской области, 30 процентов – в Согдийской области, 23 процента – в Районах Республиканского Подчинения (РРП), 9 процентов – в Душанбе, и 2 процента – в Горно-Бадахшанской Автономной Области (ГБАО). Распределение респондентов МДИТ 2012 соответствует данным Агентства по Статистике для женского населения в возрасте 15-49 лет в Таджикистане (АС, 2012).

Женщины Таджикистана, в целом, хорошо образованы, только 2 процента респондентов МДИТ никогда не посещали школу, в то время как 81 процент закончили общее базовое или общее среднее образование. Семь процентов имели профессиональное начальное или профессиональное среднее образование, а еще 6 процентов имели высшее образование.

Следует отметить, что в течение последних нескольких десятилетий система образования в Таджикистане прошла несколько этапов реорганизации. Существующая система формального образования была введена в сентябре 1990 года. В новой системе, общее базовое образование

Таблица 2: Общая характеристика респондентов

Процентное распределение женщин в возрасте 15-49 лет по основным характеристикам, Таджикистан 2012

Основная характеристика	Взвешенный процент	Взвешенное число	Невзвешенное число
<b>Возраст</b>			
15-19	20.8	2,013	2,001
20-24	20.2	1,950	1,900
25-29	16.7	1,609	1,566
30-34	12.3	1,188	1,173
35-39	10.7	1,030	1,084
40-44	10.3	991	1,018
45-49	9.1	875	914
<b>Семейное положение</b>			
Никогда не состояла в браке	27.4	2,648	2,723
Состоит в браке	67.1	6,483	6,364
Проживают вместе	0.2	21	24
В разводе/живет отдельно	2.9	275	301
Вдова	2.4	229	244
<b>Место жительства</b>			
Город	25.0	2,413	3,408
Село	75.0	7,243	6,248
<b>Регион</b>			
ГБАО <sup>1</sup>	2.3	220	1,069
Согдийская область	29.7	2,872	2,084
Хатлонская область	35.7	3,444	2,436
Душанбе	9.1	881	1,733
РРП <sup>2</sup>	23.2	2,240	2,334
<b>FTF пилотные районы<sup>3</sup></b>	14.1	1,364	1,051
<b>Образование</b>			
Нет образования	2.0	195	155
Начальное	3.9	372	330
Общее базовое	34.7	3,349	3,095
Среднее общее	46.3	4,474	4,373
Профессиональное начальное	2.6	252	276
Профессиональное среднее	4.1	394	481
Высшее	6.4	620	946
Всего	100.0	9,656	9,656

Примечание: Группы образования относятся к самому высокому достигнутому уровню образования или посещения.

<sup>1</sup>Горно-Бадахшанская автономная область

<sup>2</sup>Районы республиканского подчинения

<sup>3</sup>Данные основаны на информации, собранной в домохозяйствах из 12 пилотных районов программы 'Feed the Future Initiative' в Хатлонской области

состоит из 1-9 классов, вместо 1-8 классов в предыдущей системе; общее среднее образование (старшие классы) включает 10-11 классы, вместо 9-10 классов в предыдущей системе. В МДИТ 2012, женщины, которые закончили 9 класс и в августе 1989 года были в возрасте 15 лет или старше, были включены в категорию общего среднего образования, потому что они закончили 9 классов, до того как изменения в текущей системе образования вступили в силу. Женщины, которые в ходе проведения опроса сообщили, что они закончили 9 классов, и в августе 1989 года им было 14 лет или моложе, были включены в категорию общего базового образования, согласно новой системы.

## **В. Рождаемость**

Каждую женщину, которую проинтервьюировали в МДИТ 2012, так же просили предоставить информацию о ее репродуктивной истории. При сборе этих сведений, женщинам задавались вопросы о количестве живых детей, проживающих в доме, детях проживающих где-либо в другом месте, и количестве детей, впоследствии умерших, с учетом пола ребенка, в целях получения точного общего числа детей, которых они родили живыми в течение своей жизни. В дополнение к информации о беременностях, завершившихся рождением живых детей, всем женщинам задавались вопросы обо всех беременностях, которые не завершились рождением живых детей, чтобы получить общее число аборт, выкидышей, и мертворождений имевших место в течение жизни женщины.

После получения этих совокупных показателей, одна за одной собиралась информация по истории беременностей. Информация собиралась обо всех имевших место беременностях респондентки, в том порядке, в котором они происходили, начиная с первой беременности. По каждой беременности, завершившейся рождением живого ребенка, была собрана информация о поле ребенка, статусе выживания и текущем возрасте (для живущих детей) или возрасте на момент смерти (для умерших). По каждой беременности, не завершившейся рождением живым ребенком, была собрана информация о месяце и годе прекращения беременности. Для родов и прерванных беременностей, имевших место в течение пяти лет до начала исследования (то есть, в январе 2007 года или позже), в Календарь<sup>1</sup> записывалась продолжительность беременности.

---

<sup>1</sup> В Календаре, находящемся в отдельном разделе в конце женской анкеты, записывается информация о датах всех родов живым ребенком, беременностях и периодов использования методов контрацепции. Календарь охватывает год исследования до последнего месяца полевых работ, а также все пять лет, предшествовавших году проведения исследования. Для МДИТ 2012, Календарь начинается с 2007 года.

Полученная из истории беременности информация, была использована для расчета двух, наиболее широко используемых показателей текущей рождаемости: суммарного коэффициента рождаемости (СКР) и его компонента – повозрастных коэффициентов рождаемости. СКР интерпретируется, как количество детей, которые средняя женщина могла бы иметь в течение всей своей жизни, если бы на протяжении ее репродуктивных лет она испытывала имеющиеся на данный момент повозрастные коэффициенты рождаемости.

Таблица 3 показывает, что по данным МДИТ 2012, СКР в течение трехлетнего периода, предшествовавшего исследованию (т.е. примерно с июля-сентября 2010 по июль-сентябрь 2012) составил 3.8 ребенка на одну женщину. СКР среди женщин из сельской местности (3.9 ребенка на женщину) выше, чем среди городских женщин (3.3 ребенка на женщину).

Таблица 3 и Рисунок 1 показывают, что на национальном уровне, повозрастные коэффициенты рождаемости среди женщин в возрасте 15-19 лет являются низкими (54 на 1000), достигают максимального значения среди женщин 20-24 лет (253 на 1000), остаются высокими среди женщин в возрасте 25-29 лет (216 на 1000), и резко снижаются в старших возрастных группах. Повозрастные коэффициенты рождаемости выше среди сельских, чем городских женщин, на протяжении всего детородного возраста. Наибольшее абсолютное различие в повозрастных коэффициентах рождаемости (ПВКР) между городом и селом (34 рождения на 1000 женщин) наблюдается в возрастной группе 25 -29 лет.

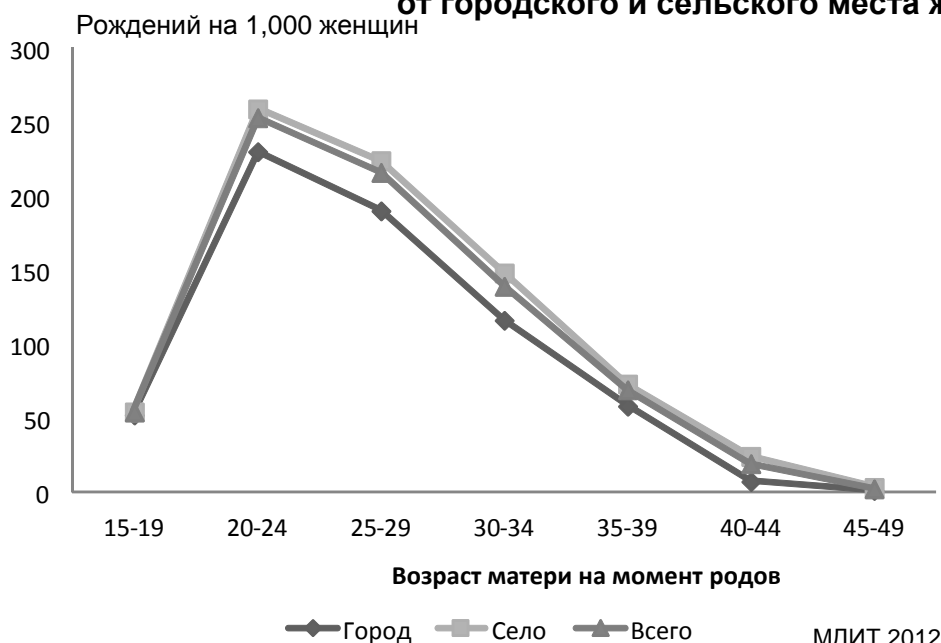
Таблица 3: Текущая рождаемость

Повозрастной и суммарный коэффициенты рождаемости, общий коэффициент рождаемости, и число родившихся за три года предшествовавших исследованию, в зависимости от местожительства, Таджикистан 2012

Возрастная группа	Место жительства		Всего
	Город	Село	
15-19	52	54	54
20-24	230	259	253
25-29	190	224	216
30-34	116	148	139
35-39	58	73	69
40-44	7	24	19
45-49	1	3	2
СКР (15-49)	3.3	3.9	3.8
ОКР (15-44)	113	141	134
ЧР	28.9	35.6	33.9

Примечание: Повозрастные коэффициенты рождаемости рассчитаны на 1000 женщин. Коэффициенты для возрастной группы женщин 45-49 лет могут быть слегка смещены по причине сокращения. Коэффициенты даны за период 1-36 месяцев, предшествующих исследованию. СКР: Суммарный коэффициент рождаемости, в расчете на одну женщину. ОКР: Общий коэффициент рождаемости, в расчете на 1000 женщин в возрасте 15-44 лет. ЧР: Число родившихся, в расчете на 1000 населения.

**Рисунок 1 Повозрастные коэффициенты рождаемости, в зависимости от городского и сельского места жительства**



Показатели рождаемости исследования МДИТ 2012 можно сравнить с результатами последних исследований МДИ, проведенных в соседних странах. СКР (3.8 ребенка на одну женщину) в Таджикистане ниже уровня рождаемости, выявленного в результате проведения Исследования по Материнской Смертности в Афганистане в 2010 году (5.1 ребенка) и МДИ Пакистана в 2006 (4.1 ребенка), однако он выше коэффициентов из других исследований МДИ, проведенных в Азербайджане в 2006 году (2.0 ребенка) и в Армении в 2010 году (1.7 ребенка). (APHI / МЗ [Афганистан] и др., 2011; NIPS [Пакистан] и Macro International Inc, 2008; SSC [Азербайджан] и Macro International Inc, 2008; NSS [Армения] и др., 2012).

### С. Аборты

Как уже говорилось, информация об индуцированных абортах собиралась в разделе женской анкеты, касающемся истории беременности. Повозрастные коэффициенты индуцированных аборт и суммарный коэффициент аборт (СКА) были рассчитаны аналогично расчету коэффициентов рождаемости. Под СКА подразумевается количество аборт, которое женщина могла бы иметь в течение всей своей жизни, если бы сохранился имеющийся повозрастной коэффициент индуцированных аборт на протяжении всего ее репродуктивного периода, т.е. детородного возраста.

