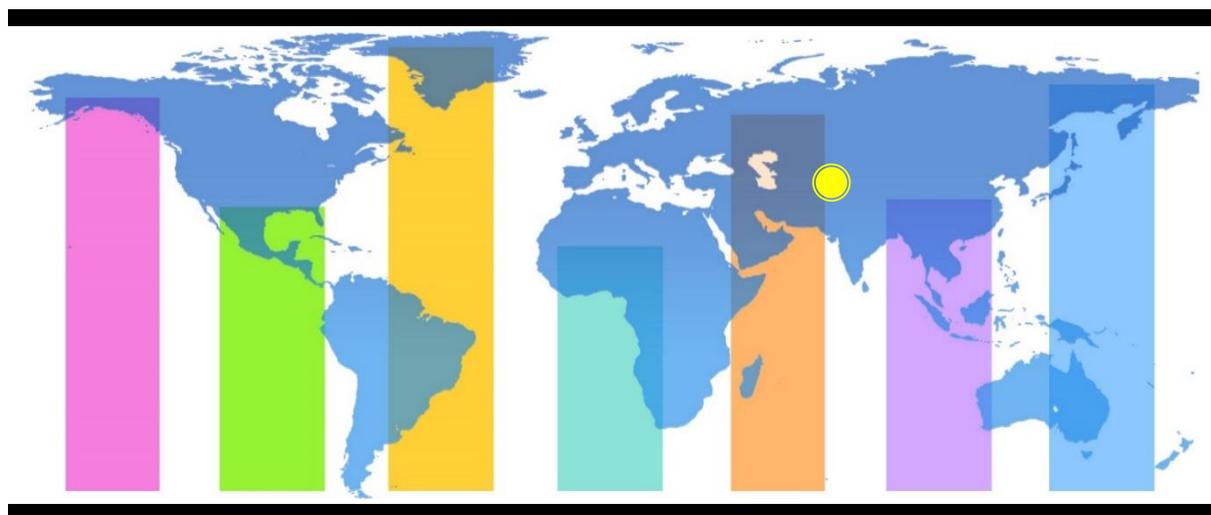


Республика Таджикистан



Медико-Демографическое
исследование

2017

Отчет по Ключевым Индикаторам



Республика Таджикистан

**Медико-Демографическое
исследование
2017**

Отчет по Ключевым Индикаторам

Агентство по Статистике при Президенте Республики Таджикистан
Душанбе, Республика Таджикистан

Министерство здравоохранения и социальной защиты населения
Республики Таджикистан
Душанбе, Республика Таджикистан

The DHS Program
ICF
Rockville, Maryland, USA

Март 2018



Медико-Демографическое Исследование Таджикистана 2017 (2017 МДИТ) было выполнено Агентством по статистике при Президенте Республики Таджикистан за период с 8 августа до 11 ноября 2017 года. Финансовая поддержка 2017 МДИТ была оказана Агентством по Международному Развитию Соединенных Штатов Америки (USAID). Детский Фонд Организации Объединенных Наций (UNICEF) и Фонд народонаселения Организации Объединенных Наций (UNFPA) предоставили дополнительные средства для данного исследования. ICF оказал техническую помощь через Программу МДИ (The DHS Program), финансируемую USAID, оказывающую поддержку и техническую помощь в проведении медико-демографических исследований в странах мира.

Дополнительная информация о 2017 МДИТ может быть получена в Агентстве по статистике при Президенте Республики Таджикистан: ул. Бохтар, 17, Душанбе, Республика Таджикистан; Телефон: 992-372-23-02-45, Факс: 992-372-21-43-75, E-mail: stat@tojikiston.com.

Информация о Программе МДИ (The DHS Program) может быть получена в ICF, 530 Gaither Road, Suite 500, Rockville, MD 20850, USA; Телефон: + 1-301-407-6500; Факс: +1-301-407-6501; E-mail: info@DHSprogram.com; Интернет: www.DHSprogram.com.

Предложенное цитирование:

Агентство по статистике при Президенте Республики Таджикистан, Министерство здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан, и ICF. 2018. *Медико-Демографическое Исследование Республики Таджикистан 2017: Ключевые Индикаторы*. Роквилл, Мэриленд, США: Агентство по статистике при Президенте Республики Таджикистан (АС), Министерство здравоохранения и социальной защиты населения (МЗСЗН) и ICF.

СОДЕРЖАНИЕ

ТАБЛИЦЫ И РИСУНКИ	v
ПРЕДИСЛОВИЕ	vii
1 ВВЕДЕНИЕ.....	1
1.1 Цели Исследования.....	1
2 РЕАЛИЗАЦИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	3
2.1 Дизайн Выборки.....	3
2.2 Вопросники.....	4
2.3 Проведение Антропометрических Измерений и Тестирование на А анемию	5
2.4 Претест (Пилотное Исследование)	6
2.5 Обучение Полевого Персонала	6
2.6 Полевые Работы	8
2.7 Обработка Данных.....	9
3 ОСНОВНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ	11
3.1 Уровни Ответности.....	11
3.2 Характеристика Респондентов	11
3.3 Рождаемость	12
3.4 Беременность и Материнство в Подростковом Возрасте.....	16
3.5 Предпочтения Деторождения	17
3.6 Планирование Семьи.....	18
3.7 Потребность и Спрос в Планировании Семьи	20
3.8 Ранняя Детская Смертность.....	23
3.9 Материнское Здоровье	25
3.10 Детское Здоровье и Питание Детей и Женщин	28
3.11 Распространенность Анемии среди Детей и Женщин	48
3.12 Осведомленность, Знание и Поведение в отношении ВИЧ/СПИД.....	51
3.13 Всеобъемлющие Знания о Профилактике ВИЧ среди Молодых Женщин.....	53
3.14 Охват Услугами Тестирования на ВИЧ.....	54
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	57

ТАБЛИЦЫ И РИСУНКИ

Таблица 1	Результаты интервью домохозяйств и индивидуальных интервью	11
Таблица 2	Общая характеристика респондентов	12
Таблица 3	Текущая рождаемость	13
Таблица 4	Рождаемость в зависимости от основных характеристик	14
Таблица 5	Коэффициенты искусственных абортов	15
Таблица 6	Подростковая беременность и материнство	16
Таблица 7	Предпочтения в плане деторождения, в зависимости от количества живых детей.....	17
Таблица 8	Текущее использование методов контрацепции в зависимости от основных характеристик.....	19
Таблица 9	Потребность и спрос в планировании семьи среди замужних женщин.....	22
Таблица 10	Уровни смертности в раннем детском возрасте	24
Таблица 11	Показатели о материнском здоровье	26
Таблица 12	Вакцинация в зависимости от основных характеристик	31
Таблица 13	Лечение лихорадки и диареи	33
Таблица 14	Статус питания детей	35
Таблица 15	Статус грудного вскармливания в зависимости от возраста.....	37
Таблица 16	Потребление микронутриентов среди детей.....	40
Таблица 17	Наличие соли в домохозяйствах.....	42
Таблица 18	Статус питания женщин.....	43
Таблица 19	Разнообразие рациона питания женщин	46
Таблица 20	Употребление микронутриентов среди женщин	47
Таблица 21	Распространенность анемии среди детей.....	49
Таблица 22	Распространенность анемии среди женщин	50
Таблица 23	Знания о способах профилактики ВИЧ	52
Таблица 24	Всеобъемлющие знания о мерах профилактики ВИЧ среди молодых женщин	53
Таблица 25	Охват предшествующим тестированием на ВИЧ.....	55
Рисунок 1	Тенденции рождаемости, 2012-2017.....	15
Рисунок 2	Тенденции неудовлетворенной потребности, использования современных методов контрацепции, и процент спроса, удовлетворенного современными методами, 2012-2017.....	23
Рисунок 3	Тенденции смертности среди детей, 2012-2017	25
Рисунок 4	Тенденции в области охраны здоровья матери, 2012-2017	28
Рисунок 5	Статус питания детей по возрасту	36
Рисунок 6	Минимально приемлемый рацион питания по возрасту в месяцах	38

ПРЕДИСЛОВИЕ

Агентство по статистике при Президенте Республики Таджикистан с большим удовлетворением представляет результаты Медико-Демографического Исследования Таджикистана 2017 (МДИТ). Агентство по статистике выражает свою признательность всем принявшим участие в проведении 2017 МДИТ и подготовке настоящего отчета ключевых индикаторов.

Особая благодарность выражается следующим организациям:

- Агентству США по международному развитию в Таджикистане за предоставление финансирования для организации и проведения 2017 МДИТ.
- ICF за оказание технической поддержки, обучения полевых сотрудников, консультаций, рекомендаций и анализа собранных данных.
- Детскому Фонду Организации Объединенных Наций (UNICEF) и Фонду Народонаселения Организации Объединенных Наций (UNFPA) в Таджикистане за предоставление дополнительных средств.

Проведение исследования не могло бы состояться без добросовестной и самоотверженной работы сотен людей. В частности, мы хотели бы выразить нашу признательность полевым координаторам, супервайзерам, интервьюерам, медицинскому персоналу и водителям за их активное участие и вклад в эту работу.

Более всего, мы высоко ценим сотрудничество всех респондентов, сделавших 2017 МДИТ успешным.

Госпожа Хасанзода Гульнора Кенджа
Директор Агентства по статистике при Президенте
Республики Таджикистан

1 ВВЕДЕНИЕ

Медико-Демографическое Исследование Республики Таджикистан 2017 (2017 МДИТ) является вторым Медико-Демографическим Исследованием, проведенным в Таджикистане. Исследование было выполнено Агентством по статистике при Президенте Республики Таджикистан (АС) в сотрудничестве с Министерством здравоохранения и социальной защиты населения (МЗСЗН). Сбор данных проводился с 8 августа по 11 ноября 2017 года. МДИТ было проведено при финансовой поддержке Агентства США по международному развитию (USAID). Дополнительное финансирование для проведения исследования было предоставлено Фондом Народонаселения Организации Объединенных Наций (UNFPA) и Детским Фондом Организации Объединенных Наций (UNICEF) в Таджикистане. ICF оказал техническую помощь через The DHS Program, программу, финансируемую USAID, оказывающую поддержку и техническую помощь в проведении медико-демографических исследований в странах мира.

В настоящем отчете ключевых показателей представляются первоначальные выборочные результаты 2017 МДИТ. Всесторонний анализ данных будет представлен в заключительном отчете в 2018 году.

1.1 Цели Исследования

Основная цель Медико-Демографического Исследования Республики Таджикистан 2017 заключается в предоставлении новейших оценок ключевых медико-демографических показателей. В частности, в рамках МДИТ была собрана информация о рождаемости и использовании методов контрацепции, здоровье и питании женщин и детей, смертности в детском возрасте, проявлении домашнего насилия по отношению к женщинам, дисциплинировании детей, осведомленности и поведении в вопросах ВИЧ/СПИД и других инфекций, передающихся половым путем (ИППП), а также других вопросах, связанных с курением и высоким кровяным давлением. 2017 МДИТ является следующим после 2012 МДИТ исследованием и содержит обновленные оценки ключевых медико-демографических индикаторов.

Информация, собранная в рамках МДИТ предназначена для оказания помощи специалистам, ответственным за формулирование политики и руководителям программ в оценке и разработке программ и стратегий по улучшению состояния здоровья населения страны.

2 РЕАЛИЗАЦИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1 ДИЗАЙН ВЫБОРКИ

Основной выборки, используемой для 2017 МДИТ, является перепись населения и жилого фонда Республики Таджикистан 2010 г., проведенной Агентством по статистике при Президенте Республики Таджикистан (АС). В административном отношении, Республика Таджикистан разделена на пять регионов: Душанбе, Районы республиканского подчинения (РРП), Согдийская Область, Хатлонская Область и Горно-Бадахшанская Автономная Область (ГБАО). Каждый регион разделяется на городские и сельские местности. Вся страна разделена на районы, распределенные по регионам страны. Каждый район разбит на переписные участки, которые поделены на инструкторские участки. Каждый инструкторский участок разделен на городские счетные участки (СУ) или сельские поселения.

Основной выборки 2017 МДИТ является перечень счетных участков (СУ) и естественных поселений, охватывающих все городские и сельские местности страны, при котором за первичные единицы выборки (ПЕВ) принимаются счетные участки в городской местности и естественные поселения в сельской местности. Счетный участок - это географическое пространство, обычно городской квартал, состоящий из минимального количества домашних хозяйств, необходимых для эффективного подсчета; каждый СУ служит в качестве счетной единицы для переписи населения.

Выборка была разработана с целью получения репрезентативных результатов отдельно для городской и для сельской местностей, а также для каждого из четырех административных регионов и г. Душанбе. Кроме того, как и в предыдущем исследовании МДИТ, выборка была построена таким образом, чтобы предоставить отдельные показатели для 12 районов Хатлонской области, охваченных программой «Продовольствие во имя будущего» (ПВБ), и эти 12 районов будут объединены в качестве единой территории ПВБ. База выборки исключает организованные группы населения, таких как людей из гостиниц, казарм и тюрем.