В Таблице 4 представлены СКА и повозрастные коэффициенты индуцированных аборт за трехлетний период, предшествовавший МДИТ (т.е. с середины 2010 до середины 2012 годов). В Таджикистане СКА за данный период составил 0.5 аборт на женщину. Повозрастные коэффициенты являются низкими среди женщин в возрасте 15-19 лет и 20-24 лет, достигают пика среди женщин в возрасте 25-29 лет, 30-34 лет и 30-35 лет (21, 23 и 26 на 1000 женщин, соответственно), и снижаются в старших возрастных группах. В целом, эти показатели в городах выше, чем в селе, особенно среди молодых женщин.

**Таблица 4 Коэффициенты индуцированных (искусственных) аборт**

Повозрастной коэффициент индуцированных аборт (на 1000 женщин), суммарный коэффициент аборт (СКА), общий коэффициент аборт (ОКА) за три года, предшествовавших исследованию, в зависимости от местожительства, Таджикистан 2012

Возрастная группа	Проживание		Всего
	Город	Село	
15-19	1.0	1.0	1.0
20-24	17.0	9.0	11.0
25-29	28.0	20.0	21.0
30-34	30.0	20.0	23.0
35-39	30.0	25.0	26.0
40-44	8.0	9.0	9.0
45-49	2.0	5.0	4.0
СКА (15-49)	0.6	0.4	0.5
ОКА (15-44)	18.0	12.0	14.0

СКА: Суммарный коэффициент аборт (для женщин в возрасте 15-49 лет) на одну женщину.

ОКА: Общий коэффициент аборт в расчете на 1000 женщин в возрасте 15-44 лет

СКА по Таджикистану ниже, чем показатели недавно проведенных исследований МДИ в других странах бывшего Советского Союза, в том числе: Армения (0.8 аборт на одну женщину) в 2010 году, Азербайджан (2.3) в 2006 году, Молдова (1.1) в 2005 году, и Узбекистан (0.95) в 2002 году, но близок к СКА Украины (0.4) в 2007 (NSS [Армения] и др., 2012; SSC [Азербайджан] и Macro International Inc, 2008; (NCPM) [Молдова] и ORC Макро, 2006; Информационно-аналитический центр [Узбекистан] и др., 2004; UCSR [Украина] и др., 2008).

### D. Предпочтения в области деторождения

Понимание намерений Таджикских женщин относительно рождения детей были получены, спрашивая респондентов, хотят ли они иметь еще одного ребенка, и если да, как скоро. В Таблице 5 показано, что большинство Таджикских замужних женщин выразили желание контролировать свое будущее деторождение; четыре из десяти респондентов (43 процента) не хотят больше иметь детей, или же им проведена операция по стерилизации (1 процент), и 19 процентов предпочли бы отложить рождение ребенка на два или более лет. Только 17 процентов женщин хотели бы иметь другого ребенка скоро (в течение ближайших двух лет). Желание ограничить рождаемость заметно увеличивается в зависимости от числа живых детей. Например, большинство замужних женщин, не имеющих детей на момент проведения опроса, хотели бы иметь ребенка; примерно четыре из пяти женщин, не имеющих детей (78 процентов) ответили, что предпочли бы иметь ребенка в скором

времени. С другой стороны, более половины женщин с тремя детьми, не хотят иметь больше детей. Подобное также отмечено среди восьми из десяти женщин с пятью или шестью и более детьми.

**Таблица 5** Предпочтения деторождения в зависимости от количества живых детей

Процентное распределение замужних в настоящий момент женщин в возрасте 15-49 лет по их желанию иметь детей, в зависимости от количества живых детей, Таджикистан 2012

Желание иметь детей	Число живых детей <sup>1</sup>							Всего
	0	1	2	3	4	5	6+	
Хочет другого скоро <sup>2</sup>	77.7	32.5	16.6	7.0	3.5	2.3	1.4	16.9
Хочет другого позже <sup>3</sup>	3.2	46.8	32.1	13.9	4.2	4.2	2.4	18.9
Хочет другого, не решила когда	2.9	3.1	2.3	0.7	0.3	0.9	0.5	1.5
Не решила	1.5	9.8	18.5	16.6	11.3	6.9	6.0	12.2
Не хочет больше	0.7	2.1	26.7	54.7	73.3	77.2	80.7	43.4
Стерилизована	0.0	0.3	0.1	0.9	1.2	0.3	1.3	0.6
Заявлена бесплодной	13.5	5.1	3.8	5.9	6.1	8.3	7.7	6.3
Пропущенные	0.5	0.1	0.0	0.2	0.2	0.0	0.0	0.1
Всего	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Число женщин	479	1,044	1,410	1,388	1,004	650	529	6,504

<sup>1</sup>Число живых детей включает текущую беременность

<sup>2</sup>Хочет следующее рождение в течение 2-х лет

<sup>3</sup>Хочет отложить рождение ребенка на 2 или более лет

## Е. Контрацепция

В МДИТ 2012 собиралась информация об осведомленности и использовании методов контрацепции. В целях получения этих данных, женский интервьюер зачитывала вслух описание конкретного метода контрацепции и выясняла, осведомлена ли респондентка об этом методе. После чего, респондентов расспрашивали об использовании ими (или их партнером) конкретного метода в настоящее время. Респондентам, не пользующимся методом контрацепции, были заданы вопросы об использовании метода контрацепции когда-либо вообще. В аналитических целях, методы контрацепции в таблице разделены на две категории: современные и традиционные. Современные методы включают женскую стерилизацию, мужскую стерилизацию, противозачаточные таблетки, внутриматочные средства (ВМС), презерватив, пену/желе, и метод лактационной аменореи (ЛАМ). Традиционные методы включают календарный метод (периодическое воздержание), прерванный половой акт, и другие традиционные методы.

Таблица 6 Текущее использование методов контрацепции в зависимости от основных характеристик

Процентное распределение замужних в настоящий момент женщин в возрасте 15-49 лет, в соответствии с используемым в настоящий момент методом контрацепции, в зависимости от основных характеристик, Таджикистан 2012

Основная характеристика	Любой метод	Любой современный метод	Современный метод								Любой традиционный метод	Традиционный метод			Не используют сейчас	Всего	Число женщин	
			Женская стерилизация	ВМС	Таблетки	Иньекции	Импланты	Мужской презерватив	МЛА	Пена/желе/другое		Календарный метод	Прерванный половой акт	Другое				
<b>Возраст</b>																		
15-19	2.4	1.8	0.0	0.9	0.0	0.0	0.0	0.4	0.5	0.0	0.6	0.0	0.6	0.0	97.6	100.0	266	
20-24	9.9	9.5	0.0	6.8	0.9	0.3	0.1	1.2	0.2	0.0	0.4	0.0	0.4	0.0	90.1	100.0	1,320	
25-29	26.6	24.8	0.3	19.6	1.8	0.5	0.1	2.4	0.1	0.0	1.8	0.0	1.7	0.1	73.4	100.0	1,332	
30-34	40.9	37.4	0.8	25.2	4.4	2.9	0.0	4.0	0.0	0.1	3.5	0.1	3.4	0.0	59.1	100.0	1,014	
35-39	46.5	43.9	1.1	30.3	4.6	4.1	0.0	3.6	0.0	0.1	2.7	0.5	2.1	0.0	53.5	100.0	923	
40-44	37.8	34.6	1.0	25.0	2.6	3.8	0.0	2.3	0.0	0.0	3.1	0.1	2.9	0.1	62.2	100.0	879	
45-49	19.4	17.0	1.0	12.9	0.5	2.1	0.0	0.5	0.0	0.0	2.4	0.2	2.1	0.1	80.6	100.0	770	
<b>Место жительства</b>																		
Город	31.5	29.0	0.6	20.5	3.3	1.1	0.0	3.2	0.0	0.1	2.5	0.2	2.1	0.2	68.5	100.0	1,571	
Село	26.8	24.8	0.6	17.9	2.0	2.3	0.1	1.9	0.1	0.0	1.9	0.1	1.9	0.0	73.2	100.0	4,933	
<b>Регион</b>																		
ГБАО	35.0	34.9	0.0	23.8	2.5	5.6	0.0	3.0	0.0	0.0	0.2	0.0	0.2	0.0	65.0	100.0	129	
Согдийская область	35.3	30.7	0.7	22.9	2.0	2.2	0.0	2.6	0.3	0.0	4.6	0.2	4.4	0.0	64.7	100.0	2,022	
Хатлонская область	23.8	22.9	0.4	15.4	2.5	2.9	0.1	1.5	0.0	0.0	0.9	0.0	0.9	0.0	76.2	100.0	2,249	
Душанбе	31.7	28.7	0.5	19.6	2.7	0.1	0.0	5.2	0.1	0.5	3.0	0.5	2.0	0.5	68.3	100.0	559	
РРП	22.3	22.0	0.7	16.6	2.2	0.8	0.0	1.7	0.0	0.0	0.4	0.0	0.4	0.0	77.7	100.0	1,546	
<b>Образование</b>																		
Нет образования/ начальное	20.5	19.9	0.0	15.4	0.5	2.8	0.4	0.9	0.0	0.0	0.6	0.0	0.6	0.0	79.5	100.0	356	
Общее базовое	21.8	20.0	0.4	14.4	1.9	1.3	0.0	1.9	0.1	0.0	1.8	0.0	1.7	0.0	78.2	100.0	2,016	
Среднее общее	30.0	28.0	0.8	20.0	2.7	2.5	0.0	1.9	0.1	0.0	2.0	0.1	1.9	0.0	70.0	100.0	3,260	
Профессиональное начальное/ среднее	34.1	30.2	0.3	22.9	2.5	2.0	0.3	2.1	0.0	0.1	3.9	0.5	3.4	0.0	65.9	100.0	475	
Высшее	40.7	37.4	0.5	25.1	2.8	0.5	0.0	8.0	0.1	0.2	3.3	0.4	2.6	0.2	59.3	100.0	397	
<b>Число живых детей</b>																		
0	0.1	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	99.9	100.0	746	
1-2	19.5	17.7	0.2	12.8	1.7	0.6	0.1	2.0	0.3	0.0	1.8	0.1	1.7	0.0	80.5	100.0	2,333	
3-4	41.9	38.7	1.1	29.0	3.6	2.0	0.0	3.0	0.0	0.1	3.2	0.3	2.8	0.1	58.1	100.0	2,268	
5+	35.4	33.6	0.7	21.6	2.6	5.8	0.0	2.7	0.0	0.1	1.9	0.0	1.9	0.0	64.6	100.0	1,157	
<b>Всего</b>	<b>27.9</b>	<b>25.8</b>	<b>0.6</b>	<b>18.5</b>	<b>2.3</b>	<b>2.0</b>	<b>0.0</b>	<b>2.2</b>	<b>0.1</b>	<b>0.0</b>	<b>2.1</b>	<b>0.1</b>	<b>1.9</b>	<b>0.0</b>	<b>72.1</b>	<b>100.0</b>	<b>6,504</b>	

Примечание: Если указывается более одного метода, используемым методом в данной таблице считается наиболее эффективный метод.  
МЛА = Метод лактационной аменореи



В Таблице 6 представлены данные об уровнях и основных различиях в использовании отдельных методов контрацепции в настоящее время, по сообщениям замужних женщин. При проведении МДИТ 2012 было выявлено, что среди замужних женщин в настоящий момент, более четверти (28 процентов) используют какой-либо метод контрацепции. Большинство пользователей противозачаточных средств, применяют современный метод (26 процентов) и только 2 процента полагаются на традиционный метод. В целом, наиболее распространенным методом является внутриматочная спираль (ВМС); данным методом пользуются 19 процентов замужних женщин. Таким образом, две из каждых трех женщин, использующих контрацепцию, пользуются методом ВМС. Два процента замужних женщин применяют такие методы, как таблетки, презервативы, инъекции, а также метод прерыванного полового акта. Менее одного процента женщин сообщили об использовании женской стерилизации.

Таблица 6 также показывает, как текущее использование противозачаточных средств меняется в зависимости от основных характеристик респондентов. Уровень применения противозачаточных средств резко возрастает после 25 лет, достигает пика 47 процентов среди замужних женщин в возрасте 35-39 лет, после чего снижается до 19 процентов среди женщин 45-49 лет. ВМС является наиболее часто используемым методом во всех возрастных группах.

Разница в использовании методов контрацепции среди замужних женщин, проживающих в городах и селах незначительна (32 и 27 процентов, соответственно). Городские женщины чаще пользуются современным методом, нежели сельские женщины (29 и 25 процентов, соответственно). Эта разница в основном связана с более распространенным использованием ВМС среди городских женщин. Также, наблюдается значительная разница в использовании противозачаточных средств по регионам. Женщины, проживающие в РРП и Хатлонской области, меньше всех используют какой-либо метод контрацепции (22 и 24 процента, соответственно). В ГБАО и Согдийской области имеются самые высокие показатели использования любого метода (35 процентов каждая). Стоит отметить, что в Согдийской области также отмечен самый большой процент замужних женщин, использующих любой традиционный метод (5 процентов), в основном метод прерыванного полового акта (4 процента), по сравнению с женщинами из других регионов. Как и ожидалось, уровень использования методов контрацепции возрастает по мере увеличения уровня образования. Женщины с высшим образованием используют метод контрацепции почти в два раза чаще, чем женщинами с начальным или общим базовым уровнем образования (41 процент по сравнению со слегка более 20 процентов). В целом, женщины в Таджикистане не начинают пользоваться контрацепцией до тех пор, пока у них не родится, по крайней мере, один ребенок.

Результаты МДИТ 2012 можно сопоставить с данными исследования МИКИ 2005, с целью получения представления о недавних тенденциях использования методов контрацепции в Таджикистане. В целом, процент замужних женщин в возрасте 15-49 лет, использующих методы контрацепции, снизился в течение семи лет между двумя исследованиями, с 38 процентов (МИКИ 2005) до 28 процентов (МДИТ 2012). Данное изменение в основном обусловлено снижением использования метода ВМС; доля женщин, использующих ВМС снизилась с 26 процентов в 2005 году до 19 процентов в 2012 году. Также, произошло снижение в использовании МЛА, с 3 процентов в 2005 году до менее одного процента в 2012 году (*Госкомстат, 2007*).

## **Ф. Смертность в детском возрасте**

Оценка уровней и тенденций смертности среди младенцев и детей являлось одной из важных задач МДИТ 2012, потому что коэффициенты смертности этих групп считаются основными показателями социально-экономической ситуации, а также качества жизни в стране.

Как отмечалось ранее, в анкету МДИТ 2012 был включен раздел по репродуктивному здоровью женщин, в котором респондентов просили сообщить об исходе каждой беременности, т. е. завершилась ли беременность рождением живого ребенка, мертвого ребенка, выкидышем или абортom. Живорожденными считали все рождения, когда ребенок кричал или проявлял какие-либо

признаки жизни. По каждому случаю рождения живого ребенка, сообщенному в истории беременности, собиралась информация о дате рождения (месяце и годе), поле, статусе выживания, и настоящем возрасте (если ребенок жив), или возрасте на момент смерти (для умерших детей).

Информация о статусе выживания и возрасте на момент смерти умерших детей была использована для расчета нижеследующих пяти коэффициентов смертности:

Неонатальная смертность (NN): вероятность наступления смерти в течение первого месяца жизни;

Постнеонатальная смертность (PNN): разница между младенческой и неонатальной смертностью;

Младенческая смертность ( ${}_1q_0$ ): вероятность наступления смерти в период между рождением и исполнением точно 1 года;

Детская смертность ( ${}_4q_1$ ): вероятность наступления смерти в период между точным возрастом 1 года и 5 лет;

Смертность до 5 лет ( ${}_5q_0$ ): вероятность смерти в период между рождением и точным возрастом 5 лет.

Все коэффициенты рассчитываются на 1000 родившихся, за исключением детской смертности, которая выражается как число смертей на 1000 выживших к первому году жизни.

В Таблице 7 представлены показатели младенческой и детской смертности, основанные на данных, полученных в МДИТ 2012. Показатель младенческой смертности за пять лет, предшествовавших исследованию (приблизительный период времени 2008-2012) составляет 34 на 1000 живорожденных. Уровни неонатальной и постнеонатальной смертности составляют 19 и 15 на 1000 живорожденных, соответственно. Показатель детской смертности (в возрасте от 1 года до 4 лет) значительно ниже: 9 на 1000 живорожденных. Смертность до 5 лет за этот период составляет 43 на 1000 живорожденных.

**Таблица 7 Смертность в детском возрасте**

Показатели неонатальной, постнеонатальной, младенческой, детской и до пяти лет смертности по пятилетним периодам, предшествовавшим исследованию, Таджикистан 2012

Лет до исследования	Неонатальная смертность (NN)	Постнеонатальная смертность (PNN) <sup>1</sup>	Младенческая смертность ( ${}_1q_0$ )	Детская смертность ( ${}_4q_1$ )	Смертность до пяти лет ( ${}_5q_0$ )
0-4 (2012-2008)	19	15	34	9	43
5-9 (2007-2003)	20	23	43	12	54
10-14 (2002-1998)	25	31	56	21	76

<sup>1</sup>Вычислено как разница между показателями младенческой и неонатальной смертностей

Изменения показателей смертности за 15-летний период также могут быть рассмотрены в Таблице 7. Полученные данные свидетельствуют о том, что смертность существенно снизилась за последние 15 лет. Например, коэффициент младенческой смертности составил 56 на 1000 за период между 10 до 14 лет до исследования и 43 на 1000 за период 5 до 9 лет перед началом исследования, по сравнению с показателем 34 на 1000 за пять лет до проведения исследования.

Сравнение показателей смертности по данным МДИТ 2012 с результатами из МИКИ 2005 (65 на 1000 живорожденных по младенческой смертности и 79 на 1000 живорожденных по смертности до 5 лет) также указывает на существенное снижение смертности в детском возрасте на протяжении лет, прошедших между этими исследованиями (*Госкомстат, 2007*).<sup>2</sup>

Уровни смертности детей в Таджикистане относительно высокие, по сравнению с уровнями смертности по данным исследований МДИ недавно проведенных в некоторых соседних странах; к примеру, показатели младенческой смертности за пятилетний период, предшествующий исследованию, составили 13 и 14 на 1000 живорожденных в МДИ 2010 Армении и МДИ 2007 Украины, соответственно, что значительно ниже показателя МДИТ (*НСС [Армения] и др., 2012; ЦСРУ [Украина] и др., 2008*). С другой стороны, вероятность выживания детей в Таджикистане лучше тех показателей, которые приведены в Исследовании Материнской Смертности 2010 г. в Афганистане (55 на 1000 живорожденных), МДИ Азербайджана 2006 года (43 на 1000 живорожденных), и МДИ Пакистана 2006-2007 годов (78 на 1000 живорожденных) (*ГКС [Азербайджан] и Macro International Inc, 2008; АИОЗ МЗ [Афганистан] и др., 2011; НИДИ [Пакистан] и Macro International Inc, 2008*).

## **Г. Материнский уход**

Правильный уход во время беременности и родов имеет большое значение для здоровья матери и ее ребенка. В МДИТ 2012 были включены вопросы по материнскому уходу для рождений, происшедших в течение пяти лет до начала исследования.

### **Аntenатальная помощь**

Аntenатальная помощь квалифицированным медперсоналом важна для наблюдения беременности и уменьшения риска во время беременности и в родах, как для матери так и ребенка. В Таджикистане, квалифицированный персонал, обученный оказанию помощи во время родов включает в себя врачей, медсестер, акушерок и фельдшеров<sup>3</sup>.

---

<sup>2</sup> Некоторая осторожность должна быть использована при сравнении показателей смертности исследования МИКИ 2005 Таджикистана с результатами МДИТ 2012, поскольку методика расчета оценочных показателей смертности отличаются в двух исследованиях.

<sup>3</sup> Фельдшер – это обученный медицинский работник в области медицинского ухода и акушерства, прошедший углубленную подготовку по клиническому диагнозу и фармакологии. Фельдшеры имеют право на проведение базового лечения и назначения ограниченного количества препаратов в фельдшерско-акушерских пунктах (ФАП) в отсутствие врача.

Таблица 8. Индикаторы материнского ухода

Среди женщин в возрасте 15-49 лет, у кого были роды живым ребенком в течение пяти лет предшествовавших исследованию, процент получивших антенатальный уход для последнего живорождения от квалифицированного медицинского работника, и среди всех живорождений в течение пяти лет до проведения исследования, процент родивших с помощью квалифицированного медперсонала и процент родивших в медучреждении, в зависимости от основных характеристик, Таджикистан, 2012

Основная характеристика	Процент с антенатальным уходом квалифицированным медработником <sup>1</sup>	Число женщин	Процент родивших с помощью квалифицированного медработника <sup>1</sup>	Процент родивших в медучреждении	Число рождений
<b>Возраст матери в родах</b>					
<20	86.0	258	91.2	80.1	480
20-34	80.0	2,945	88.0	77.7	4,321
35+	65.3	398	76.3	61.1	433
<b>Место жительства</b>					
Город	82.7	802	93.4	87.4	1,119
Село	77.7	2,799	85.7	73.6	4,114
<b>Регион</b>					
ГБАО	85.1	67	92.5	65.4	91
Согдийская область	94.1	1,000	95.2	93.3	1,383
Хатлонская область	66.8	1,351	84.6	67.4	2,029
Душанбе	80.8	295	95.6	88.4	414
РРП	78.7	887	80.4	70.0	1,316
<b>Образование матери</b>					
Нет образования/начальное	69.4	272	78.5	69.1	452
Общее базовое	78.0	1,400	84.7	73.3	2,063
Среднее общее	78.4	1,530	89.2	77.3	2,161
Профессиональное начальное/среднее	87.4	210	97.4	89.1	302
Высшее	92.0	189	97.1	93.9	255
Всего	78.8	3,601	87.4	76.5	5,233

<sup>1</sup> Квалифицированный медработник включает врача, медсестру, акушерку или фельдшера  
Примечание: Фельдшер является помощником врача, который обучен в области медицинского ухода и акушерства, прошедший углубленную подготовку в области диагностики и фармакологии. Им дано право на проведение базового лечения и назначение ограниченного числа лекарств в фельдшерско-акушерских пунктах (ФАП) в отсутствие врача.