Дизайн выборки 2017 МДИТ является стратифицированной двухступенчатой выборкой. Первый этап включал в себя отбор выборочных точек (кластеров), состоящих из счетных участков. Счетные участки были взяты с вероятностью, пропорциональной их размеру для каждой страты. Всего было отобрано 366 кластеров, 166 - в городской местности и 200 - в сельской местности.

Второй этап включал систематическую выборку домохозяйств. Полевая работа по обновлению перечня домашних хозяйств (листинг) была проведена во всех выбранных кластерах, и затем процессом систематической равно-вероятностной выборки фиксированного числа из 22 домохозяйств на один кластер было отобрано примерно 8,052 домохозяйства общей выборочной совокупности.

Все женщины в возрасте от 15-49 лет, являющиеся либо постоянно проживающими членами выбранного домохозяйства, либо гостями, которые провели предыдущую ночь до начала исследования в этом домохозяйстве, считались подходящими для участия в исследовании. Тестирование на анемию проводилось в каждом домохозяйстве среди женщин 15-49 лет, попавших в выборку и которые согласились пройти тестирование. С согласия родителей или опекуна дети в возрасте от 6-59 месяцев также были протестированы на анемию в каждом домохозяйстве. Данные измерений роста/длины и массы тела были собраны у подходящих женщин в возрасте 15-49 лет и у детей в возрасте 0-59 месяцев во всех домохозяйствах. Кроме того, в каждом домохозяйстве, одна женщина на домохозяйство была выбрана методом случайной выборки в подвыборку для интервью по дополнительным вопросам о домашнем насилии.

2.2 ВОПРОСНИКИ

При проведении 2017 МДИТ использовались четыре вопросника: Вопросник Домохозяйства, Женский Вопросник, Вопросник по Биомаркерам и Вопросник Полевого Работника. Эти вопросники, были составлены на основе стандартного инструментария исследования МДИ, разработанного Программой МДИ. Вопросники МДИ были адаптированы для отражения медико-демографических вопросов, имеющих значение для Таджикистана. Кроме того, различные заинтересованные стороны, представляющие государственные министерства и ведомства, неправительственные организации и международных доноров внесли свой вклад в разработку вопросников. После того, как все вопросники были доработаны на английском языке, они были переведены на русский и таджикский языки.

Вопросник Домохозяйства использовался для составления списка всех членов и гостей отобранных домохозяйств. Информация по основным демографическим данным собиралась на каждого перечисленного человека, включая данные о возрасте, половой принадлежности, семейному положению, уровне образования и отношению к главе домохозяйства. Для детей в возрасте до 18 лет определялся статус выживания биологических родителей. Данные по возрасту и половой принадлежности членов домохозяйства, полученные в вопроснике домохозяйства, использовались для идентификации женщин, которые соответствовали критериям проведения индивидуальных интервью.

Вопросник Домохозяйства также собирал информацию о дисциплинировании детей, эти вопросы задавались только об одном на домохозяйство ребенке в возрасте 1-14 лет, выбранным методом случайной выборки. Кроме того, вопросник содержал вопросы о характеристике жилого помещения домохозяйства, такого как источник питьевой воды, тип туалетных сооружений, материалы, из которых сделан пол, внешние стены и крыша, и о владении различными потребительскими товарами.

Женский Вопросник использовался для сбора информации у всех подходящих женщин в возрасте 15- 49 лет. Этим женщинам задавались вопросы по следующим темам:

- Основные сведения (включая возраст, образование, и воздействие средств массовой информации)
- История беременности, исходы беременности, причины абортов, и смерть детей
- Контрацепция
- Дородовая помощь, помощь в родах и послеродовой уход
- Вакцинация детей и детские болезни
- Материнское и детское здоровье и питание
- Брак и сексуальная активность
- Предпочтения в отношении деторождения
- Информация о муже и работе женщины
- Знание и осведомленность о ВИЧ/СПИД и других заболеваний, передающихся половым путем, и поведение в отношении этих заболеваний
- Знания, отношения и поведение, связанные с другими проблемами здоровья (такие как, инъекции, курение, детские заболевания, беременность и роды)
- История повышенного кровяного давления и измерение кровяного давления
- Домашнее насилие

Кроме того, Вопросник по Биомаркерам использовался для записи результатов антропометрических измерений и результатов тестирования на анемию, медицинский работник специалист по биомаркерам, так же ставил там свою подпись и дату тестирования.

Так же, Вопросник Полевого Работника был впервые использован в исследовании МДИТ. Вопросник был разработан в качестве инструментария для проведения анализа качества данных. Вопросник был распространен и собран АС после окончательного отбора полевых работников и до начала полевых работ по сбору данных. Вопросник предназначен для самостоятельного заполнения и состоит из двух страниц, куда полевые работники внесли данные о своих основных характеристиках и опыте. Файл данных полевых работников МДИТ не будет содержать информации по идентификации личности полевого работника.

2.3 ПРОВЕДЕНИЕ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ ИЗМЕРЕНИЙ И ТЕСТИРОВАНИЕ НА АНЕМИЮ

В дополнение к измерениям артериального давления взрослых, отмеченных в Женском Вопроснике, 2017 МДИТ включало еще два биомаркера: антропометрию и анемию. Данные, связанные с охватом антропометрических измерений и результатами тестирования на анемию были непосредственно записаны в Вопросник по Биомаркерам. Протокол тестирования на анемию был рассмотрен и одобрен Министерством здравоохранения и социальной защиты населения и экспертным советом организации ICF по этике исследований. Методология 2017 МДИТ года и все инструменты были одобрены экспертным советом организации ICF по этике исследования и защите прав респондентов.

Антропометрические Измерения

Во всех выбранных домохозяйствах, данные измерений роста и массы тела записывались для детей в возрасте 0-59 месяцев и женщин 15-49 лет. Измерение массы тела производилось лёгкими, электронными весами SECA 878, которые имели цифровой экран и функцию взвешивания матери с ребенком. Рост измерялся с использованием ростомера, изготовленного Short Productions. Для детей в возрасте до 24 месяцев длина тела измерялась лежа (в лежачем положении) на ростомере, а рост детей старшего возраста измерялся в положении стоя.

Тестирование на Анемию

Образцы крови для тестирования на наличие анемии были собраны у всех детей в возрасте 6-59 месяцев и у женщин в возрасте 15-49 лет, которые добровольно выразили согласие на прохождение тестирования. Заявление об информированном согласии было прочитано всем подходящим респондентам или родителям или опекунам, несущим ответственность за детей и юных женщин в возрасте 15-17 лет. Это заявление объясняло цель тестирования, информировало их о том, что результаты будут представлены сразу же после завершения теста, и просило разрешение на проведение тестирования.

Образец крови брался из капли крови взятой из кончика пальца (или из пятки у маленьких детей с маленькими пальчиками) и собирался в микрокювету. Анализ на гемоглобин проводился на месте в том же в домохозяйстве с помощью переносного анализатора HemoCue 201+, работающего на батарейках, который дает результат в течение 1 минуты. Результаты были представлены в устной и письменной форме. Родителям детей, у которых концентрация гемоглобина была ниже 7 г/дл, было рекомендовано отвезти ребенка в медицинское учреждение для последующего осмотра. Аналогичным образом, небеременные женщины и беременные женщины были направлены на последующий осмотр если концентрация гемоглобина была ниже 7 г/дл и 9 г/дл, соответственно. Всем домохозяйствам, в которых проводились антропометрические измерения, и тестирование на анемию были предоставлены брошюры, разъясняющие симптомы, причины и профилактику анемии.

Ланцеты и все другие принадлежности и оборудование, используемые для сбора образцов крови (микрокюветы, перчатки, марля, проспиртованные тампоны, бинты и мешки для сбора отходов) были ликвидированы безопасным образом, как правило, путем переноса материалов в близлежащее

медицинское учреждение, которое следовало надлежащим протоколам по уничтожению биоопасных отходов.

2.4 ПРЕТЕСТ (ПИЛОТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

Одиннадцать женщин участвовали в обучении для пилотного тестирования вопросников МДИТ, обучение проходило в течение четырех недель с 10 мая по 5 июня, 2017 года. В период с 10 по 23 мая, обучение в классе было сосредоточено на содержании вопросников, а также на том, как проводить измерения артериального давления, как тестировать соль на наличие йода, и как сообщать результаты респондентам. В период с 24 по 28 мая, участникам был проведен инструктаж о том, как проводить персональное интервью с помощью компьютера (англ. для «computer assisted personal interview» или сокращенно «CAPI»), как использовать систему электронного сбора данных, которая была запрограммирована на планшетах, используемых участниками для сбора данных.

Обучение проводилось на русском языке сотрудниками Программы МДИ при поддержке персонала АС на таджикском языке. Кроме того, на отдельные занятия были приглашены старшие специалисты из МЗСЗН, которые предоставили техническую информацию по таким темам, как планирование семьи и репродуктивное здоровье, ВИЧ/СПИД и другие ИППП, иммунизация детей, а также здоровье и питание детей. Лектор из Комитета по Делах Женщин и Семьи при Правительстве Таджикистана также была приглашена выступить с лекцией о гендерном насилии в Таджикистане.

Часть учебного курса по биомаркерам началась 23 мая и продолжалась до 27 мая. Обучение медицинских работников (в последующем биомаркеры), состоящих из шести участников (3 женщины и 3 мужчин), все из которых были врачами, проводилось сотрудниками Программы МДИ. Обучение включало инструктаж по проведению антропометрических измерений, тестированию на анемию, соответствующие процедуры по получению информированного согласия, записи данных по биомаркерам в Вопросник по Биомаркерам, предоставление результатов тестирования респондентам и направление на последующее обследование. Обучение было разделено на три этапа в соответствии с учебной программой по биомаркерам МДИ: обучение по антропометрии и анемии в классе, проведение упражнений по стандартизации измерений в классе и внеклассные практические занятия, и полевая практика с интервьюерами.

Пилотные полевые работы проводились с 29 мая по 5 июня 2017 года. Интервьюеры и биомаркеры были разделены на две группы и работали в городской местности (Коргар) и сельской местности (Косибон). В общей сложности было проведено 66 опросов женщин, 52 опроса домохозяйств и заполнено 37 Вопросников по Биомаркерам. Большинство интервью проводилось на таджикском языке. После получения информированного согласия, 55 женщин были измерены и протестированы; а среди детей, антропометрические измерения проводились у 32 детей и 29 прошли тестирование на анемию. Во время пилотных полевых работ и так же после их завершения, все команды собирались в конце дня в центральном офисе для обсуждения полевой работы, и все изменения в вопросниках были произведены на основе уроков, полученных в результате пилотного исследования.

2.5 ОБУЧЕНИЕ ПОЛЕВОГО ПЕРСОНАЛА

Семьдесят девять человек (75 женщин и 4 мужчин) приняли участие в 4х-недельном обучении по интервьюированию, состоявшем из лекций, демонстрационных интервью и практических занятий по проведению интервью. Восемнадцать медицинских работников (12 женщин и 6 мужчин) параллельно участвовали в обучении по биомаркерам.

Подготовка тренеров (ПТ) проводилась 5-7 июля 2017 года, до проведения основного обучения. Цель ПТ заключалась в подготовке мастер-тренеров для основного обучения. Четыре тренера (все женщины) были отобраны из 11 участников, участвовавших в пилотном тестировании, на основании

результатов их работы. Тренеры были наняты региональными управлениями АС; позже, во время сбора данных МДИТ, они работали в качестве супервайзеров команд.

Основное обучение проводилось с 10 июля по 4 августа 2017 года мастер-тренерами, двумя старшими сотрудниками МДИТ нанятыми АС, и поддерживался сотрудниками Программы МДИ. Обучение интервьюеров проводилось на таджикском языке, на занятиях обсуждались концепции, процедуры и методология проведения опроса. Участников ознакомили с вопросниками. Кроме того, старшие специалисты из МЗСЗН приняли участие на занятиях, чтобы предоставить информацию по таким темам, как планирование семьи и репродуктивное здоровье, ВИЧ/СПИД и другие ИППП, иммунизация детей, а также здоровье и питание детей. Лектор из Комитета по Делах Женщин и Семьи при Правительстве Таджикистана также была приглашена выступить с лекцией о гендерном насилии в Таджикистане. Обучение включало презентации, лекции, практические упражнения, имитационное интервью, ролевые игры, групповую работу и викторины. Упражнения в классе включали уточнения возраста, проверку соответствия данных о возрасте, переписывание информации с карточек прививок, заполнение репродуктивного календаря и проведение интервью. Всех участников также обучали, как проводить измерения артериального давления у взрослых, с использованием цифрового прибора для измерения кровяного давления с автоматическим надуванием манжеты на верхней части руки и автоматическим выпуском воздуха, а также о том, как тестировать соль на наличие йода.

После завершения обучения на бумажных вопросниках, сотрудник отдела обработки данных Программы МДИ и консультант, базирующийся в г. Душанбе, провели недельное обучение по проведению персонального интервью с помощью компьютера (CAPI). Два специалиста по информационным технологиям (ИТ) из АС оказали содействие в проведении обучения. С 24 июля по 29 июля 2017 года, участники приобрели знания об особенностях системы сбора данных, различных сценариях и потенциальных технических проблемах, которые обычно встречаются в ходе полевых работ, и о способах решения этих проблем.