Таблица 8 показывает, что 79 процентов матерей сообщили, что они посетили медицинского работника, по крайней мере один раз, для антенатального ухода во время беременности самого последнего рождения, произошедшего в течение пятилетнего периода до начала исследования. Различия в оказании антенатальной помощи городским и сельским женщинам не значительное, но имеются и существенные различия в зависимости от возраста матери в родах, региона и уровня образования. Самый высокий уровень дородового наблюдения отмечается среди молодых женщин, матерей из Согдийской области, и матерей с профессиональным начальным/средним и высшим образованием, чем среди матерей из других групп. Женщины в возрасте 35 лет и старше, наименее образованные женщины, а также матери из Хатлонской области имеют значительно меньшую вероятность получить профессиональную антенатальную помощь, чем другие женщины.

Охват дородовым наблюдением квалифицированным медперсоналом в МДИТ 2012 (79 процентов) такой же, как и в МДИ Азербайджана 2006 (77 процентов), но существенно ниже, чем в МДИ Армении 2010 и МДИ Украины 2007 (99 процентов) (ГКС [Азербайджан] и *Macro International* 2008; *HCC, M3* [Армения], и *ICF International*, 2012; *ЦСПУ* [Украина] и *Macro International*, 2008).

### Помощь в родах

Оказание квалифицированной медицинской помощи и создание соответствующих санитарно-гигиенических условий во время родов могут снизить риск возникновения

инфекционных осложнений, которые могут привести к смерти или тяжелой болезни матери, ребенка, или обоих. В Таблице 8 показано, что большинство родов (87 процентов) в Таджикистане принимаются медицинскими работниками и 77 процентов родов происходят в медицинских учреждениях.

Существуют значительные различия помощи в родах в зависимости от возраста матери и ее места жительства. Молодые женщины и женщины, проживающие в городской местности, имеют большую вероятность родить в медицинском учреждении и с помощью квалифицированного медперсонала, чем женщины старшего возраста и сельские жительницы. Например, 80 процентов рождений женщинами в возрасте 20 лет и моложе происходят в медицинском учреждении, по сравнению с 61 процентом рождений женщинами в возрасте 35 лет и старше. Аналогично, 87 процентов рождений в городской местности проводились в медицинском учреждении, по сравнению с 74 процентами рождений в сельской местности. Около девяти из десяти случаев рождений в Согдийской области и городе Душанбе происходили в медицинском учреждении, по сравнению с шестью из десяти рождений в ГБАО и Хатлонской области. Хотя примерно две-третьи всех рождений в ГБАО проводятся в медучреждениях (65 процентов), почти все роды принимаются квалифицированным медперсоналом (93 процента). Доля рождений с помощью медицинских работников варьирует от 80 процентов в РРП до 96 процентов в городе Душанбе.

Уровень образования матери напрямую связан с вероятностью того, что роды принимаются с помощью медицинского работника и что они происходят в медицинских учреждениях. Восемь из десяти случаев родов у женщин с общим базовым образованием принимаются компетентными работниками здравоохранения, по сравнению почти со всеми родами женщин с высшим образованием. Около семи из десяти случаев родов у матерей с общим базовым образованием или ниже этого уровня происходят в медучреждениях, по сравнению с девятью из десяти родов у женщин, имеющих высшее образование.

Доля женщин, которым была оказана помощь квалифицированным медперсоналом при родах в Таджикистане (87 процентов), и доля женщин, имевших роды в медучреждениях (77 процентов), такие же, как показатели МДИ Азербайджана в 2006 (89 и 78 процентов, соответственно). Согласно показателям МДИ Армении в 2010 году, охват оказания помощи женщинам во время родов медицинским персоналом (100 процентов), а также родов в медицинских учреждениях (99 процентов) значительно выше в Армении, чем в Таджикистане.

В обследовании МИКИ, проведенном в Таджикистане в 2005 году собиралась информация об антенатальном наблюдении и оказании медпомощи при родах для последнего рождения, произошедшего в течение двух лет, предшествовавших исследованию. Таким образом, чтобы получить показатели сравнимые с МИКИ, индикаторы МДИТ 2012 по материнскому уходу были пересчитаны на основе информации о последнем рождении, произошедшем в течение двух лет, до начала исследования. Результаты показывают, что среди женщин в возрасте 15-49 лет, которые имели роды живым ребенком в течение двух лет, предшествовавших исследованию, охват антенатальной помощью в МДИТ 2012 (80 процентов) остался примерно таким же, как и в МИКИ 2005 (79 процентов) (*ГКС, 2007*). Сравняя показатели индикаторов по родовспоможению, сравнительно скромное увеличение произошло в принятии родов квалифицированным медработником, с 83 процентов в МИКИ 2005 до 89 процентов в МДИТ 2012. Увеличение охвата рождений, произошедших в медицинских учреждениях, намного больше, с 62 процентов в МИКИ 2005 до 78 процентов в МДИТ 2012.

## **Н. Здоровье ребенка**

### ***Вакцинации***

Министерство Здравоохранения Таджикистана приняло рекомендации Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) по иммунизации детей, согласно которым к 12-месячному

возрасту ребенок должен получить следующие прививки: БЦЖ против туберкулеза; три дозы АКДС для защиты от дифтерии, коклюша и столбняка; три дозы вакцины против полиомиелита; и прививку от кори. В дополнение к этим рекомендованным прививкам, с 2001 года, Министерство Здравоохранения рекомендует, чтобы ребенок получал три дозы вакцины против гепатита В; первую дозу он должен получить при рождении или при первом клиническом контакте (Ходжамурадов и Речел, 2010). Введенная в 2008 году пятивалентная вакцина, заменила вакцину АКДС и вакцину против гепатита В, кроме первой дозы вакцины против гепатита В при рождении (МЗ, 2008). Кроме АКДС, пятивалентная вакцина содержит вакцину против гепатита В и вакцину против *Haemophilus* инфлюэнцы тип В. Пятивалентная вакцина дается по той же схеме, как и АКДС. С 2009 года вакцинация КК стала даваться в 12 месячном возрасте для защиты от кори и краснухи (МЗ, 2009).

В рамках исследования МДИТ 2012 собиралась информация об охвате вакцинацией всех детей в возрасте до 5 лет. В Таджикистане медицинская карточка ребенка (МЗ форма 112) и формы записи прививок (МЗ форма 063) хранятся в местных медицинских учреждениях. В редких случаях, медкарточки детей хранятся дома. В данном исследовании, сведения о вакцинации собирали из этих двух источников, если таковые имелись в ходе проведения опроса. В случаях, когда у матери не было детской карточки, ее просили вспомнить, какие прививки были сделаны ребенку. После завершения всех опросов в определенном кластере, супервайзеры команд посещали местные медицинские учреждения и переписывали информацию о полученных прививках из медицинских карт у всех детей из выборки. В общем, 89 процентов детей в возрасте 18-29 месяцев имели детские карточки в медицинских учреждениях, тогда как 13 процентов имели записи прививок, которые хранились дома (данные не представлены). В целом, записи иммунизаций были найдены для 91 процента детей 18-29 месячного возраста. Таким образом, хотя основная часть данных в Таблице 9 основана на информации из медицинских карт, в случаях, когда эти карточки не были найдены или информация об отдельных специфичных прививках была пропущена, данные основаны на сведениях, полученных со слов матерей.

В Таблице 9 отражен уровень охвата вакцинацией детей в возрасте 18-29 месяцев, то есть возраста, к которому все дети должны быть полностью вакцинированы. Почти все дети (по меньшей мере 97 процентов) получили вакцинацию БЦЖ, первые дозы полиовакцины и АКДС. Девяносто три процента получили прививки от гепатита при рождении. Доля детей, получивших вторую и третью дозы полиовакцины и АКДС была немного ниже, как и доля получивших КК. Например, 97 процентов детей получили первую дозу АКДС по сравнению с 92 процентами, получивших третью дозу. Таким образом, показатель отсева<sup>4</sup> между первой и третьей дозами АКДС составляет 5 процентов. Соответствующий показатель отсева для полиовакцины составляет 6 процентов.

---

<sup>4</sup> Показатель отсева = (доза 1-доза 3)\*100/Доза 1

Таблица 9. Вакцинации в зависимости от основных характеристик

Процент детей в возрасте 18-29 месяцев, получивших специфические прививки в любое время перед проведением исследования (по медицинским карточкам или со слов матери), и процент с медицинской карточкой, в зависимости от основных характеристик, Таджикистан, 2012

Основная характеристика	БЦЖ	Гепатит В при рождении	АКДС <sup>1</sup> /ПЕНТА			Полиовакцина <sup>2</sup>				Корь (КК)	Все основные <sup>3</sup> вакцинации	Нет вакцинаций	Все основные <sup>3</sup> плюс гепатит В при рождении	Процент с любой медкарточкой	Число детей
			1	2	3	0	1	2	3						
<b>Пол</b>															
Мужской	98.3	92.8	97.3	95.2	93.2	95.9	97.6	97.1	93.1	95.0	88.6	1.0	85.9	90.3	604
Женский	98.2	94.1	95.5	92.8	90.2	95.3	97.2	95.8	90.8	95.5	87.4	1.2	85.5	91.7	544
<b>Место жительства</b>															
Город	98.5	94.3	95.3	93.2	91.1	97.2	95.9	93.6	90.6	93.7	86.8	1.1	85.2	88.9	230
Село	98.2	93.2	96.8	94.3	91.9	95.2	97.8	97.2	92.4	95.6	88.3	1.1	85.8	91.5	918
<b>Регион</b>															
ГБАО	98.8	89.3	95.3	88.0	84.4	90.7	97.6	96.4	92.9	96.4	81.9	0.0	76.0	89.3	17
Согдийская область	100.0	97.9	97.5	95.5	94.4	97.4	98.9	98.9	95.4	96.9	92.5	0.0	91.5	98.1	288
Хатлонская область	98.2	94.6	97.4	95.8	93.6	96.8	97.1	97.1	94.8	94.5	90.7	1.5	89.8	92.6	459
Душанбе	97.6	91.1	90.8	89.2	85.2	95.9	94.9	90.7	86.7	93.3	82.2	1.4	80.1	83.6	90
РРП	97.0	88.1	96.0	91.8	88.6	92.2	97.2	94.9	86.0	95.3	81.5	1.4	75.7	83.8	292
<b>Образование матери</b>															
Нет образования/Начальное	97.6	88.9	94.1	89.9	88.9	93.8	95.3	93.4	88.8	93.0	85.1	1.6	81.9	85.1	99
Общее базовое	97.5	91.2	95.4	93.7	90.1	94.2	96.5	96.0	90.8	94.3	85.4	1.7	82.4	90.4	433
Общее среднее	98.8	95.7	98.5	96.6	95.2	97.7	99.3	98.7	95.3	96.4	92.5	0.6	90.6	93.7	494
Профессиональное начальное/среднее	99.7	97.5	98.2	92.4	92.4	92.4	93.1	91.7	86.8	96.9	85.9	0.0	85.9	91.3	67
Высшее	98.5	94.1	89.5	83.5	78.2	95.1	96.5	92.7	84.6	93.8	75.7	1.5	74.8	81.3	55
<b>Всего</b>	<b>98.3</b>	<b>93.4</b>	<b>96.5</b>	<b>94.1</b>	<b>91.8</b>	<b>95.6</b>	<b>97.4</b>	<b>96.5</b>	<b>92.0</b>	<b>95.2</b>	<b>88.0</b>	<b>1.1</b>	<b>85.7</b>	<b>91.0</b>	<b>1,148</b>

<sup>1</sup> Доза АКДС дается в составе Пентавакцины (ПЕНТА), которая содержит в себе АКДС, гепатит В и вакцину против *Haemophilus influenzae* тип В (ХИБ).

<sup>2</sup> Полиовакцина 0 – это вакцинация полиооакциной при рождении.

<sup>3</sup> Включает все вакцинации рекомендованные ВОЗ, т.е., вакцинация БЦЖ, противокоревая вакцинация, и три дозы АКДС и полиооакцины, за исключением первой дозы полиооакцины при рождении.

В целом, данные показывают, что 88 процентов детей в возрасте 18-29 месяцев получили все основные, рекомендованные ВОЗ прививки в любое время до даты интервью. Слегка меньшая доля детей (86 процентов) получила полный курс рекомендованных МЗ прививок, который включает в себя вакцинацию против гепатита В при рождении. Существенной разницы в охвате иммунизации по полу детей и месту проживания нет, но имеются заметные различия в зависимости от региона и образования матери. Дети, проживающие в Согдийской и Хатлонской областях, имеют большую вероятность, чем дети из других регионов, быть полностью вакцинированными (93 и 91 процент, соответственно). Дети, рожденные от матерей с общим средним образованием, имеют большую вероятность быть полностью вакцинированными (93 процента), чем дети от матерей с другими уровнями образования.

Результаты МДИТ 2012 показывают, что среди детей в возрасте 18-29 месяцев за последние семь лет существенно возрос охват вакцинацией основными, рекомендованными ВОЗ вакцинами; 77 процентов детей были полностью привиты до момента интервью в МИКИ 2005 и 88 процентов были полностью привиты в МДИТ 2012. Положительные сдвиги, скорее всего, связаны с увеличением доли детей, получающих вторую и третью дозы полиооакцины и АКДС. Охват вакцинацией против кори увеличился незначительно, с 92 процентов в 2005 году до 95 процентов в 2012 году. Следует отметить, что в МДИТ 2012, записи иммунизаций из медицинских карточек, которые хранились дома или в медицинских учреждениях, были найдены для 91 процента детей в возрасте 18-29 месяцев, по сравнению с 83 процентами в МИКИ 2005 (Госкомстат, 2007).

## Лечение детских болезней

Острые респираторные заболевания, лихорадка, и диарея, сопровождающаяся обезвоживанием, являются основными причинами детской заболеваемости и смертности. Следовательно, своевременное лечение детей, страдающих этими болезнями, имеет решающее значение в повышении благополучия детей и снижении детской смертности. В целях получения информации о том, как лечатся детские болезни, матерей спрашивали (о каждом ребенке в возрасте до 5 лет), испытывал ли ребенок в течение двух недель до проведения интервью кашель, сопровождавшийся укороченным и частым дыханием (симптомы острой респираторной инфекции), высокую температуру или понос (диарею). Среди всех детей до пяти лет, менее 1 процента испытывали кашель, сопровождавшийся укороченным и частым дыханием, 9 процентов имели повышение температуры (лихорадка), и 15 процентов страдали диареей, в течение двухнедельного периода до начала исследования (данные не показаны).

В Таблице 10 и на Рисунке 2 показаны доли детей, страдающих этими заболеваниями и обратившихся за лечением или консультацией в медучреждение или медработнику. За консультацией или лечением обратились 63 процента, из небольшого числа детей с симптомами ОРИ, и 57 процентов детей с высокой температурой.

**Таблица 10** Лечение острой респираторной инфекции, лихорадки и диареи

Среди детей до пяти лет, у кого были симптомы острой респираторной инфекции (ОРИ) или лихорадки в течение двух недель до проведения исследования, процент обратившихся за советом или лечением в медучреждение или медработнику, и среди детей в возрасте до пяти лет, страдавших диареей в течение двух недель до начала исследования, процент обратившихся в медучреждение/медперсоналу за консультацией или лечением, процент получивших жидкость, сделанную из пакета с орально-регидратационной солью (ОРС), и процент, получивших орально-регидратационную терапию (ОРТ), в зависимости от основных характеристик, Таджикистан, 2012

Основная характеристика	Дети с симптомами ОРИ <sup>1</sup>		Дети с лихорадкой		Дети с диареей			
	Процент обратившихся за помощью (консультацией или лечением) в медучреждение/медперсоналу <sup>2</sup>	Число с ОРИ	Процент обратившихся за помощью (консультацией или лечением) в медучреждение/медперсоналу <sup>2</sup>	Число с лихорадкой	Процент обратившихся за помощью (консультацией или лечением) в медучреждение/медперсоналу <sup>2</sup>	Процент получивших жидкость из пакета ОРС	Процент получивших ОРТ <sup>3</sup>	Число с диареей
<b>Возраст в месяцах</b>								
<6	*	4	(73.8)	31	(67.1)	(43.5)	(54.9)	46
6-11	*	4	56.5	93	59.8	68.8	81.0	137
12-23	*	16	59.1	159	64.2	65.0	74.9	260
24-35	*	5	52.9	108	40.5	60.6	73.7	175
36-47	*	7	(54.0)	46	45.9	52.1	67.0	83
48-59	*	9	(48.3)	28	32.0	42.4	48.2	56
<b>Пол</b>								
Мужской	(67.6)	19	57.3	266	53.6	62.1	73.2	424
Женский	(59.1)	26	56.5	199	53.9	57.9	69.7	334
<b>Место жительства</b>								
Город	*	13	61.3	118	50.2	57.8	67.9	194
Село	(59.7)	33	55.5	347	54.9	61.2	72.9	563
<b>Регион</b>								
ГБАО	*	3	44.2	10	40.8	78.1	79.5	15
Согдийская область	*	5	(76.7)	54	66.0	61.4	79.2	101
Хатлонская область	*	24	54.8	295	52.0	57.9	68.2	453
Душанбе	*	4	57.8	46	46.5	56.9	63.7	70
РРП	*	10	51.2	60	55.8	68.4	82.2	119
<b>Mother's education</b>								
Нет образования/Начальное	*	1	(52.7)	53	57.9	58.3	77.0	81
Общее базовое	*	23	56.2	186	54.0	60.2	70.1	321
Общее среднее	*	14	58.6	181	52.4	59.4	71.7	279
Профессиональное начальное/среднее	*	3	(68.1)	21	52.0	61.4	66.8	42
Высшее	*	4	(50.2)	24	53.4	71.2	78.9	35
<b>Всего</b>	62.7	45	57.0	465	53.7	60.3	71.6	757

Примечание: Звездочка означает, что данные основаны на менее чем 25 не взвешенных случаях и поэтому были исключены. Цифры в скобках указывают, что данные основаны на 25-49 не взвешенных случаях.

<sup>1</sup> Симптомы ОРИ (кашель, сопровождаемый укороченным и быстрым дыханием и/или затруднением дыхания из-за заложенности в груди), являются косвенными признаками воспаления легких

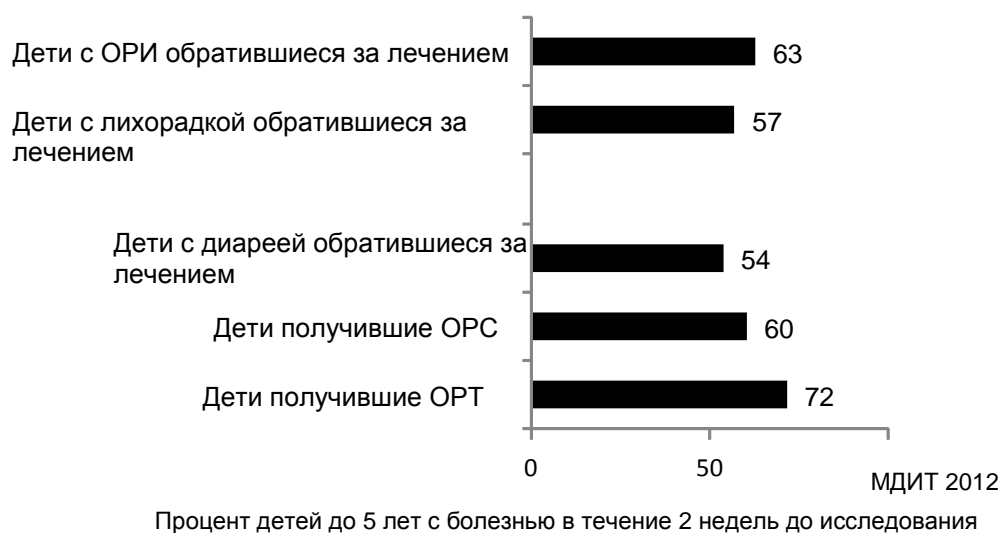
<sup>2</sup> Исключает аптеки, магазины и народных целителей

<sup>3</sup> ОРТ включает жидкость, приготовленную из пакета с орально-регидратационной солью (ОРС), а также жидкости домашнего приготовления (ЖДП)



Консультация или лечение медицинским работником была получена для 54 процентов детей с диареей. Шесть из десяти детей с диареей получили жидкость, приготовленную из пакета с ОРС. В целом, около семи из десяти детей с диареей (72 процента) получили орально-регидратационную терапию (ОРТ), либо это был раствор, приготовленный из пакетов ОРС или раствор домашнего приготовления (Рисунок 2).

**Рисунок 2 Лечение острой респираторной инфекции, лихорадки и диареи**



I.

### **Практика кормления детей**

Грудное молоко является оптимальным источником всех питательных веществ, необходимых младенцам. Дети, находящиеся на исключительно грудном вскармливании получают только грудное молоко. Исключительно грудное вскармливание рекомендуется в течение первых 6 месяцев жизни ребенка, потому что оно снижает подверженность воздействию болезнетворных агентов, а также обеспечивает все питательные вещества, необходимые ребенку. По мере роста, одно грудное молоко не может обеспечить достаточного питания, и в рацион ребенка должны быть добавлены другие виды жидкостей и пищи.