Часть учебных занятий по биомаркерам началась с 24 июля и продолжалась до 5 августа. Обучение проводилось сотрудниками Программы МДИ при содействии двух медицинских работников (далее биомаркеров), которые превосходно проявили себя во время пилотного тестирования, как в классе, так и во время полевых работ. Обучение по биомаркерам включало в себя обучение в классе, в котором основное внимание уделялось антропометрическим измерениям, тестированию на анемию, надлежащим процедурам получения информированного согласия, записи информации о биомаркерах в Вопроснике по Биомаркерам и представлению результатов тестирования респондентам и направлению к специалистам. Обучение было разделено на три этапа в соответствии с учебной программой по биомаркерам МДИ: обучение по антропометрии и анемии в классе, упражнения по стандартизации в классе и внеклассные практические занятия, и полевые практические занятия с интервьюерами.

Для того, чтобы участники обучения по биомаркерам приобрели практический опыт до проведения полевых работ, биомаркеры практиковались друг на друге и на сотрудниках АС, сотрудниках Программы МДИ и интервьюерах, после получения соответствующего согласия. До того, как отправиться на полевые работы, и с тем, чтобы убедиться, что биомаркеры усвоили в достаточной мере практический опыт по антропометрическим измерениям женщин и детей, в классе дважды проводились упражнения по стандартизации.

Упражнения по стандартизации измерений проводились в классе, 10 пар «мать и ребенок», были приглашены в АС для участия в данных упражнениях. Результаты разницы многократных измерений одного и того же ребенка для интра-наблюдатель (внутри для одного и того же измерителя) и интер-наблюдатель (между двумя измерителями или эталоном) вариациями измерений, и концепции точности и правильности измерений были объяснены участникам. Кроме того, была проведена специальная сессия по антропометрии со всеми супервайзерами команд. Все

супервайзеры приняли участие в практическом обучении о том, как проводить антропометрические измерения детей и взрослых. Несмотря на то, что биомаркер команды отвечает за измерение роста/длины тела и массы тела, было необходимо обучить и супервайзеров как оказывать помощь биомаркерам во время антропометрических измерений детей.

До того, как отправиться на полевые работы, для координации работы в команде, АС организовало совместное учебное занятие биомаркеров и интервьюеров в классе. Всем участникам обучения и сотрудникам АС был представлен обзор по биомаркерам, которые собираются в 2017 МДИТ. На данном занятии объяснялись критерии отбора респондентов для измерения биомаркеров, использование Вопросников Домохозяйств и Биомаркеров для записи данных, соответствующие процедуры получения информированного согласия, и транспортировка и упаковки материалов необходимых для тестов. На протяжении всего обучения особое значение придавалось сбору данных высокого качества.

На протяжении всего обучения знания участников оценивались на основе результатов упражнений, тестов и экзаменов и наблюдений, сделанных во время полевых работ. По окончании обучения, команды были сформированы путем выбора супервайзеров, интервьюеров и биомаркеров. Супервайзеры прошли дополнительное обучение по процедурам контроля качества данных, координации полевых работ и управления. Все супервайзеры и редакторы 21 июля прошли полудневную практику в детской поликлинике в г. Душанбе. В поликлинике они переписывали записи дат вакцинаций детей из формы 63 МЗСЗН и детских медицинских карточек непосредственно на планшетные компьютеры.

Участники обучения дважды проходили практические занятия в районах, не включенных в выборку, в непосредственной близости Гиссара, небольшого городка, расположенного в 30 км от г. Душанбе, где у них была возможность провести опросы в реальной ситуации. Полевые работы проходили в течение 2 дней (31 июля и 1 августа 2017 года). Для проведения полевых работ каждый интервьюер посещал, как минимум, два домохозяйства в день. Во время полевых работ в общей сложности было проведено 169 интервью женщин и 124 интервью домохозяйств. В отношении биомаркеров, то после получения информированного согласия, 127 женщин было измерено и 123 прошли тест на анемию. Среди детей антропометрические измерения были проведены у 136 детей и 102 прошли тест на анемию.

2.6 ПОЛЕВЫЕ РАБОТЫ

Сбор данных исследования проводился 14 полевыми командами, каждая из которых включала одну женщину-супервайзера, четырех женщин-интервьюеров и одного медицинского работника (далее биомаркера). Полевые работы начались в большинстве регионов 8 августа и завершились 11 ноября 2017 года.

Мониторинг полевых работ составлял неотъемлемую часть МДИТ. Старший технический персонал МДИТ из АС, включая полевого координатора по контролю качества сбора биомаркеров, регулярно посещали команды на местах с целью наблюдения за их работой и отслеживания качества заполняемых данных. Представители Программы МДИ также посещали команды для мониторинга процесса сбора данных, а также для наблюдения за процедурой проведения тестов на анемию, и измерения роста и массы тела женщин и детей в возрасте до 5 лет. Во время полевых визитов на местах, сотрудники предоставляли посещаемым командам (супервайзеру, биомаркеру и интервьюерам) критически важные замечания для повышения эффективности их работы. Кроме того, они использовали контрольные таблицы МДИТ, рассчитанные на основе данных из заполненных кластеров, чтобы продемонстрировать проблемы, характерные для каждой посещаемой команды.

2.7 ОБРАБОТКА ДАННЫХ

Весь электронный файл данных по 2017 МДИТ был передан через безопасную интернет потоковую систему (англ. secure internet file streaming system или сокращенно IFSS) в центральный офис АС в г. Душанбе, где они хранились на компьютере с защитным паролем. Процесс обработки данных включал вторичное редактирование, которое требовало устранения несоответствий, выявленных компьютером, и кодирования открытых вопросов. Данные обрабатывались двумя ИТ-специалистами и одним вторичным редактором, которые принимали участие в основном обучении; их работа дистанционно контролировалась сотрудниками Программы МДИ. Редактирование данных осуществлялось с использованием программного обеспечения CPro. Во время полевых работ были разработаны таблицы для проверки различных параметров качества данных, и командам были представлены конкретные комментарии для повышения эффективности их работы. Вторичное редактирование и обработка данных были начаты в августе 2017 года и завершены в феврале 2018 года.

3 ОСНОВНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

3.1 УРОВНИ ОТВЕТНОСТИ

Таблица 1 показывает уровни ответственности в 2017 МДИТ. Все 8,064 домохозяйства, отобранные для выборки имели право на участие в исследовании, из которых 7,915 были заселенными на момент проведения исследования. Число заселенных домохозяйств, которые были успешно проинтервьюированы, составило 7,843, и таким образом, уровень ответственности домохозяйств составляет 99%.

В указанных домохозяйствах было выявлено 10,799 женщин в возрасте от 15-49 лет, имеющими право на интервью, 10,718 женщин были проинтервьюированы, и таким образом, уровень ответственности женщин составил 99%, что соответствует тем же показателям уровня ответственности как и в 2012 МДИТ.

Результат	Место жительства		Всего
	Город	Село	
Таблица 1 Результаты интервью домохозяйств и индивидуальных интервью			
Число домохозяйств, число интервью и уровни ответственности в соответствии с местом проживания (невзвешенные показатели), Таджикистан МДИ 2017			
Интервью домохозяйств			
Отобранные домохозяйства	3654	4410	8064
Заселенные домохозяйства	3559	4356	7915
Проинтервьюированные домохозяйства	3517	4326	7843
Уровень ответственности домохозяйства	98,8	99,3	99,1
Интервью с женщинами в возрасте 15-49 лет			
Число женщин, подлежащих интервью	4243	6556	10799
Число проинтервьюированных женщин	4212	6506	10718
Уровень ответственности женщин, подлежащих интервью	99,3	99,2	99,2
¹ Проинтервьюированные домохозяйства/заселенные домохозяйства.			
² Проинтервьюированные респонденты/подлежащие интервью.			

3.2 ХАРАКТЕРИСТИКА РЕСПОНДЕНТОВ

В Таблице 2 показано распределение женщин в возрасте от 15-49 лет, опрошенных в рамках 2017 МДИТ, в зависимости от основных характеристик. В основном, женское население, представленное в выборке, равномерно распределено по возрасту, однако есть некоторые заметные исключения. Например, большую долю составляют женщины подросткового возраста и те, кому 20-29 лет, и меньшая доля приходится на женщин старше 30 лет и тех, кому за 40 лет.

Почти три четверти женщин (72%) состоят в браке или проживают совместно, и только 4% женщин были разведены, разошлись или овдовели. По сравнению с результатами 2012 МДИТ, доля женщин, состоящих в браке или живущих совместно увеличилась за последние 5 лет (67%).

Большинство респондентов МДИТ проживает в сельской местности. Только четверть респондентов живет в городской местности. По существу, такое же распределение было представлено в 2012 МДИТ. Существует большая разница в распределении респондентов по регионам. Более трети (37%) женщин в возрасте 15-49 лет проживают в Хатлонской области по сравнению лишь с 2% в ГБАО. Однако эти проценты, в основном, не изменились с 2012 года.

Женщины в Республике Таджикистан, в основном, хорошо образованы. Восемь процентов женщин достигли профессионального начального или профессионального среднего образования, и 9% женщин имеют высшее образование. Среди оставшихся женщин, большинство имеет либо общее основное (34%), либо среднее образование (43%); только 2% женщин никогда не посещали школу, и 4% посещали только начальную школу. За последние 5 лет доля женщин с высшим образованием некоторым образом увеличилась, с 6% в 2012 году до 9% в 2017 году.

Таблица 2. Общая характеристика респондентов

Процентное распределение женщин в возрасте 15-49 лет в зависимости от основных характеристик респондентов, Таджикистан МДИ 2017

Основные характеристики респондентов	Женщины		
	Взвешенный процент	Взвешенное число	Невзвешенное число
Возраст			
15-19	17,8	1911	1898
20-24	19,0	2031	1952
25-29	17,9	1921	1893
30-34	14,5	1551	1548
35-39	11,6	1240	1251
40-44	10,0	1068	1130
45-49	9,3	996	1046
Семейное положение			
Никогда не состояла в браке	22,3	2388	2514
Замужем	71,9	7709	7499
Проживает совместно	0,4	38	46
В разводе/живет отдельно	3,9	416	471
Вдова	1,6	167	188
Занятость за рубежом (в течение последних трех лет)¹			
Да	3,4	364	407
Нет	96,6	10354	10311
Место жительства			
Город	25,1	2694	4212
Село	74,9	8024	6506
Регион/область			
Душанбе	8,9	955	1814
ГБАО ²	2,0	209	973
Согдийская	30,7	3292	2235
РРП ³	21,8	2342	2479
Хатлонская	36,6	3920	3217
Районы ПVB ⁴	19,6	2096	1578
Образование			
Без образования	2,1	220	193
Начальное	3,7	399	408
Общее основное	33,7	3615	3468
Общее среднее	43,1	4624	4364
Профессиональное начальное	1,7	183	207
Профессиональное среднее	6,3	677	704
Высшее	9,3	994	1363
Послевузовское	0,1	5	11
Квинтиль благосостояния			
Нижайший	19,6	2101	1970
Второй	19,7	2116	1723
Средний	19,7	2108	1746
Четвертый	20,2	2168	1944
Наивысший	20,8	2226	3335
Всего	100,0	10718	10718

Примечание: Категории образования относятся к наивысшему достигнутому уровню образования, независимо от того, был ли этот уровень завершен.

¹ Занятость за рубежом относится к работе за рубежом за последние 3 года до проведения исследования, в течение 3 или более месяцев за один раз

² Горно-Бадахшанская Автономная Область

³ Районы Республиканского Подчинения

⁴ Данные основаны на информации, собранной в домохозяйствах в 44 кластерах в 12 районах, включенных в пилотные районы в рамках Программы «Продовольствие во имя будущего» (ПVB) в Хатлонской области.

3.3 РОЖДАЕМОСТЬ

Всех женщин, опрошенных во время 2017 МДИТ, просили предоставить их полную репродуктивную историю. По мере опроса о репродуктивной истории, каждую женщину спрашивали о количестве детей, которые проживают с ней, проживают отдельно, а также о количестве умерших детей, по полу, чтобы получить общее количество живорожденных, которые были у женщины в жизни. В дополнение к информации о рождении живых детей, женщинам затем задавались вопросы обо всех беременностях, не завершившихся живорождением, с целью получения количества индуцированных абортов, выкидышей и мертворождений, имевших место в течение их жизни.

После получения этих обобщенных данных, собиралась подробная история беременностей. Информация собиралась о всех беременностях респондентки в течение ее жизни в хронологическом порядке, начиная с первой беременности до последней.

По каждой беременности, завершившейся рождением живого ребенка, была собрана информация о поле ребенка, дате рождения, статусе выживания и текущем возрасте (для выживших детей), или возрасте на момент смерти (для умерших детей). Для всех беременностей, не завершившихся живорождением, была собрана информация о месяце и годе завершения беременности. Для рождений и прерываний беременностей, которые произошли в течение 5 лет до начала исследования (т.е., в январе 2012 года или позже), продолжительность каждой беременности записывалась в календарь¹ событий. Женщинам также задавали вопросы о текущей беременности.