В Таблице 11 отражена практика вскармливания детей грудного возраста Таджикскими матерями. Данные показывают, что среди детей в возрасте до 6 месяцев, 94 процента находятся на грудном вскармливании. Однако, только одна треть (34 процента) вскармливаются исключительно грудным молоком, как рекомендовано. В дополнение к грудному молоку, 39 процентов получили простую воду, 14 процентов получили другое молоко (не грудное), 2 процента получили немолочные жидкости, и 5 процентов получили дополнительное питание (густую или полугустую пищу). Хотя большинство Таджикских детей продолжают кормить грудью до 18 месячного возраста, почти все они получают дополнительное питание, вдобавок к грудному молоку, в течение первых месяцев после рождения.

Сравнение показателя исключительно грудного вскармливания в МДИТ 2012 среди детей до 6-месячного возраста (34 процента) с аналогичным показателем из МИКИ 2005 (25 процентов), указывает на видимое увеличение доли детей, находящихся на исключительно грудном вскармливании (Госкомстат, 2007). При сопоставлении результатов МДИТ 2012 с данными обследования МИКИ, необходимо отметить, что в МДИТ 2012 матерей спрашивали о больших видах дополнительного питания, которые могли бы даваться ребенку, чем это было сделано в МИКИ 2005.

Таблица 11 Статус грудного вскармливания в зависимости от возраста

Процентное распределение самых младших детей в возрасте до 2-х лет, проживающих с матерью, в соответствии со статусом грудного вскармливания, процент детей на грудном вскармливании на настоящий момент, и процент всех детей в возрасте до 2-х лет, использующих бутылку с соской, в зависимости от возраста в месяцах, Таджикистан, 2012

Возраст в месяцах	Процентное распределение самых младших детей в возрасте до двух лет, проживающих с матерью, в зависимости от статуса грудного вскармливания							Всего	Процент вскармливаемых грудью на настоящий момент	Число самых младших детей в возрасте до 2-х лет	Процент детей, использующих бутылку с соской	Число всех детей в возрасте до 2-х лет
	Не вскармливается грудью	Исключительно грудное вскармливание	Грудное вскармливание и потребление только простой воды	Грудное вскармливание и потребление немолочных жидкостей <sup>1</sup>	Грудное вскармливание и потребление другого молока	Грудное вскармливание и потребление дополнительного питания						
0-1	4.6	63.6	21.7	0.0	8.4	1.8	100.0	95.4	106	7.3	106	
2-3	6.3	29.1	46.0	2.3	13.8	2.4	100.0	93.7	175	29.0	176	
4-5	5.7	20.6	43.2	3.8	18.0	8.7	100.0	94.3	160	40.3	160	
6-8	11.5	5.9	20.3	7.3	14.0	41.0	100.0	88.5	295	43.7	301	
9-11	15.5	2.4	5.3	6.8	4.5	65.5	100.0	84.5	288	42.5	290	
12-17	25.2	0.9	2.0	3.3	1.6	66.9	100.0	74.8	518	36.1	539	
18-23	47.3	0.5	0.3	0.8	0.8	50.3	100.0	52.7	451	24.5	533	
0-3	5.7	42.1	36.9	1.4	11.8	2.2	100.0	94.3	280	20.9	282	
0-5	5.7	34.3	39.1	2.3	14.0	4.6	100.0	94.3	440	27.9	442	
6-9	12.1	5.2	16.3	7.9	12.4	46.0	100.0	87.9	386	45.2	392	
12-15	23.3	1.3	2.9	2.2	1.7	68.7	100.0	76.7	367	39.1	378	
12-23	35.5	0.7	1.2	2.1	1.3	59.2	100.0	64.5	968	30.3	1,072	
20-23	50.5	0.8	0.4	0.7	0.3	47.2	100.0	49.5	296	20.6	356	

Примечание: Статус грудного вскармливания относится к "24-часам", предшествовавшим исследованию (вчера, и прошлой ночью). Дети, классифицируемые как вскармливаемые грудью и потребляющие только обычную воду, не употребляли никаких жидких или твердых добавок. Категории «не вскармливаемые грудью», «исключительно грудное вскармливание», «грудное вскармливание и прием простой воды», «немолочная жидкость», «другое молоко» и «дополнительное питание (густая и полугустая пища)» являются иерархическими и взаимоисключающими, таким образом их проценты суммируются до 100. Обратите внимание, дети, получающие грудное молоко и немолочные жидкости и те, которые не получают другое молоко, и не получающие дополнительное питание, относятся к категории «немолочная жидкость», даже если они также получают простую воду. Любые дети, получающие дополнительное питание, попадают под эту категорию до тех пор, пока их кормят грудью.

<sup>1</sup> Включает соки, напитки с соком, прозрачный бульон или другие жидкости.

## Статус питания детей

Антропометрия предоставляет один из самых важных индикаторов статуса питания детей. Измерение роста и веса детей в возрасте до 5 лет проводилось во всех отобранных для МДИТ домохозяйствах<sup>5</sup>. Данные о росте и весе используются для расчета следующих трех сводных показателей состояния питания детей: отношение роста к возрасту, отношение массы тела к росту и отношение массы тела к возрасту. Эти три показателя являются полезными в оценке пределов, когда недостаточное питание может увеличить восприимчивость детей к болезням и смерти.

<sup>5</sup> Детей от 2 лет и старше измеряли ростомером Шорра стоя, детей в возрасте до 2 лет измеряли лежа. Вес детей измерялся с использованием электронных весов *Seca*.

Индикаторы статуса питания выражаются в процентах детей, попадающих в пределы установленных единиц стандартного отклонения от медианы международных норм эталонной популяции, рекомендованных Всемирной Организацией Здравоохранения в 2006 году (ВОЗ, 2006). Дети, у которых значения показателей более чем на 2 стандартных отклонения ниже рекомендуемой медианы (-2 SD) международных норм эталонной популяции, расцениваются как имеющие недостаточное питание, а те у кого отклонение от медианы ниже трех стандартных отклонений (-3 SD) имеют тяжелую степень недостаточного питания.

В МДИТ, все дети в возрасте до 5 лет, проживающие в домохозяйстве, подходили для измерения роста и веса. Из 5422 детей, подходящих для измерений (т.е. в возрасте 0-59 месяцев на момент проведения опроса), 94 процентов были измерены и имели достоверные записи результатов (т.е. высокие или низкие в разумных пределах). Измерения были пропущены у 1 процента детей из-за отказа родителей, отсутствия или болезни ребенка. Еще 5 процентов детей были признаны имеющими неправдоподобно высокие или низкие записи роста или веса. В Таблице 12 представлен статус питания всех детей с правильными измерениями в зависимости от отдельных демографических и основных характеристик.

Детей, имеющих значение показателя рост-к-возрасту ниже минус два стандартных отклонения от медианы эталонного населения, считают имеющими задержку роста или низкими для своего возраста. Задержка в росте является результатом недостаточности питания в течение длительного времени, а также происходит вследствие часто повторяющихся или хронических заболеваний. В целом, 26 процентов детей в возрасте до 5 лет имеют задержку роста; почти у половины из них тяжелая задержка роста (10 процентов всех детей). Показатель задержки в росте составляет 15 процентов среди младших возрастных групп, стремительно возрастает до 23 процентов в 6-8 месячном возрасте, когда, как правило, вводится дополнительное питание, достигая пика в 32-34 процентов среди детей в возрасте 18-23 и 24-35 месяцев, после чего снижается до 23 процентов среди детей в возрасте 4 лет и старше (48-59 месяцев). В общем, дети из сельских населенных пунктов и дети, рожденные от матерей с низким уровнем образования, наиболее подвержены отставанию в росте.

Детей, имеющих показатель массы тела-к-росту ниже минус два стандартных отклонения от медианы эталонного населения, расценивают как имеющих истощение (или худыми). Истощение является результатом срыва в получении адекватного питания в период, непосредственно предшествующий исследованию, и часто является результатом недавно перенесенных заболеваний, особенно диареи, или резкого ухудшения наличия продуктов питания. В Таджикистане 10 процентов детей страдали от истощения на момент проведения исследования и 4 процента имели тяжелую степень истощения. В целом, истощение более распространено среди детей до 18-месячного возраста и детей, рожденных от матерей с более низким уровнем образования. Распространенность отставания в весе среди детей младше 6-месячного возраста (23 процента) и детей в возрасте 6-8 месяцев (18 процентов) в два раза выше общенациональной средней оценки, составляющей 10 процентов.

Таблица 12 Статус питания детей

Процент детей в возрасте до 5 лет с недостаточностью питания по трем антропометрическим показателям: рост-к-возрасту, масса тела-к-росту, и масса тела-к-возрасту, в зависимости от основных характеристик, Таджикистан, 2012

Основная характеристика	Рост-к-возрасту <sup>1</sup>			Масса тела-к-росту			Среднее Z-значение (SD)	Масса тела-к-возрасту			Среднее Z-значение (SD)	Число детей
	Процент ниже -3 SD	Процент ниже -2 SD <sup>2</sup>	Среднее Z-значение (SD)	Процент ниже -3 SD	Процент ниже -2 SD <sup>2</sup>	Процент выше +2 SD		Процент ниже -3 SD	Процент ниже -2 SD <sup>2</sup>	Процент выше +2 SD		
<b>Возраст в месяцах</b>												
<6	5.3	15.2	0.0	10.8	23.0	5.4	-0.8	4.7	13.9	2.9	-0.6	427
6-8	13.1	22.6	-0.5	9.7	17.8	8.3	-0.5	6.2	15.0	2.1	-0.8	302
9-11	7.5	19.9	-0.7	4.9	14.2	6.7	-0.4	2.8	9.7	1.5	-0.8	288
12-17	8.1	19.8	-1.0	3.9	14.9	5.2	-0.5	4.3	14.4	0.6	-0.8	529
18-23	12.6	32.4	-1.4	1.8	7.6	5.2	-0.1	3.9	14.0	1.1	-0.8	545
24-35	11.6	33.8	-1.5	3.0	7.5	5.6	-0.0	4.4	12.5	0.7	-0.8	1,142
36-47	9.9	27.9	-1.3	1.4	4.7	7.0	0.1	2.0	10.4	0.5	-0.7	964
48-59	7.8	22.8	-1.3	3.2	6.7	5.0	-0.2	2.8	10.1	0.3	-0.9	882
<b>Пол</b>												
Мужской	9.8	25.5	-1.1	4.1	9.9	6.1	-0.2	3.3	12.3	1.0	-0.8	2,575
Женский	9.6	26.8	-1.1	3.7	10.0	5.6	-0.2	4.0	11.9	0.9	-0.8	2,505
<b>Место жительства</b>												
Город	7.8	21.4	-0.9	3.8	9.9	5.5	-0.3	2.7	10.7	1.3	-0.7	1,092
Село	10.2	27.4	-1.2	3.9	9.9	6.0	-0.2	3.9	12.5	0.8	-0.8	3,988
<b>Регион</b>												
ГБАО	9.1	24.3	-1.0	2.2	8.1	1.1	-0.4	2.5	13.0	0.2	-0.8	93
Согдийская область	11.7	27.2	-1.2	3.9	8.4	11.8	0.1	3.3	10.4	1.1	-0.6	1,365
Хатлонская область	9.6	26.9	-1.2	4.1	11.1	3.0	-0.4	4.2	13.5	0.5	-0.9	1,934
Душанбе	7.4	18.9	-0.7	3.8	10.3	5.4	-0.3	3.1	9.3	1.4	-0.6	392
РРП	8.5	26.3	-1.1	3.7	9.8	4.3	-0.3	3.5	12.7	1.3	-0.8	1,296
<b>FTF<sup>3</sup> пилотные районы</b>	8.1	24.6	-1.1	5.0	11.2	3.3	-0.4	5.0	13.1	0.6	-0.9	782
<b>Образование матери<sup>4</sup></b>												
Нет образования/ начальное	11.1	27.6	-1.3	5.3	13.5	3.6	-0.5	7.0	19.0	0.2	-1.1	416
Общее базовое	9.9	27.2	-1.2	4.6	10.1	4.6	-0.3	3.9	12.5	0.6	-0.8	1,981
Общее среднее	9.5	26.4	-1.2	3.1	9.4	7.1	-0.1	2.8	10.9	1.3	-0.7	2,080
Профессиональное начальное/среднее	6.8	21.3	-0.9	2.6	7.6	5.9	-0.2	3.0	10.3	0.5	-0.7	296
Высшее	8.0	17.2	-0.7	4.4	9.3	10.4	-0.1	3.0	7.9	1.9	-0.5	245
<b>Статус опроса матери</b>												
Мать опрошена	9.6	26.1	-1.1	4.0	10.0	5.8	-0.2	3.6	12.1	1.0	-0.8	4,957
Мать не опрошена, но в до-мехозяйстве	5.5	25.9	-1.3	0.0	2.6	13.8	0.1	2.6	5.9	0.0	-0.7	62
Мать не опрошена, и не в домохозяйстве <sup>5</sup>	23.6	33.9	-1.3	0.0	13.7	3.4	-0.4	7.5	20.2	0.0	-1.1	61
<b>Всего</b>	9.7	26.2	-1.1	3.9	9.9	5.9	-0.2	3.7	12.1	0.9	-0.8	5,080