Текущая Рождаемость

Таблица 3 показывает повозрастной коэффициент рождаемости среди женщин по пятилетним возрастным группам за 3-летний период, предшествующий исследованию. Повозрастные и суммарные коэффициенты рождаемости рассчитывались непосредственно из данных истории беременности. Сумма повозрастных коэффициентов рождаемости (известный как суммарный коэффициент рождаемости или СКР), является суммарным показателем уровня рождаемости.

Этот показатель можно рассматривать, как количество деторождений, которые могли бы быть у женщины к концу ее детородного периода при условии сохранения в каждой возрастной группе текущего уровня ПКР. Если бы рождаемость оставалась постоянной на текущем уровне, женщина в Таджикистане могла бы иметь в среднем 3.8 детей в течение своей жизни. СКР в сельской местности (4.0 родов на одну женщину) на одного ребенка больше, чем в городской (3.0 родов). В разных возрастных группах рождаемость последовательно выше среди сельских женщин, чем среди городских, за исключением женщин в возрасте 40 лет, где оба показателя сходятся. Помимо места проживания (город-село), рождаемость также варьирует в зависимости от региона (Таблица 4). Самые низкие значения СКР зафиксированы в Душанбе (2.7 рождений на одну женщину), за ним следуют регионы ГБАО и Согдийской области с 3.5 рождений на одну женщину, и в то же время наивысшие значения СКР отмечены в Хатлонской области (4.1 рождений на одну женщину) и РРП (4.0 рождений на одну женщину).

Таблица 3 Текущая рождаемость

Повозрастной, суммарный, специальный и общий коэффициенты рождаемости за 3-летний период предшествующий исследованию, в зависимости от места жительства, Таджикистан МДИ 2017

Возрастная группа	Место жительства		Всего
	Город	Село	
15-19	41	59	54
20-24	237	323	303
25-29	168	219	207
30-34	105	129	123
35-39	44	59	55
40-44	12	11	11
45-49	1	0	0
СКР (15-49)	3.0	4.0	3.8
СпСКР (15-44)	110	151	141
ОКР	25,6	36,1	33,4

Примечание: Повозрастной коэффициент рождаемости рассчитан на 1000 женщин. Коэффициенты для возрастной группы женщин 45-49 лет могут незначительно смещаться по причине урезания. Коэффициенты даны за период 1-36 месяцев, предшествовавших исследованию. СКР: Суммарный коэффициент рождаемости, в расчете на одну женщину. СпСКР: Специальный коэффициент рождаемости в расчете на 1000 женщин в возрасте 15-44 лет. ОКР: Общий коэффициент рождаемости в расчете на 1000 человек населения

¹ В календарь, расположенный в конце Женского Вопросника, записывалась информация о датах живорождений, датах терминации беременности, продолжительности беременностей и периодов использования контрацептивов. Календарь охватывает год исследования до последнего месяца полевых работ, а также за пять лет до года проведения исследования. Для 2017 МДИТ, календарь начинается с 2012 года.

Таблица 4 Рождаемость в зависимости от основных характеристик

Суммарный коэффициент рождаемости за период 3 лет предшествовавших исследованию, процент женщин в возрасте 15-49 лет беременных в настоящий момент и среднее число детей, когда-либо родившихся у женщин в возрасте 40-49 лет, в зависимости от основных характеристик, Таджикистан МДИ 2017

Основная характеристика	Суммарный коэффициент рождаемости	Процент женщин в возрасте 15-49 лет беременных в настоящий момент	Среднее число детей, когда-либо родившихся у женщин в возрасте 40-49 лет
Место жительства			
Город	3,0	5,9	3,3
Село	4,0	7,9	4,0
Регион/область			
Душанбе	2,7	5,2	3,1
ГБАО	3,5	4,6	3,3
Согдийская	3,5	7,2	3,4
РРП	4,0	8,5	4,0
Хатлонская	4,1	7,6	4,3
Районы ПВБ	4,1	8,1	4,2
Образование			
Без образования/начальное	4,0	9,1	3,1
Общее основное	3,9	7,7	4,0
Общее среднее	4,0	7,0	4,0
Профессиональное начальное/среднее	3,6	8,9	3,3
Высшее	2,8	6,0	2,9
Квintиль благосостояния			
Нижайший	4,0	6,2	4,1
Второй	4,1	8,2	4,1
Средний	3,8	8,0	4,0
Четвертый	3,9	8,8	3,6
Наивысший	3,0	6,0	3,2
Всего	3,8	7,4	3,8

Примечание: суммарные коэффициенты рождаемости рассчитаны за период 1-36 месяцев, предшествующих опросу.
ПВБ = Продовольствие во имя будущего

Уровень образования женщин тесно связан с рождаемостью. Значения СКР, снижается с 4.0 рождений среди женщин без образования или только с начальным образованием, до 2.8 рождений среди женщин с высшим образованием. Рождаемость также имеет негативную взаимосвязь с уровнем благосостояния; разница рождаемости между женщинами в нижайшем и наивысшем квинтилях благосостояния составляет одного ребенка на женщину.

В Таблице 4 также представлен процент женщин, сообщивших во время проведения опроса, что они беременны. Этот процент на самом деле может быть недооценен, поскольку некоторые женщины могли не знать о своей беременности, особенно на ранних сроках, а некоторые женщины, пребывавшие на ранней стадии беременности, могли не захотеть рассказывать о ней. Во время опроса, 7% женщин в возрасте 15-49 лет сообщили, что они беременны. Процентная доля женщин, беременных в настоящий момент, была несколько выше среди сельских жительниц по сравнению с городскими (8% и 6%, соответственно).

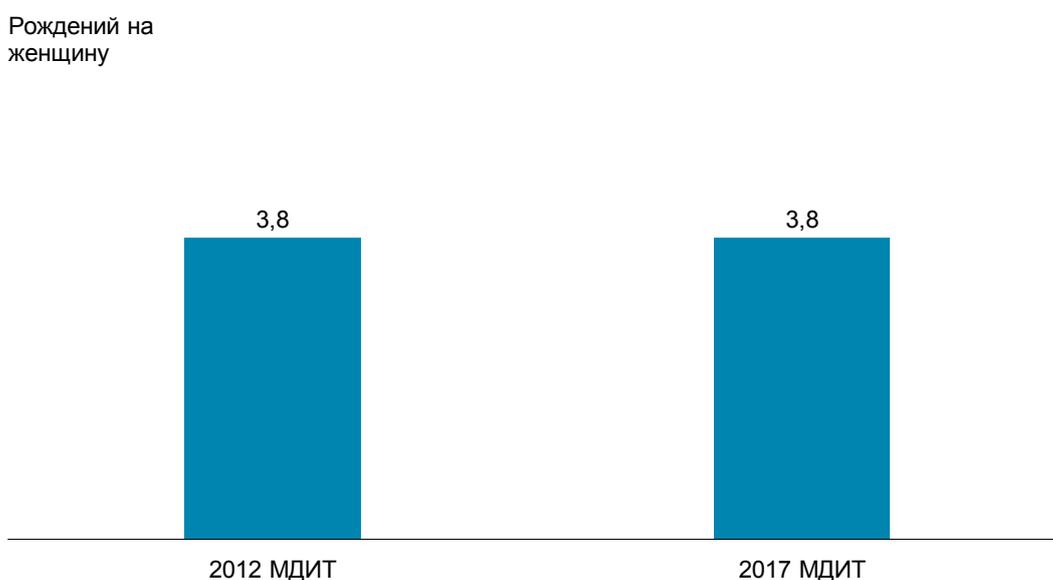
В региональном аспекте, самая высокая доля беременных в настоящий момент женщин, наблюдается в РРП (9%) и Хатлонской области (8%), а самая низкая – в Душанбе и ГБАО (5%, в каждом). Взаимосвязь между процентом беременных в настоящий момент женщин и уровнем образования не носит определенного характера, хотя в целом есть тенденция к уменьшению доли беременных женщин по мере возрастания уровня образования. Среди женщин из наивысшего и самого низкого квинтиля благосостояния, реже встречались беременные в настоящее время (6%), чем среди респонденток в других квинтилях (от 8% до 9%).

В таблице 4 также представлены данные о среднем числе детей, когда-либо рожденных женщинами в возрасте 40-49 лет, что позволяет сделать приблизительную оценку тенденций рождаемости. СКР является показателем текущей рождаемости, в то время как среднее число когда-либо родившихся детей - это показатель прошлой или завершенной рождаемости. Хотя сравнение показателей

завершенной рождаемости среди женщин в возрасте 40-49 лет со значениями СКР может служить индикатором изменения рождаемости, данное изменение подвержено смещению в результате занижения паритета женщинами более старшего возраста. Если нет доказательств увеличения возраста вступления в брак и/или более широкого использования контрацепции, то снижение рождаемости маловероятно. Сравнение показателей прошлой (завершенной) и текущей рождаемости не показывает разницы (3,8 детей) на национальном уровне. Однако, в Душанбе наблюдается снижение рождаемости (0,4 рождений) и увеличение рождаемости у женщин, не имеющих образования, или имеющих только начальное образование (0,9 рождений).

На рисунке 1 представлены тенденции СКР с момента 2012 МДИТ. Суммарный коэффициент рождаемости в Таджикистане за последние 5 лет оставался относительно стабильным. Показатель 3.8 в 2017 МДИТ аналогичен показателю в 2012 МДИТ.

Рисунок 1 Тенденции рождаемости, 2012-2017



Искусственные Аборты

В Таблице 5 показаны повозрастные коэффициенты искусственных абортов и суммарный коэффициент искусственных абортов (СКИА) на основе данных 2017 МДИТ. Эти коэффициенты рассчитаны аналогично вычислению коэффициентов рождаемости. Указанные коэффициенты относятся к трехлетнему периоду до проведения исследования.

Под СКИА подразумевается количество искусственных абортов, которое женщина могла бы иметь в течение всей своей жизни, если бы имеющийся повозрастной коэффициент искусственных абортов оставался таким же на протяжении всего ее репродуктивного периода.

В Таджикистане СКИА составляет 0.5 искусственных абортов на женщину. Это означает, что среднее количество абортов, которые будет иметь Таджикская женщина, в соответствии с текущими показателями абортов, составляет примерно 13% от числа рождений, которые она будет иметь (3,8). Повозрастные

Таблица 5 Коэффициенты искусственных абортов

Повозрастные коэффициенты искусственных абортов (на 1000 женщин), суммарные коэффициенты искусственных абортов (СКИА), и специальный коэффициент искусственных абортов (СпКИА), за 3-х летний период до проведения исследования, в зависимости от места жительства, Таджикистан МДИ 2017

Возрастная группа	Проживание		Всего
	Город	Село	
15-19	0	1	1
20-24	9	15	14
25-29	22	24	24
30-34	28	28	28
35-39	15	19	18
40-44	10	11	10
45-49	3	1	1
СКИА (15-49)	0,4	0,5	0,5
СКИА (15-44)	0,4	0,5	0,5
СпКИА	14	16	15

СКА: суммарный коэффициент искусственных абортов для возрастной группы 15-49 лет, выражен в расчете на одну женщину.

СпКИА: Специальный коэффициент искусственных абортов (число иск. абортов, деленное на число женщин 15-44 лет) в расчете на 1,000 женщин.

коэффициенты искусственного аборта достигают максимума среди женщин в возрасте 30-34 лет и снижаются среди женщин в старших возрастных группах. Коэффициенты искусственных абортов между городскими и сельскими женщинами в основном аналогичны: 0,4 и 0,5 соответственно. Показатель СКИА оставался неизменным со времени проведения 2012 МДИТ в 0,5 искусственных абортов на одну женщину.

3.4 БЕРЕМЕННОСТЬ И МАТЕРИНСТВО В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

Подростковая беременность и материнство являются одними из основных социальных и медицинских проблем. Дети, рожденные очень молодыми матерями, подвергаются повышенному риску заболеваемости и смертности. Матери-подростки более склонны испытывать неблагоприятные исходы беременности, и более ограничены в своей способности следовать возможностям в сфере образования, чем молодые женщины, которые откладывают деторождение.

Таблица 6 показывает проценты женщин в возрасте 15-19 лет, которые родили или были беременны своим первым ребенком на момент проведения исследования, по основным характеристикам. В целом, 7% женщин в возрасте 15-19 лет уже начали процесс деторождения, 3% женщин-подростков уже родили детей, и 4% были беременны на момент проведения исследования. Молодые женщины не начинают деторождение до достижения возраста 17 лет, но доля женщин-подростков, начавших деторождение быстро увеличивается с возрастом достигая 26% среди женщин в возрасте 19 лет.

Таблица 6 Подростковая беременность и материнство

Процент женщин в возрасте 15-19 лет, родивших живого ребенка или беременных первым ребенком, и процент начавших деторождение, в зависимости от основных характеристик, Таджикистан МДИ 2017

Основная характеристика	Процент женщин в возрасте 15-19 лет, которые:			Число женщин
	Родили живого ребенка	Беременны первым ребенком	Процент начавших деторождение	
Возраст				
15	0,0	0,0	0,0	302
16	0,0	0,0	0,0	416
17	0,0	0,3	0,3	416
18	2,1	5,6	7,7	400
19	14,0	11,7	25,7	377
Место жительства				
Город	2,6	2,8	5,4	461
Село	3,4	3,8	7,2	1450
Регион/область				
Душанбе	1,3	1,9	3,2	185
ГБАО	1,4	0,8	2,1	29
Согдийская	2,8	3,9	6,7	500
РРП	3,7	4,7	8,5	455
Хатлонская	3,7	3,1	6,9	743
Районы ПВБ	4,1	3,6	7,7	372
Образование				
Без образования/ начальное	4,3	8,8	13,1	53
Общее основное	3,3	2,8	6,0	808
Общее среднее	3,5	4,0	7,5	871
Профессиональное начальное/среднее	2,7	4,4	7,1	90
Высшее	0,0	1,9	1,9	89
Квинтиль благосостояния				
Нижайший	2,9	2,0	4,9	391
Второй	2,8	2,8	5,7	408
Средний	3,4	4,0	7,4	370
Четвертый	4,2	5,4	9,6	352
Наивысший	2,8	3,7	6,5	391
Всего	3,2	3,6	6,8	1911

Примечание: Категории образования относятся к наивысшему достигнутому уровню образования, независимо от того, был ли этот уровень завершен.
ПВБ = Продовольствие во имя будущего

Сельские подростки, как правило, начинают деторождение раньше, чем другие подростки. Раннее деторождение немного более распространено среди подростков в РРП (9%), чем в других регионах, особенно в ГБАО (2%). Подростки, не имеющие образования или имеющие только начальное образование (13%), имели большую вероятность начать деторождение в сравнении с 7% в среднем по стране или 2% среди подростков с высшим образованием. Это также встречается чаще среди женщин в четвертом квинтиле благосостояния (10%).

С точки зрения тенденций, на национальном уровне разницы в подростковой фертильности между 2012 и 2017 МДИТ не наблюдается (7% как в 2012, так и в 2017).

3.5 Предпочтения Деторождения

Информация о предпочтениях в плане деторождения используется для оценки потенциального спроса на услуги по планированию семьи в целях откладывания или ограничения будущего деторождения. Чтобы получить информацию о предпочтении деторождения, замужних женщин (беременных или не беременных) спрашивали, хотели ли они иметь еще одного ребенка, и если да, то, как скоро.

Таблица 7 показывает, что большинство замужних Таджикских женщин выражают желание контролировать свою будущую фертильность. Почти половина респондентов (44%) не хотят иметь больше детей или стерилизованы. Желание ограничить деторождение быстро возрастает вместе с количеством имеющихся живых детей. Например, большинство замужних женщин, не имеющих детей, хотят иметь ребенка; 65% сообщили, что хотят иметь ребенка как можно скорее. С другой стороны, почти 6 из 10 женщин с тремя детьми говорят, что они больше не хотят иметь детей, как и 7 из 10 женщин с четырьмя или более детьми.

Таблица 7 Предпочтения в плане деторождения, в зависимости от количества живых детей

Процентное распределение замужних в настоящее время женщин в возрасте 15-49 лет согласно их желания иметь детей, в зависимости от количества живых детей, Таджикистан МДИ 2017

Желание иметь детей	Количество живых детей ¹							Всего
	0	1	2	3	4	5	6+	
Иметь еще ребенка скоро ²	65,0	40,8	20,1	8,9	4,2	1,8	1,4	18,0
Иметь еще ребенка позже ³	0,1	12,0	11,1	3,0	1,0	0,1	0,0	5,3
Иметь еще ребенка, но не решила когда	4,0	14,4	9,3	3,1	1,7	1,3	0,6	5,7
Не решила	4,7	16,7	24,4	21,1	16,7	10,3	11,8	18,3
Не хочет иметь больше детей	1,1	4,8	26,8	57,5	69,5	75,3	70,5	43,2
Проведена стерилизация ⁴	0,0	0,3	0,3	1,0	0,6	2,3	3,2	0,8
Говорит бесплодна	25,2	11,1	8,0	5,4	6,2	8,8	12,4	8,7
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Число женщин	504	1088	1834	2039	1428	584	271	7747

¹ Количество живых детей включает текущую беременность

² Хочет иметь следующего ребенка в течение 2-х лет

³ Хочет отложить рождение ребенка на 2 или более лет

⁴ Включает как мужскую, так и женскую стерилизацию

Доля женщин, которые говорят, что они хотят прекратить деторождение, осталась прежней на 44% с момента проведения 2012 МДИТ. Доля женщин, которые сообщили, что они не могут забеременеть, увеличилась с 6% в 2012 году до 9% в 2017 году, что особенно заметно среди тех, у кого нет детей (13% в 2012 году и 25% в 2017 году); и среди тех, кто не знает, хотят ли они иметь еще одного ребенка (12% в 2012 году и 18% в 2017 году). В то время, как число женщин, которые хотели иметь еще одного ребенка скоро, остается относительно постоянным (17% в 2012 году и 18% в 2017 году), наблюдается значительное снижение количества женщин, которые хотят подождать 2 года или более, прежде чем иметь ребенка, с 19% в 2012 году до 5% в 2017 году.

3.6 ПЛАНИРОВАНИЕ СЕМЬИ

Планирование семьи относится к осознанным усилиям пары ограничить количество детей, используя методы контрацепции. Противозачаточные методы классифицируются как современные или традиционные. Современные методы включают женскую стерилизацию, мужскую стерилизацию, внутриматочные противозачаточные средства (ВМС), импланты, инъекционные препараты, таблетки, презервативы и метод лактационной аменореи (МЛА). Другие методы, такие как ритм, прерванный половой акт и народные методы, группируются как традиционные.

В Таблице 8 показано процентное распределение женщин, замужних в настоящий момент по используемому методу планирования семьи, в зависимости от основных характеристик. Почти 3 из 10 замужних женщин репродуктивного возраста используют метод контрацепции (29%). Среди замужних женщин использование современных методов (27%) более распространено, чем использование традиционных методов (2%). Наиболее широко используемый метод - это, на сегодняшний день, ВМС (18%), за которым следуют мужские презервативы (4%), прерванный половой акт и таблетки (по 2%). Использование любых контрацептивов увеличивается с возрастом, достигая 46% среди замужних женщин в возрасте 35-39 лет, а затем снижается до 23% среди женщин в возрасте 45-49 лет.

Таблица 8 Текущее использование методов контрацепции в зависимости от основных характеристик

Процентное распределение женщин замужних в настоящее время в возрасте 15-49 лет, в соответствии с используемым в данное время методом контрацепции, в зависимости от основных характеристик, Таджикистан МДИ 2017

Основные характеристики	Любой метод	Современный метод										Любой традиционный метод	Традиционный метод		Не использует в настоящий момент	Всего	Число женщин	
		Любой современный метод	Женская стерилизация	Таблетки	ВМС	Инъекционные	Импланты	Мужской презерватив	Женский презерватив	МЛА	Другое		Ритм	Прерванный половой акт				
Количество живых детей																		
0	0,3	0,3	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	99,7	100,0	737
1-2	22,1	20,0	0,3	1,0	13,0	0,6	0,1	3,8	0,0	1,3	0,0	2,1	0,0	2,0	77,9	100,0	2865	
3-4	40,9	38,0	0,9	3,2	26,5	1,5	0,2	4,8	0,0	0,9	0,0	3,0	0,0	2,9	59,1	100,0	3313	
5+	33,3	32,1	2,6	1,8	20,0	3,7	0,0	3,3	0,0	0,6	0,1	1,2	0,0	1,2	66,7	100,0	833	
Возраст																		
15-19	2,9	2,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,1	0,0	1,3	0,0	0,4	0,0	0,4	97,1	100,0	240	
20-24	15,6	14,7	0,0	0,8	9,9	0,2	0,1	2,4	0,0	1,3	0,0	0,9	0,0	0,9	84,4	100,0	1557	
25-29	28,7	27,1	0,2	1,7	18,3	0,7	0,1	4,1	0,0	1,9	0,0	1,5	0,1	1,5	71,3	100,0	1688	
30-34	35,0	32,4	0,7	2,7	21,9	1,3	0,3	5,1	0,0	0,4	0,0	2,6	0,0	2,6	65,0	100,0	1374	
35-39	45,6	42,0	1,8	3,5	28,0	2,4	0,0	5,3	0,0	0,8	0,1	3,6	0,0	3,6	54,4	100,0	1089	
40-44	38,1	34,9	1,5	2,9	23,3	2,8	0,0	4,3	0,0	0,2	0,0	3,2	0,0	3,2	61,9	100,0	953	
45-49	22,9	20,5	1,7	0,5	14,8	1,2	0,3	1,9	0,0	0,0	0,0	2,4	0,1	2,3	77,1	100,0	847	
Место проживания мужа/партнера																		
Муж/партнер проживает с ней	30,5	28,3	0,8	2,0	19,0	1,3	0,1	4,1	0,0	0,8	0,0	2,2	0,0	2,2	69,5	100,0	6886	
Муж/партнер проживает в другом месте	19,6	17,9	0,6	1,0	12,5	0,7	0,0	1,6	0,0	1,6	0,0	1,7	0,1	1,6	80,4	100,0	861	
Место жительства																		
Город	33,9	31,5	0,6	2,4	21,1	0,4	0,1	5,7	0,0	1,0	0,0	2,4	0,0	2,3	66,1	100,0	1803	
Село	27,9	25,8	0,8	1,8	17,4	1,5	0,1	3,2	0,0	0,9	0,0	2,1	0,0	2,1	72,1	100,0	5944	
Регион/область																		
Душанбе	29,9	29,5	0,6	2,3	18,9	0,1	0,1	7,4	0,0	0,2	0,0	0,3	0,1	0,3	70,1	100,0	585	
ГБАО	36,5	35,6	0,4	2,0	26,1	4,7	0,1	2,3	0,0	0,0	0,0	0,9	0,2	0,7	63,5	100,0	144	
Согдийская	40,0	34,3	1,2	2,3	21,5	1,1	0,1	6,2	0,0	2,0	0,0	5,7	0,0	5,7	60,0	100,0	2533	
РРП	25,3	24,8	0,7	1,7	18,4	0,7	0,1	3,1	0,0	0,0	0,1	0,6	0,1	0,5	74,7	100,0	1709	
Хатлонская	21,4	21,1	0,6	1,7	14,7	1,9	0,2	1,4	0,0	0,6	0,0	0,4	0,0	0,4	78,6	100,0	2776	
Районы ПВБ	18,6	18,3	0,7	1,1	13,0	1,5	0,3	1,2	0,0	0,5	0,0	0,4	0,0	0,4	81,4	100,0	1548	
Образование																		
Без образования/ начальное	19,8	19,8	0,5	0,7	15,7	2,0	0,3	0,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	80,2	100,0	468	
Общее основное	28,9	26,8	0,7	1,5	19,0	1,3	0,1	3,2	0,0	0,9	0,0	2,1	0,0	2,1	71,1	100,0	2532	
Общее среднее	29,2	26,9	0,9	2,1	18,1	1,4	0,1	3,5	0,0	0,8	0,0	2,3	0,0	2,3	70,8	100,0	3442	
Профессиональное начальное/среднее	32,2	30,3	1,1	2,9	18,0	1,1	0,0	5,0	0,0	2,4	0,0	1,9	0,1	1,7	67,8	100,0	626	
Высшее	35,1	31,7	0,7	2,7	18,6	0,2	0,0	8,6	0,1	0,8	0,0	3,3	0,1	3,2	64,9	100,0	680	
Квintиль благосостояния																		
Нижайший	26,0	25,5	1,0	1,7	18,0	2,9	0,2	0,8	0,0	0,9	0,0	0,5	0,0	0,5	74,0	100,0	1454	
Второй	24,2	22,2	0,7	1,5	14,3	1,6	0,0	2,9	0,0	1,1	0,0	2,0	0,0	2,0	75,8	100,0	1526	
Средний	29,8	28,0	0,5	1,9	19,3	1,0	0,1	4,4	0,0	0,9	0,0	1,8	0,1	1,7	70,2	100,0	1592	
Четвертый	32,8	28,9	0,9	2,6	19,8	0,7	0,2	3,8	0,0	0,9	0,0	3,9	0,0	3,9	67,2	100,0	1681	
Наивысший	33,1	30,8	0,9	1,9	19,7	0,2	0,1	7,1	0,0	0,8	0,0	2,3	0,0	2,3	66,9	100,0	1494	
Всего	29,3	27,1	0,8	1,9	18,3	1,3	0,1	3,8	0,0	0,9	0,0	2,2	0,0	2,1	70,7	100,0	7747	

Примечание: Если названо более одного метода, используемым методом в данной таблице табулируется наиболее эффективный метод.