Примечание: Таблица основана на детях, которые провели ночь в домохозяйстве до проведения опроса. Каждый показатель выражается в единицах значений стандартного отклонения (SD) от медианы норм ВОЗ для оценки роста детей, принятых в 2006 году. Индексы в данной таблице НЕ сопоставимы с теми, которые основывались на ранее используемых нормах NCHS/CDC/WHO от 1977 года. Таблица основана на детях с действительными датами рождения (месяц и год) и точными показателями и роста и веса

<sup>1</sup> Длина тела детей в возрасте до 2-х лет (до 85 см) измеряется лежа; рост тела всех остальных детей измеряется стоя

<sup>2</sup> Включает детей с -3 SD от медианы эталонной популяции ВОЗ для оценки роста детей

<sup>3</sup> Данные основаны на информации, собранной в домашних хозяйствах из 12 пилотных районов программы 'Feed the Future Initiative' (FTF) в Хатлонской области

<sup>4</sup> Для женщин, которые не были опрошены, информация взята из Анкеты домохозяйства. Исключает детей, чьи матери не были внесены в список членов домохозяйства в Анкете домохозяйства

<sup>5</sup> Включает детей, чьи матери умерли

Детей, имеющих показатель массы тела-к-росту выше двух стандартных отклонений от медианы эталонного населения, считают имеющими избыточный вес (или ожирение). В Таджикистане, только 6 процентов детей имели избыточный вес на момент проведения исследования. Глядя на географическую структуру, распространенность избыточной массы тела детей в Согдийской области составляет 12 процентов по сравнению с 5 процентами или менее в других регионах республики. Дети, рожденные от матерей с высшим образованием имеют избыточный вес в два раза чаще, чем дети, рожденные от матерей с общим базовым образованием (10 и 5 процентов, соответственно).

Детей, имеющих показатель массы тела-к-возрасту ниже минус два стандартных отклонения от медианы эталонного населения, расценивают как имеющих недостаточную массу тела. Этот показатель отражает как острую, так и хроническую недостаточность питания. В целом, 12 процентов детей имеют недостаточную массу тела. Дети, рожденные от матерей с более низким

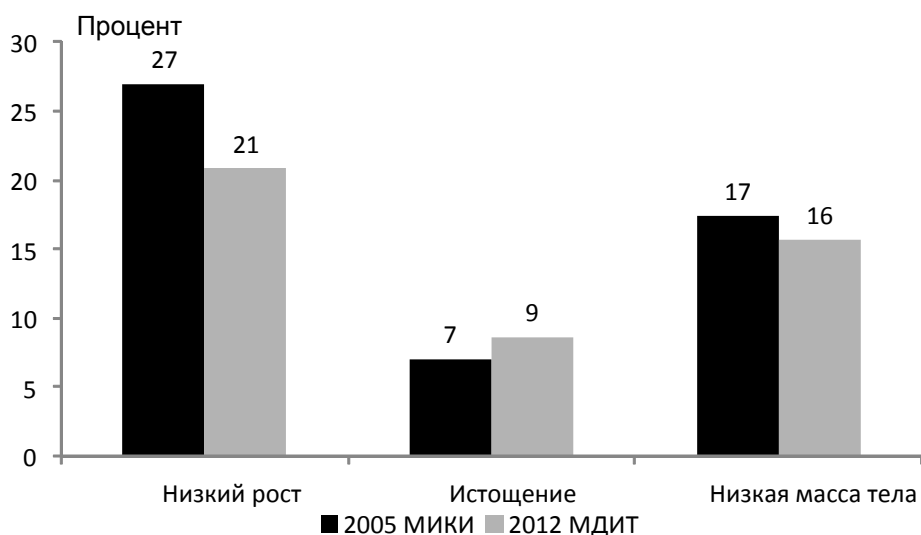
образованием имеют намного большую вероятность неблагополучного статуса питания, чем дети, рожденные от матерей с более высоким уровнем образования. Дети в возрасте до 5 лет в Хатлонской области, ГБАО и РРП имеют большую вероятность наличия недостаточной массы тела, чем дети из других регионов.

В исследовании МИКИ 2005 у детей также собиралась информация о росте и весе для оценки состояния питания. Однако, в то время, для расчета показателей задержки роста, истощения и недостаточной массы тела, использовались стандарты Национального Центра Медицинской Статистики [National Center for Health Statistics (NCHS)]. Таким образом, для того, чтобы отразить тенденции состояния питания на Рисунке 3, показатели статуса питания МДИТ 2012 были пересчитаны с помощью старых норм эталонного распределения NCHS.

Рисунок 3 показывает, что доля низкорослых детей в возрасте до 5 лет снизилась с 27 процентов в 2005 году до 21 процента в 2012 году. Доля детей с пониженной массой тела в возрасте до 5 лет уменьшилась совсем немного, с 17 процентов в 2005 году до 16 процентов в 2012 году. Доля детей, имеющих истощение, возросла с 7 процентов в 2005 году до 9 процентов в 2012 (Госкомстат 2007).

Таким образом, за исключением некоторых сдвигов в распространенности низкорослости, сравнение показателей МИКИ и МДИТ свидетельствует о том, что в состоянии питания детей в возрасте до 5 лет мало что изменилось за последние семь лет, прошедших между этими исследованиями.

**Рисунок 3** Динамика изменения статуса питания детей до 5 лет



Примечание: Данные основаны на детях, которые провели ночь в домохозяйстве перед проведением опроса, имевших достоверные даты рождения (месяц и год) и точные показатели роста и веса, в соответствии со стандартом эталонной популяции NCHS/CDC/WHO.

## Ж. ВИЧ/СПИД

### Знания о ВИЧ/СПИД

В МДИТ 2012 включен ряд вопросов, касающихся осведомленности женщин о вирусе иммунодефицита человека (ВИЧ) и синдроме приобретенного иммунодефицита (СПИД). Респондентам, которые слышали о ВИЧ/СПИД, задавались вопросы о способах избежания этого заболевания. В Таблицах 13 и 14 представлены ответы на эти вопросы.

Таблица 13 показывает, что, в целом, более шести из десяти респондентов слышали о СПИД. Осведомленность о СПИД значительно ниже среди самых молодых женщин, женщин из сельской местности, и наименее образованных респондентов. Существенно меньше женщин, проживающие в РРП, Хатлонской области и в городе Душанбе знают о СПИД, чем женщин из ГБАО и Согдийской области. Осведомленность о СПИД падает ниже 50 процентов среди женщин, проживающих в РРП, женщин в возрасте 15-19 лет, и женщин с начальным уровнем образования или без образования.

Знания женщин о ВИЧ заметно улучшились за последние семь лет, с 42 процентов в МИКИ 2005 (Госкомстат, 2007) до 62 процентов в МДИТ 2012; тем не менее, по-прежнему беспокоит, что почти четыре из десяти женщин в Таджикистане все еще не слышали о ВИЧ/СПИД.

Таблице 14 показывает процент женщин, которые в ответ на вопросы продемонстрировали знания нескольких конкретных способов избежания СПИД. В целом, наиболее часто узнаваемым способом предотвращения инфицирования ВИЧ/СПИД, является имение секса с только одним партнером, кто не был инфицирован ВИЧ/СПИД (43 процента). Доля женщин, признавших что использование презервативов является способом предотвращения ВИЧ/СПИД, составила 36 процентов. Примерно одна из трех женщин (33 процента) осведомлены, что использование презервативов и имение секса с только одним неинфицированным партнером, снижает риск заражения ВИЧ/СПИД.

Молодые женщины, и никогда не состоявшие в браке респонденты, гораздо меньше осведомлены о способах избежания заражением ВИЧ, чем женщины более старшего возраста и респонденты, когда-либо состоявшие в браке. Городские женщины имеют большую вероятность быть осведомленными о практике безопасного секса, чем женщины, проживающие в сельских районах. Глядя на региональные особенности, уровень знаний о практике безопасного секса наиболее низкий в РРП и наиболее высокий в ГБАО.