МЛА = Метод лактационной аменореи

ПВБ = Программа «Продовольствие во имя будущего» (Feed the Future)

В основном женщины в Таджикистане не начинают пользоваться контрацепцией до тех пор, пока у них не родится хотя бы один ребенок. Тридцать четыре процента замужних женщин, проживающих в городской местности, используют методы контрацепции, по сравнению с 28% сельских женщин. Наблюдается значительная разница в использовании контрацепции по регионам. Жительницы РРП и Хатлонской области менее других женщин используют какой-либо метод контрацепции (25% и 21%, соответственно). Согдийская область и ГБАО имеют самые высокие показатели использования любого метода (40% и 37%, соответственно). Как и ожидалось, уровень использования контрацепции увеличивается вместе с уровнем образования. Женщины с более высоким уровнем образования чаще пользуются контрацепцией, чем женщины с начальным образованием или без образования (35% по сравнению с 20%).

ВМС преобладает в комбинации методов во всех подгруппах; почти две-третьи текущих пользователей полагаются на ВМС для предотвращения беременности, независимо от их основных характеристик. Инъекции наиболее широко распространены среди пользователей имеющих 5 и более детей, пользователей в ГБАО, и пользователей из нижайшего квинтиля благосостояния. Пользователи, проживающие в Душанбе, пользователи, имеющие высшее образование, и пользователи из наивысшего квинтиля благосостояния более склонны полагаться на мужской презерватив.

Использование любого метода контрацепции особенно не изменилось за последние 5 лет; 28% замужних женщин в возрасте 15-49 лет сообщили об использовании метода во время проведения 2012 МДИТ, по сравнению с 29% в 2017 МДИТ. Аналогичным образом, доля замужних женщин, применяющих современный метод контрацепции, остается стабильной на уровне 27% по сравнению с 26% в 2012 году. Доля женщин, использующих мужские презервативы, немного увеличилась с 2% в 2012 году до 4% в 2017 году.

3.7 ПОТРЕБНОСТЬ И СПРОС В ПЛАНИРОВАНИИ СЕМЬИ

Категория женщин с неудовлетворенной потребностью в планировании семьи включает способных к зачатию женщин, которые не используют контрацепцию, но при этом желают отложить рождение следующего ребенка (отсрочка) или вообще прекратить деторождение (ограничение). Оценка размера и состава женского населения, имеющего неудовлетворенную потребность в услугах планирования семьи, полезна для разработки программ по репродуктивному здоровью.

Критерии, используемые в рамках программы МДИ для выявления женщин с неудовлетворенной потребностью в планировании семьи, были недавно пересмотрены (Бредли и др. 2012). Пересмотренное определение использовалось для выявления доли женщин с неудовлетворенной потребностью в планировании семьи (Таблица 9).

В частности, считается, что женщины имеют неудовлетворенную потребность в отсрочке, если они:

- Имеют риск забеременеть, не пользуются контрацепцией, и либо не хотят забеременеть в течение ближайших 2 лет, либо не уверены, хотят ли или когда они хотят забеременеть.
- Беременны несвоевременной беременностью.
- Имеют послеродовую аменорею продолжительностью до 2 лет после несвоевременного рождения, и не пользуются контрацепцией.

Считается, что женщины имеют неудовлетворенную потребность в ограничении, если они:

- Имеют риск забеременеть, не пользуются контрацепцией и не желают иметь (больше) детей.
- Беременны нежеланной беременностью.

- Имеют послеродовую аменорею продолжительностью до 2 лет после нежеланного рождения, и не пользуются методами контрацепции.

Считается, что женщины, которые классифицированы как бесплодные, не имеют неудовлетворенной потребности в планировании семьи, поскольку они не подвержены риску возникновения беременности.

Женщины, пользующиеся контрацепцией, рассматриваются как имеющие удовлетворенную потребность. Женщины, пользующиеся контрацепцией, которые заявляют, что не желают иметь (больше) детей, рассматриваются как имеющие удовлетворенную потребность для ограничения. Женщины, которые пользуются контрацепцией и заявляют о желании отложить рождение ребенка, или не уверены, хотят ли они иметь еще детей вообще, или хотят иметь детей, но не знают когда, считаются имеющими удовлетворенную потребность для отсрочки.

Наконец, общий спрос, процент удовлетворенного спроса, и процент удовлетворенного спроса современными методами определяются следующим образом:

- **Общий спрос на методы планирования семьи:** сумма неудовлетворенной потребности (для отсрочки и ограничения) плюс общее использование контрацепцией.
- **Процент удовлетворенного спроса:** общее использование контрацепции, деленное на сумму неудовлетворенной потребности плюс общее использования контрацепции.
- **Процент спроса удовлетворенного современными методами:** использование современных методов контрацепции, деленное на сумму неудовлетворенной потребности плюс общее использование контрацепции.

В Таблице 9 представлены данные о неудовлетворенной потребности, удовлетворенной потребности и общем спросе услуг планирования семьи для замужних женщин в настоящий момент. В целом, 23% замужних женщин в настоящее время имеют неудовлетворенную потребность в планировании семьи. Двадцать девять процентов замужних женщин имеют удовлетворенную потребность в планировании семьи, то есть в настоящее время они используют метод контрацепции - что остается относительно стабильным с 2012 года, когда 28% женщин имели удовлетворенную потребность планирования семьи.

Таблица 9 Потребность и спрос в планировании семьи среди замужних женщин

Процент замужних на настоящий момент женщин 15-49 лет с неудовлетворенной потребностью в планировании семьи, процент с удовлетворенной потребностью в планировании семьи, процент с удовлетворенной потребностью в планировании семьи кто пользуется современными методами, процент спроса на планирование семьи, процент удовлетворенного спроса на планирование семьи, процент спроса удовлетворенного современными методами, в зависимости от основных характеристик, Таджикистан МДИ 2017

Основная характеристика	Неудовлетворенная потребность в планировании семьи	Удовлетворенная потребность в планировании семьи (пользуется сейчас)		Общий спрос по планированию семьи ³	Число женщин	Процент удовлетворенного спроса ¹	
		Все методы	Современные методы ²			Все методы	Современные методы ²
Возраст							
15-19	11,2	2,9	2,5	14,1	240	20,5	17,6
20-24	23,0	15,6	14,7	38,6	1557	40,3	37,9
25-29	26,6	28,7	27,2	55,3	1688	51,8	49,2
30-34	28,9	35,0	32,4	63,9	1374	54,8	50,7
35-39	21,5	45,6	42,0	67,1	1089	68,0	62,6
40-44	19,3	38,1	34,9	57,4	953	66,4	60,9
45-49	13,2	22,9	20,6	36,1	847	63,5	57,0
Место жительства							
Город	21,5	33,9	31,6	55,4	1803	61,2	57,0
Село	23,1	27,9	25,8	51,0	5944	54,7	50,6
Регион/область							
Душанбе	21,5	29,9	29,6	51,3	585	58,2	57,7
ГБАО	16,2	36,5	35,8	52,7	144	69,3	68,0
Согдийская	19,1	40,0	34,3	59,1	2533	67,6	58,0
РРП	28,6	25,3	24,8	54,0	1709	46,9	46,0
Хатлонская	23,0	21,4	21,1	44,4	2776	48,2	47,4
Районы ПВБ	24,0	18,6	18,3	42,7	1548	43,7	42,8
Образование							
Без образования/ начальное	27,2	19,8	19,8	47,0	468	42,1	42,1
Общее основное	25,3	28,9	26,8	54,2	2532	53,3	49,4
Общее среднее	21,3	29,2	26,9	50,5	3442	57,8	53,2
Профессиональное начальное/ среднее	19,4	32,2	30,5	51,6	626	62,4	59,1
Высшее	20,4	35,1	31,9	55,5	680	63,2	57,5
Квинтиль благосостояния							
Нижайший	25,4	26,0	25,5	51,4	1454	50,7	49,6
Второй	23,2	24,2	22,2	47,3	1526	51,0	46,8
Средний	24,4	29,8	28,1	54,2	1592	55,0	51,8
Четвертый	20,1	32,8	28,9	52,9	1681	62,1	54,6
Наивысший	20,9	33,1	30,8	54,0	1494	61,2	57,0
Всего	22,7	29,3	27,1	52,0	7747	56,3	52,2

Примечание: Данные в этой таблице соответствуют пересмотренному определению неудовлетворенной потребности, как описано у Брэдли и др. 2012. ПВБ= Продовольствие во имя будущего

¹ Процент удовлетворенного спроса – это удовлетворенная потребность, деленная на общий спрос

² Современные методы включают женскую стерилизацию, мужскую стерилизацию, таблетки, ВМС, инъекции, импланты, мужские презервативы, женские презервативы, экстренную контрацепцию, метод лактационной аменореи (МЛА), и прочие современные методы

³ Общий спрос - это сумма неудовлетворенной и удовлетворенной потребностей

Общий спрос в услугах планирования семьи среди замужних женщин в настоящий момент составляет 52%, уровень общего спроса удовлетворенного составляет 56%, почти полностью удовлетворенного современными методами (52%). Таким образом, если бы все замужние женщины, которые заявили, что хотят ограничить или отложить рождение следующего ребенка использовали методы планирования семьи, то показатель использования контрацепцией увеличился бы с 29% до 52%.

Уровень неудовлетворенной потребности варьирует в зависимости от основных характеристик. Самая высокая неудовлетворенная потребность наблюдается у замужних женщин в возрасте 25-29 лет и 30-34 лет (27%-29%). Общая неудовлетворенная потребность примерно одинакова среди замужних женщин в городской и сельской местностях (22% и 23%, соответственно). По регионам самый высокий уровень неудовлетворенной потребности наблюдается в РРП (29%) и самый низкий в ГБАО (16%). Женщины с более низким уровнем образования и благосостояния, как правило, имеют более высокий уровень неудовлетворенной потребности, чем другие более образованные и благосостоятельные женщины.

На рисунке 2 показаны тенденции неудовлетворенной потребности, использования современных методов контрацепции и процент спроса, удовлетворенного современными методами. В целом, все три эти показателя оставались относительно стабильными в течение последних 5 лет.

Рисунок 2 Тенденции неудовлетворенной потребности, использования современных методов контрацепции, и процент спроса, удовлетворенного современными методами, 2012-2017



3.8 РАННЯЯ ДЕТСКАЯ СМЕРТНОСТЬ

Показатели младенческой и детской смертности являются основными показателями социально-экономического положения и качества жизни в стране (ПРООН 2007). Информация о младенческой и детской смертности является важной для определения сегментов населения, подвергающихся высокому риску, с тем, чтобы программы могли быть направлены на его сокращение.

Данные о младенческой и детской смертности, содержащиеся в 2017 МДИТ, были получены на основе данных из раздела репродуктивной истории Женского Вопросника. Раздел начинается с вопросов о деторождении респондента, включая число сыновей и дочерей, проживающих в домохозяйстве, число тех, кто проживают где-то в другом месте, и о числе умерших детей. В истории беременности, женщин просили сообщить об исходе каждой беременности, т.е., завершилась ли беременность рождением живого ребенка, мертворождением, выкидышем или искусственным абортom. Используя стандартное международное определение, живорожденными считались все живорожденные, независимо от продолжительности беременности, которые после отделения от матери, проявляли какие-либо признаки жизни (как например, дыхание, биение сердца или произвольное движение мышц) (ВОЗ 1993).

По каждому случаю живорождения, сообщенному в истории беременностей, собиралась информация об имени, дате рождения (месяце и годе), полу ребенка, о том, была ли беременность одноплодной многоплодной и о статусе выживания. Для живых детей, информация также была собрана по возрасту ребенка на последний день рождения, и проживает ли ребенок с матерью. По умершим детям, респонденток просили сообщить о возрасте на момент смерти. Показатели смертности по конкретным периодам, предшествующим исследованию, были рассчитаны с использованием процедур прямой оценки².

² Показатели рассчитываются с использованием синтетического когортного подхода, в котором вероятность смерти сначала вычисляется для небольших возрастных сегментов, а затем компоненты вероятности объединяют для получения показателей интересующей возрастной группы. Преимущество такого подхода заключается в том, что показатели смертности могут быть рассчитаны для периодов времени, близких к дате

Эти данные используются для прямой оценки следующих пяти показателей смертности:

Неонатальная смертность: вероятность смерти в течение первого месяца жизни

Постнеонатальная смертность: разница между младенческой и неонатальной смертностью

Младенческая смертность: вероятность смерти в течение первого года жизни

Детская смертность: вероятность смерти в период между точным возрастом 1 год и 5 лет

Смертность детей до 5 лет: вероятность смерти в период между рождением и до 5 лет

Все коэффициенты рассчитываются на 1000 живорожденных, за исключением детской смертности, которая выражается как количество смертей в расчете на 1000 выживших к первому году жизни.

Таблица 10 показывает, что за 5 лет, предшествовавших исследованию, показатели младенческой смертности составляли 27 смертей на 1000 живорожденных с довольно ровной разбивкой между периодами неонатальной и постнеонатальной смертностями. Показатель детской смертности составлял 7 смертей на 1000 детей, выживших к первому году жизни, тогда как общий показатель смертности детей в возрасте до 5 лет составил 33 смерти на 1000 живорождений. Восемьдесят два процента всех смертей среди детей до 5 лет произошли в течение первого года жизни, причем 39% произошли в первый месяц жизни.

Исследование 2017 МДИТ указывает, что уровень смертности детей до 5 лет со временем снизился с 51 смерти на 1000 живорождений за период 10-14 лет до исследования (2003-2007) до 33 смертей на 1000 живорождений за период 0-4 года предшествующих исследованию (2013-2017).

Таблица 10 Уровни смертности в раннем детском возрасте

Показатели неонатальной, постнеонатальной, младенческой и детской смертности, и смертности до 5 лет по пятилетним периодам предшествовавшим исследованию, Таджикистан МДИ 2017

Лет до исследования	Неонатальная смертность (NN)	Постнеонатальная смертность (PNN) ¹	Младенческая смертность (${}_1q_0$)	Детская смертность (${}_4q_1$)	Смертность детей до пяти лет (${}_5q_0$)
0-4	13	14	27	7	33
5-9	17	10	28	6	33
10-14	21	22	43	9	51

¹ Вычислено как разница между показателями младенческой смертности и неонатальной смертности

На Рисунке 3 представлена динамика показателей смертности детского возраста, по оценкам данных 2012 МДИТ и 2017 МДИТ. Данные, представленные на Рисунке 3, свидетельствуют о снижении смертности детей до 5 лет, с 43 смертей на 1000 живорождений за последние 5 лет непосредственно предшествующих 2012 МДИТ до 33 смертей на 1000 живорождений за последний 5-летний период. Уровень младенческой смертности снизился с 34 смертей на 1000 живорождений до 27 смертей на 1000 живорождений, за тот же период.

проведения исследования, при этом соблюдая принцип соответствия; то есть, если ребенок включен в подверженный риску знаменатель, и он/она умирает в течение соответствующего периода времени, то его смерть должна быть включена в числитель, соответствующий этому периоду риска. Более подробное объяснение этого подхода можно найти в Руководстве по статистике МДИ (Рутштейн и Рохас 2006).

Рисунок 3 Тенденции смертности среди детей, 2012-2017

Смертей на 1000



3.9 МАТЕРИНСКОЕ ЗДОРОВЬЕ

Медицинская помощь, получаемая женщинами в течение беременности и во время родов имеет важное значение для здоровья, как матери, так и ребенка. Во время проведения 2017 МДИТ, женщинам, рожавшим в течение последних 5 лет перед исследованием, был задан ряд вопросов о медицинской помощи матерям и детям. Матерей спрашивали, получали ли они дородовую помощь во время беременности для их последнего живорождения за последние пять лет перед исследованием. По каждому живорождению за тот же период, матерей также спрашивали, какую помощь они получали во время родов. И в заключении, женщинам, у которых роды закончились живорождением в течение 2 лет перед исследованием, были заданы вопросы, получили ли они послеродовой осмотр в течение 2 дней после родов. В Таблице 11 представлена информация об охвате этими услугами охраны здоровья матерей.

Антенатальная Помощь

Оказание антенатальной помощи (АНП) квалифицированным медперсоналом имеет большое значение для наблюдения состояния беременности, снижения риска заболеваемости и смертности для матери и ребенка во время беременности, при родах и в послеродовой период (в течение 42 дней после родов). В Таджикистане, квалифицированный медперсонал, обученный оказывать помощь во время родов, включает врачей, медсестер и акушерок.

В Таблице 11 показано, что 92% матерей сообщили, что они обращались к квалифицированному медицинскому работнику, по крайней мере, один раз для получения АНП для последнего живорождения в течение пяти лет до проведения исследования, что свидетельствует о значительном увеличении с 79% в 2012 МДИТ. Этот показатель почти равным образом высок среди матерей, независимо от основных характеристик. Тем не менее, женщины старшего возраста, жительницы Хатлонской области, женщины с низкими уровнями образования и благосостояния, с меньшей вероятностью сообщают о получении дородовой помощи у квалифицированного медработника, чем другие женщины. В целом, 64% женщин сделали четыре или более посещения по АНП, что заметно увеличилось с 53% в 2012 МДИТ. Городские женщины чаще, чем сельские жительницы делали четыре и более АНП визита (79% и 60%, соответственно). Среди регионов, 92% женщин в Согдийской области сделали четыре или более посещения по АНП, по сравнению с 40% женщин, проживающих в Хатлонской области. Вероятность совершения четырех или более посещений по АНП возрастает с уровнем образования матери и статусом благосостояния. Сорок

пять процентов матерей без образования или только с начальным образованием делали четыре или более посещений по АНП по сравнению с 82% матерей, имеющих высшее образование.

Аналогичным образом, доля женщин, совершивших четыре или более посещений по АНП, является самой низкой среди тех, кто находится в самом низком квинтиле (44%), и увеличивается до 83% среди женщин в наивысшем квинтиле.

Таблица 11 так же показывает, что 14% женщин сообщили, что они сделали восемь и больше посещений по АНП во время беременности последним живорождением. Восемь и более АНП визитов чаще встречается среди женщин, проживающие в городской местности, а так же среди более образованных и благосостоятельных женщин. Одна треть женщин из Согдийской области (33%) сообщили, что они сделали восемь и более АНП визитов, по сравнению в 3% женщин из Хатлонской области.

Таблица 11 Показатели по материнскому здоровью

Среди женщин в возрасте 15-49 лет, родивших живого ребенка в течение 5 лет до исследования, процент женщин, получивших антенатальную помощь (АНП) от квалифицированного медработника для их последнего живорождения, и процент женщин, совершивших четыре или более посещений по АНП для их последнего живорождения, и процент совершивших восемь или более посещений по АНП для их последнего живорождения; среди всех живорождений за 5 лет до проведения исследования, процент рожденных с помощью квалифицированного медработника, и процент рожденных в медицинском учреждении; и среди женщин в возрасте 15-49 лет родивших живого ребенка в течение 2 лет до исследования, процент получивших послеродовой осмотр в течение первых 2 дней после родов, в соответствии с основными характеристиками, Таджикистан МДИ 2017

Основная характеристика	Женщины, родивших живого ребенка в течение 5 лет до исследования				Живорождения за последние 5 лет до исследования			Женщины, родившие живого ребенка за последние 2 года до исследования	
	Процент получивших антенатальную помощь от квалифицированного медработника ¹	Процент с 4+ АНП визитов	Процент с 8+ АНП визитов	Число женщин	Процент рождений с помощью квалифицированного медработника	Процент рожденных в медицинском учреждении	Число рождений	Процент женщин, получивших постнатальный уход в течении первых двух дней после родов ²	Число женщин
Возраст матери на момент родов									
<20	93,4	68,5	16,4	241	96,5	92,2	557	91,1	173
20-34	92,3	64,2	14,7	3812	94,7	88,1	5549	91,9	2173
35-49	85,3	60,8	9,5	342	92,8	83,0	380	90,9	135
Место жительства									
Город	95,2	79,1	19,9	964	97,6	93,8	1354	93,7	476
Село	90,9	60,0	12,8	3431	94,0	86,7	5132	91,3	2005
Регион/область									
Душанбе	94,3	87,0	16,5	299	98,3	96,5	413	90,9	142
ГБАО	94,3	71,5	10,8	76	98,0	76,1	106	88,7	37
Согдийская	97,8	91,8	32,6	1301	99,5	99,1	1853	97,3	721
РРП	91,7	60,9	10,4	1041	92,7	79,4	1534	84,3	594
Хатлонская	86,7	40,4	2,5	1677	91,9	84,7	2580	92,4	987
Районы ПВБ	81,7	43,7	2,8	951	93,4	90,4	1444	91,7	542
Образование матери									
Без образования/ начальное	81,1	44,9	6,7	344	86,8	81,6	541	91,4	193
Общее основное	89,5	57,1	10,3	1617	93,3	84,6	2400	90,0	892
Общее среднее	93,8	68,3	16,3	1730	96,1	89,8	2557	92,2	1014
Профессиональное начальное/среднее	97,3	77,8	22,4	321	98,7	94,7	471	96,1	188
Высшее	97,6	81,6	22,9	382	99,8	97,4	517	93,8	195
Квинтиль благосостояния									
Нижайший	83,8	43,5	6,2	805	90,7	78,7	1209	87,1	446
Второй	91,9	54,5	10,8	903	92,7	85,8	1356	90,5	514
Средний	92,7	65,2	11,7	956	95,1	89,1	1412	92,9	560
Четвертый	94,8	74,4	21,7	950	97,5	92,2	1421	93,6	560
Наивысший	95,4	83,2	21,4	780	97,9	95,1	1088	94,4	402
Всего	91,8	64,2	14,4	4395	94,8	88,2	6486	91,8	2481

Примечание: Если названо более одного источника помощи, только работник с высшей квалификацией учитывается в данной таблице

ПВБ = Продовольствие во имя будущего

¹ К квалифицированному персоналу относятся врач, медсестра, или акушерка.

² Включает женщин, прошедших проверку у врача, акушерки, медсестры или традиционной повитухи

Помощь при Родах

Оказание надлежащей медицинской помощи и создание соответствующих санитарно-гигиенических условий во время родов могут снизить риск возникновения инфекций и осложнений, которые могут привести к смерти или тяжелой болезни матери или новорожденного (Ван Лерберг и Де Брауэр 2001; ВОЗ 2006). В Таблице 11 показано, что в Таджикистане помощь при родах в большинстве случаев оказывают медицинские работники. Помощь при родах, оказываемая, квалифицированным медицинским работником является всеобщей в Согдийской области (100%) по сравнению с 92% в Хатлонской области. Также, квалифицированной медицинской помощью в родах чаще охвачены городские женщины, более образованные женщины, и представительницы высших квинтилей благосостояния.

Несмотря на то, что оказание квалифицированной помощи при рождении является широко охватываемым, Таблица 11 показывает, что всего 88% рождений происходят в медицинских учреждениях, означая, что остается значительное число домашних рождений. Наблюдаются различия в процентном соотношении рождений в медицинских учреждениях по месту жительства и региону. В целом, в городской местности процентная доля рождений в медицинских учреждениях немного больше, чем в сельской (94% до 87%, соответственно). Рассматривая конкретные регионы, рождения в медицинских учреждениях наименее распространены в ГБАО (76%) и наиболее распространены в Согдийской области (99%). Уровень образования матери напрямую связан с вероятностью рождения в медицинском учреждении. Относительно низкий процент рождений (82%) у женщин без образования или только с начальным уровнем образования проходят в медучреждении, по сравнению с 97% рождений у женщин с высшим образованием. Место проведения родов также благоприятно коррелирует с квинтилем благосостояния; 79% рождений среди женщин из нижайшего квинтиля благосостояния происходят в медицинском учреждении, по сравнению с 95% рождений у женщин в наивысшем квинтиле.

Постнатальный Осмотр Матерей

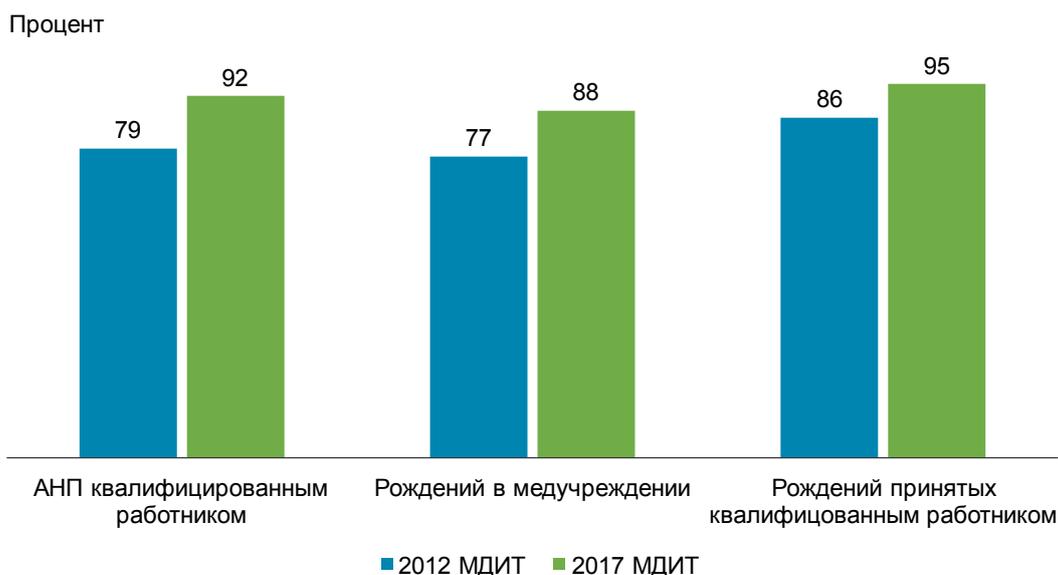
Значительная часть случаев материнской и неонатальной смертности происходит в течение 48 часов после родов. Следовательно, своевременный послеродовой осмотр (ПРО) как для матери, так и для ребенка имеет важное значение для лечения любых осложнений, связанных с родами, а также для предоставления матери важной информации о том, как заботиться о себе и ребенке. Программы безопасного материнства рекомендуют, чтобы все женщины получали постнатальный осмотр в течение первых двух дней после родов.