Таблица 13 Знания о СПИД

Процент женщин в возрасте 15-49 лет, слышавших о СПИД, в зависимости от основных характеристик, Таджикистан, 2012

Основные характеристики	Слышали о СПИД	Число женщин
<b>Возраст</b>		
15-24	51.2	3,963
15-19	43.3	2,013
20-24	59.3	1,950
25-29	64.3	1,609
30-39	70.9	2,217
40-49	70.2	1,866
<b>Семейное положение</b>		
Никогда не состояла в браке	47.9	2,648
Замужем/проживают вместе	66.6	6,504
В разводе/живет отдельно/вдова	67.9	504
<b>Место жительства</b>		
Город	72.1	2,413
Село	58.0	7,243
<b>Регион</b>		
ГБАО	77.1	220
Согдийская область	77.6	2,872
Хатлонская область	56.5	3,444
Душанбе	64.4	881
РРП	46.1	2,240
<b>Образование</b>		
Нет образования/ начальное	34.9	567
Общее базовое	49.5	3,349
Общее среднее	65.3	4,474
Профессиональное начальное/среднее	91.3	645
Высшее	92.8	620
Всего	61.6	9,656

Таблица 14 Знание о путях предотвращения инфицирования ВИЧ

Процент женщин в возрасте 15-49, кто в ответ на вопросы, сказали, что люди могут снизить риск заражения ВИЧ путем использования презервативов каждый раз, когда они вступают в половое сношение, и путем наличия одного сексуального партнера, который не инфицирован и не имеет других партнеров, в зависимости от основных характеристик, Таджикистан, 2012

Основная характеристика	Процент женщин ответивших, что ВИЧ можно избежать			Число женщин
	Пользуюсь презервативом <sup>1</sup>	Ограничивая половое сношение только с одним неинфицированным партнером <sup>2</sup>	Пользуюсь презервативом и ограничивая половое сношение только с одним неинфицированным партнером <sup>1,2</sup>	
<b>Возраст</b>				
15-24	28.3	33.4	25.1	3,963
15-19	21.3	25.2	18.6	2,013
20-24	35.5	41.8	31.8	1,950
25-29	40.2	46.1	36.5	1,609
30-39	44.2	50.8	40.0	2,217
40-49	41.1	51.6	37.6	1,866
<b>Семейное положение</b>				
Никогда не состояла в браке	24.1	29.6	21.6	2,648
Замужем/проживают вместе	41.1	47.9	37.2	6,504
В разводе/ живет отдельно/ вдова	40.1	50.7	36.4	504
<b>Место проживания</b>				
Город	42.1	49.7	37.1	2,413
Село	34.5	40.8	31.4	7,243
<b>Регион</b>				
ГБАО	47.3	67.7	44.1	220
Согдийская область	44.9	51.5	39.4	2,872
Хатлонская область	34.1	40.8	30.8	3,444
Душанбе	37.3	43.1	33.4	881
РРП	27.7	33.0	26.3	2,240
<b>Образование</b>				
Нет образования/ начальное	18.5	22.8	17.1	567
Общее базовое	26.7	31.4	23.4	3,349
Общее среднее	38.1	45.4	34.6	4,474
Профессиональное начальное/среднее	60.2	69.7	55.0	645
Высшее	68.2	78.8	62.9	620
<b>Всего</b>	<b>36.4</b>	<b>43.0</b>	<b>32.9</b>	<b>9,656</b>

<sup>1</sup> Использует презерватив при каждом половом сношении

<sup>2</sup> Партнер, не имеющий других партнеров

Отмечается тесная положительная взаимосвязь между уровнем образования респондентки и ее знаний о способах профилактики заражения ВИЧ. Например, 23 процента женщин с общим базовым уровнем образованием считают, что риск заражения ВИЧ можно снизить с помощью использования презервативов и наличием одного неинфицированного полового партнера, по сравнению с 63 процентами женщин, имеющих высшее образование.

В целом, знания женщин о методах профилактики ВИЧ-инфекции на национальном уровне значительно улучшились за последние семь лет, если сравнить с результатами МИКИ 2005, когда использование презервативов и ограничение числа сексуальных партнеров или имение только одного верного неинфицированного сексуального партнера составляли 21 и 25 процентов, соответственно (Госкомстат, 2007).

## Множественные сексуальные партнеры и использование презерватива

Ввиду того, что ВИЧ-инфекции среди женщин в Таджикистане в основном передаются через гетеросексуальные контакты, наличие сведений о сексуальном поведении играет важную роль в разработке и мониторинге профилактических программ по предотвращению распространения этой эпидемии. В случае профилактики ВИЧ/СПИД, ограничение числа половых партнеров и соблюдение практики безопасного секса имеют решающее значение в борьбе с эпидемией.

В МДИТ 2012 были включены вопросы о сексуальных партнерах респонденток, которых они имели в течение 12 месяцев, предшествовавших исследованию. Также, собирались сведения об использовании презервативов во время последнего полового акта. И, наконец, сексуально активным женщинам задавались вопросы об общем количестве партнеров, которых они имели за всю жизнь. Эти вопросы, конечно, деликатные, и при интерпретации результатов в этом разделе важно помнить, что ответы респондентов, скорее всего, в некоторой степени предвзяты. В Таблице 15 показано, что почти нет женщин, сообщивших о наличии у них более одного сексуального партнера в течение отчетного периода. Из числа опрошенных респондентов, когда-либо имевших половые сношения, среднее число половых партнеров в течение жизни составило 1.0.

Таблица 15 Множественные сексуальные партнеры в течение последних 12 месяцев

Среди всех женщин в возрасте 15-49 лет, процент имевших половое сношение с более чем одним сексуальным партнером за последние 12 месяцев, и среднее число половых партнеров в течение жизни женщин, когда-либо имевших половые сношения, в зависимости от основных характеристик, Таджикистан, 2012

Основная характеристика	Все женщины		Из всех женщин, когда-либо имевших секс <sup>1</sup> :	
	Процент у кого было 2+ партнеров за последние 12 месяцев	Число женщин	Среднее число сексуальных партнеров в течение жизни женщин	Число женщин
<b>Возраст</b>				
15-24	0.0	3,963	1.0	1,643
15-19	0.0	2,013	1.0	268
20-24	0.0	1,950	1.0	1,375
25-29	0.0	1,609	1.0	1,402
30-39	0.2	2,217	1.1	2,106
40-49	0.0	1,866	1.1	1,846
<b>Семейное положение</b>				
Никогда не состояла в браке	0.0	2,648	*	0
Замужем/проживают вместе	0.0	6,504	1.0	6,493
В разводе/ живет отдельно/ вдова	0.5	504	1.1	504
<b>Место жительства</b>				
Город	0.1	2,413	1.1	1,755
Село	0.0	7,243	1.0	5,241
<b>Область</b>				
ГБАО	0.0	220	1.0	138
Согдийская область	0.0	2,872	1.1	2,145
Хатлонская область	0.1	3,444	1.0	2,409
Душанбе	0.1	881	1.1	633
РРП	0.0	2,240	1.0	1,672
<b>Образование</b>				
Нет образования/ начальное	0.0	567	1.0	391
Общее базовое	0.0	3,349	1.0	2,150
Общее среднее	0.1	4,474	1.0	3,499
Профессиональное начальное/среднее	0.0	645	1.0	518
Высшее	0.2	620	1.1	440
Всего	0.0	9,656	1.0	6,997

Примечание: Звездочка означает, что данные основаны на менее чем 25 не взвешенных случаях и поэтому были исключены.

<sup>1</sup> Средние значения рассчитаны без учета тех респондентов, которые дали нечисловые ответы.



## БИБЛИОГРАФИЯ

Агентство по Статистике (АС) при Президенте Республики Таджикистан, 2012 год. *Население Таджикистана по состоянию на 01.01.2012*, Душанбе, Таджикистан.

Афганский Институт Общественного Здравоохранения, Министерство Здравоохранения (АИОЗ/МЗ) [Афганистан], Центральная Статистическая Организация (ЦСО) [Афганистан], *ICF Macro*, Научно-исследовательский Институт Управления Здравоохранением Индии (*IIHMR*) [Индия], и Региональное Бюро Стран Восточного Средиземноморья ВОЗ (РБВС/ВОЗ) [Египет], 2011 г. *Исследование смертности в Афганистане 2010 г.*, Калвертон, Мэриленд, США: АИОЗ/МЗ, ЦСО, *ICF Macro*, *IIHMR* и РБВС/ВОЗ.

Всемирная Организация Здравоохранения (ВОЗ), 1993 год. *Международная классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем*, 10-я редакция, Женева, Швейцария: ВОЗ.

Государственный Комитет по Статистике (ГКС) [Азербайджан] и *Macro International Inc* 2008 г. *Медико-Демографическое Исследование Азербайджана 2006*, Калвертон, Мэриленд, США: Государственный Комитет по Статистике и *Macro International Inc*.

Государственный Комитет по Статистике (ГКС) Республики Таджикистан, 2007 год. *Мульти-Индикаторное Кластерное Исследование Таджикистана 2005*, итоговый отчет. Душанбе, Таджикистан: Государственный Комитет по Статистике Республики Таджикистан.

Группа Многоцентрового Исследования по Разработке Справочных Показателей Роста ВОЗ, 2006г. *Нормы ВОЗ для оценки роста детей: длина/рост по отношению к возрасту, масса тела по отношению к возрасту, масса тела по отношению к росту и индекс массы тела (ИМТ) по отношению к возрасту: методы и развитие*, Женева, Всемирная Организация Здравоохранения (ВОЗ).

Информационно-Аналитический Центр Министерства Здравоохранения Республики Узбекистан [Узбекистан], Государственное Управление Статистики, Министерство Макроэкономики и Статистики [Узбекистан], и *ORC Macro*, 2004г. *Исследование Состояния Здоровья Населения Узбекистана 2002*, Калвертон, Мэриленд, США: Информационно-Аналитический Центр, Государственное Управление Статистики и *ORC Macro*.

Министерство Здравоохранения Республики Таджикистан, 2001 год. *Приказ МЗ РТ от 10.04.2001г., №136 «О частичном изменении и дополнении к приказу МЗ РТ от 07.12.1993г., №484 «О совершенствовании мероприятий по профилактике вакциноуправляемых инфекций»*, Душанбе, Таджикистан.

Министерство Здравоохранения Республики Таджикистан, 2008 год. *Приказ МЗ РТ от 18.01.2008г., №21 «О внесении изменений и дополнений в приказ МЗ РТ от 10.04.2001г., №136 «О совершенствовании мероприятий по профилактике вакциноуправляемых инфекций»*, Душанбе, Таджикистан..

Министерство Здравоохранения Республики Таджикистан, 2009 год. *Приказ Министерства здравоохранения Республики Таджикистан от 28.03.2009 года, №184 «О внесении изменений и дополнений в приказ МЗ РТ от 10.04.2001г., №136 «О совершенствовании мероприятий по профилактике вакциноуправляемых инфекций»*, Душанбе, Таджикистан.

Национальный Институт Демографических Исследований (НИДИ) [Пакистан], и *Macro International Inc*. 2008. *Медико-Демографическое Исследование Пакистана 2006-07*. Исламабад, Пакистан: Национальный Институт Демографических Исследований и *Macro International Inc*.

Национальный Научно-Практический Центр Профилактической Медицины (НЦПМ) [Молдова] и *ORC Macro*, 2006 год. *Медико-Демографическое Исследование Молдовы 2005*, Калвертон, Мэриленд, США: НЦПМ и *ORC Macro*.

Национальная Статистическая Служба (НСС) [Армения], Министерство Здравоохранения (МЗ) и ICF International, 2012 г., *Медико-Демографическое Исследование Армении 2010*. Калвертон, Мэриленд, США: Национальная Статистическая Служба, Министерство Здравоохранения и *ICF International*.

Ходжамуродов Г, Речел Б., Таджикистан: Обзор Системы Здравоохранения. Системы Здравоохранения в Переходный Период, 2010 год, 12 (2):1-154.

Центр Социальных Реформ Украины (ЦСРУ), Государственный Комитет по Статистике (ГКС) [Украина], Министерство Здравоохранения (МЗ) [Украина], и *Macro International Inc* 2008г.. *Медико-Демографическое Исследование Украины 2007*, Калвертон, штат Мэриленд, США: ЦСРУ и *Macro International Inc*.