Чтобы оценить масштабы выполнения постнатального осмотра, респонденткам были заданы вопросы об осмотрах, связанных с их последними родами в течение 2 лет до исследования, о том, проверялись ли они после родов, а также о сроках проведения первого осмотра. Как показано в Таблице 11, 92% женщин сообщили о том, что они прошли своевременный послеродовой осмотр в течение первых двух дней после родов. В целом, 8% женщин сообщили, что они не получали послеродовой осмотр в течение рекомендуемого периода (через два дня после родов).

Существуют лишь небольшие различия между группами женщин, за исключением по регионам и благосостоянию. Существуют различия в процентной доле женщин, получивших своевременный постнатальный осмотр по регионам: колеблющихся от 84% в регионе РРП до 97% в Согдийской области. Доля женщин, получивших постнатальный осмотр в течение первых двух дней после родов, увеличивается по мере возрастания уровня благосостояния, от 87% в низшем квинтиле благосостояния до 94% в четвертом и наивысшем квинтилях.

На рисунке 4 показаны тенденции в области охраны здоровья матери. Эти показатели значительно изменились между исследованиями 2012 и 2017 МДИТ. Процент женщин, получающих АНП у квалифицированного медицинского работника, увеличился с 79% в 2012 году до 92% в 2017 году. Доля женщин, чьи дети были рождены в медицинском учреждении, увеличилась с 77% в 2012 году до 88% в 2017 году. Аналогичным образом, доля женщин, чьи роды были приняты квалифицированным медработником, возросла с 86% до 95% за тот же период.

Рисунок 4 Тенденции в области охраны здоровья матери, 2012-2017



3.10 ДЕТСКОЕ ЗДОРОВЬЕ И ПИТАНИЕ ДЕТЕЙ И ЖЕНЩИН

2017 МДИТ собрал данные по ряду ключевых индикаторов здоровья детей, включая вакцинацию детей младшего возраста, практику кормления детей грудного возраста, и практику лечения больного ребенка.

Вакцинация Детей

Всеобщая иммунизация детей против основных вакциноуправляемых заболеваний является одной из наиболее экономически-эффективных программ по снижению младенческой и детской заболеваемости и смертности. В Таджикистане рутинная вакцинация детей защищает от туберкулеза (вакцина БЦЖ), гепатита В (НерВ моновакцина), дифтерии, столбняка, коклюша, *Гемофильной инфлюэнцы* типа b и вирусного гепатита В (пентавалентная вакцина АКДС-Ніb-ВГВ или пента), полиомиелита (оральная полио вакцина или ОПВ), ротавируса (вакцина против ротавируса), кори и краснухи (КК-вакцина).

В Таджикистане вакцина БЦЖ обычно дается в течение 3 дней после рождения. Первая доза оральной полио вакцины (полио-0) и доза моновакцины от гепатита В даются в течение 24 часов после рождения, тогда как вакцины АКДС-Ніb-ВГВ и полиомиелита (за исключением полио-0, назначаемой при рождении) даются детям в возрасте 2, 3 и 4 месяца. Первая вакцина против кори и краснухи должна быть дана сразу же или вскоре после того, как исполнилось 12 месяцев. Пятую дозу оральной полио вакцины (полио-4) дают в возрасте 12 месяцев, а четвертую дозу вакцины от дифтерии, коклюша и столбняка (АКДС-4) дают в возрасте 16-23 месяцев.

В рамках исследования 2017 МДИТ была собрана информация об охвате этими вакцинациями детей, рожденных в течение 3 лет предшествующий исследованию. Информация, полученная в ходе исследования о различиях в охвате вакцинацией среди подгрупп детей, является важной для планирования программ и направления ресурсов в наиболее нуждающиеся места.

Информация об охвате вакцинацией была получена двумя способами в рамках 2017 МДИТ: из письменных записей вакцинаций, включая детские медицинские карточки (формы 112 или 024 МЗСЗН), карточки иммунизации (форма 63 МЗСЗН), паспорта иммунизации или других документов, и со слов матерей. В рамках 2017 МДИТ для каждого ребенка, родившегося в течение 3 лет до проведения исследования, матерей просили показать интервьюеру детскую медицинскую карточку или любые другие документы, используемые для регистрации иммунизации ребенка.

Если медицинская карточка, форма 63, паспорт иммунизации или любой другой документ были в наличии, даты сделанных прививок переносились интервьюером в вопросник. В случаях, если прививка не была записана в карточку как полученная, мать ребенка просили вспомнить, была ли конкретная прививка сделана ее ребенку. В случаях, когда мать не смогла представить карточек с записями вакцинаций ребенка, ее просили вспомнить, получал ли ребенок вакцинацию БЦЖ, полио, АКДС-Hib-ВГВ (пента), гепатита В, ротавирусную и коревую. Если она указывала, что ребенок получил какую-либо из этих вакцин, ее спрашивали о количестве доз, полученных ребенком.

В Республике Таджикистан детские медицинские карточки (форма МЗСЗН 112 или 024) и карточки записей иммунизации (форма МЗСЗН 63) хранятся в местных медицинских учреждениях, или в редких случаях, хранятся у опекуна дома. Когда у матери не было в наличии ни одного из указанных документов, ее просили вспомнить о прививках, сделанных ее ребенку как было описано ранее. Ее также просили дать согласие работникам исследования на копирование записей вакцинаций ребенка из документов, хранящихся в медицинском учреждении, где ей/ему делали прививки. После того, как все интервью в кластере были закончены, супервайзер команды посещала местную клинику, чтобы переписать информацию из карточек детей из выборки, для которых было получено согласие. В этом исследовании, данные были собраны из обоих источников, если они были доступны.

В таблице 12 представлены данные об охвате вакцинацией среди детей в возрасте 12-23 месяцев и 24-35 месяцев, в зависимости от основных характеристик. В рамках 2017 МДИТ, карточка записей иммунизации или детские медицинские карточки, либо хранящиеся дома или в медицинском учреждении, были просмотрены для 90% детей в возрасте 12-23 месяцев и для 89% детей в возрасте 24-35 месяцев, для которых данные по вакцинации были получены (данные не показаны). Таким образом, хотя основная часть данных об охвате иммунизацией в таблице 12 основана на данных из медицинских записей, в случаях детей, чьи медицинские карточки или карточки записей иммунизации не были найдены, показатели основаны на данных, собранных со слов матери.

Министерство здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан приняло рекомендации Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) по иммунизации детей, согласно которым все дети должны получить все «основные» вакцинации. Считается, что дети получили «все основные» вакцинации, если они получили вакцину БЦЖ, три дозы вакцины АКДС-Hib-ВГВ, три дозы оральной полио вакцины (за исключением полио-0 при рождении) и одну дозу вакцины против кори.

В рамках 2017 МДИТ данные по всем *основным* вакцинациям представлены только для детей в возрасте 24-35 месяцев³. Поскольку прививку против кори проводят детям в возрасте 12 месяцев, дети, которым необходимо будет сделать прививку против кори, будут слишком маленькими, чтобы быть частью возрастной когорты 12-23 месяцев, представленной в Таблице 12.

Второй важной мерой охвата вакцинацией является доля детей в возрасте 12-23 месяцев и 24-35 месяцев, которые получили все вакцинации «соответствующие возрасту».

Программа иммунизации в Республике Таджикистан считает, что ребенок в возрасте 12-23 месяцев получил *все соответствующие возрасту* вакцинации, если он получил БЦЖ вакцинацию против туберкулеза, одну дозу вакцины против гепатита В при рождении, три дозы вакцины АКДС-Hib-ВГВ (сделанные в возрасте 2, 3 и 4 месяца), четыре дозы оральной вакцины против полиомиелита

³ В 2012 МДИТ данные обо всех основных прививках были представлены для детей в возрасте 18-29 месяцев, поскольку прививка против кори дается детям в возрасте 12 месяцев. Возрастная группа 18-29 месяцев больше не рекомендуется для стран, где прививка против кори делается детям в возрасте 12 месяцев, и была заменена на возрастную группу 24-35 месяцев.

(включая полио-0 при рождении, и в возрасте 2, 3 и 4 месяца) и две дозы ротавирусной вакцины (сделанные в возрасте 2 и 3 месяца).

Ребенок, в возрасте 24-35 месяцев считается получившим *все соответствующие возрасту* вакцинации, если он получил четвертую дозу вакцины АКДС-4 в возрасте 16-23 месяцев, пятую дозу оральной полио вакцины (полио-4), и первую дозу вакцины против кори (обе сделанные в возрасте 12 месяцев) в дополнение ко всем соответствующим возрасту прививкам, полагающимся ребенку в возрасте 12-23 месяцев⁴.

Дети в возрасте от 12 до 23 месяцев являются самой младшей когортой, достигшей возраста, к которому ребенок должен был получить все вакцинации, соответствующие возрасту. Все основные вакцинации не представлены для возраста 12-23 месяцев, поскольку дети, имеющие право на вакцинацию против кори, будут слишком маленькими, чтобы быть частью когорты возраста 12-23 месяцев, которая представлена в Таблице 12. В Таблице 12 показано, что 79% детей в возрасте 12-23 месяцев получали все соответствующие возрасту вакцинации. Охват в Душанбе, ГБАО и регионах РРП ниже среднего по стране. Кроме того, доля детей, получивших все соответствующие возрасту вакцинации ниже для тех, кто проживает в городской местности, по сравнению с теми, кто проживает в сельской местности (68% против 81%).

Всего 3% детей не получили никаких прививок. Девяносто пять процентов детей получили вакцинацию БЦЖ, 94% получили дозу полио-0 при рождении, 94% дозу вакцины против гепатита Б при рождении, 92% первую дозу вакцины АКДС-Hib-ВГВ, 92% первую дозу оральной полио вакцины (ОПВ) и 89% первую дозу ротавирусной вакцины (РВ). Показатели охвата снижаются для последующих доз, при этом 87% детей получили третью дозу ОПВ, 87% получили рекомендуемые три дозы вакцины АКДС-Hib-ВГВ и 86% - две дозы РВ.

⁴ Рекомендованный график детских прививок изменился с 1 января 2015 года, и дети, родившиеся после этой даты, должны получить первую дозу ротавирусной вакцины в 2 месяца и вторую дозу в 3 месяца. Однако, учитывая сроки проведения полевых работ МДИТ, дети, имеющие право на новый график вакцинации, будут слишком маленьким, чтобы быть частью когорты возраста 24-35 месяцев, которые представлены в Таблице 12.

Таблица 12. Вакцинация в зависимости от основных характеристик

Процент детей в возрасте 12-23 месяцев и детей в возрасте 24-35 месяцев, получивших отдельные вакцинации в любое время до проведения исследования (согласно карточкам с записями вакцинаций или со слов матери), процент получивших все основные вакцинации, и процент со всеми вакцинациями соответствующими по возрасту, в соответствии с основными характеристиками, Таджикистан ИДТИ 2017

Основная характеристика	Дети в возрасте 12-23 месяцев										Дети в возрасте от 24-35 месяцев														
	БЦЖ		Гепатит В (доза при рождении) ¹		АДКС-НйВ-ВГВ		Полио ²		Ротавирус		Все вакцинации, соответствующие возрасту		Нет вакцинаций		Корь и краснуха (КК)		АКДС ⁴		Полио ⁴		Все основные вакцинации ⁵		Все вакцинации, соответствующие возрасту ⁶		Число детей
	1	2	3	0	1	2	3	1	2	1	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	
Пол																									
Мальчик	95,2	92,0	89,4	93,8	92,5	90,8	86,7	89,4	85,2	79,2	3,4	724	87,1	74,1	83,3	81,5	69,9	615							
Девочка	95,3	92,9	90,0	93,9	92,4	91,1	87,5	89,4	86,0	78,1	2,5	670	87,5	75,3	84,3	82,8	70,5	654							
Порядок рождения																									
1	95,4	91,7	89,9	92,9	92,8	91,3	88,1	89,7	86,3	78,5	3,0	388	88,6	72,3	83,9	82,3	68,6	384							
2-3	94,6	91,9	88,7	93,1	91,5	88,6	86,6	88,6	84,8	78,2	3,5	678	86,9	74,9	84,1	82,3	70,8	602							
4-5	96,4	93,8	90,9	96,8	93,9	92,6	88,4	90,4	85,7	78,4	1,6	265	84,7	71,2	81,6	79,4	71,3	223							
6+	96,7	94,6	94,0	95,1	94,0	94,0	88,8	92,4	89,0	85,9	2,9	63	92,3	79,7	87,9	88,9	70,3	61							
Место жительства																									
Город	93,3	91,2	88,1	91,6	88,2	86,2	80,8	84,0	77,1	68,2	3,4	269	86,1	69,5	81,0	76,3	62,6	265							
Село	95,7	94,3	93,4	94,4	93,4	92,1	88,6	90,7	87,6	81,2	2,9	1125	87,6	76,1	84,5	83,7	72,2	1004							
Регион/область																									
Душанбе	95,3	92,2	88,9	88,3	87,0	83,8	74,3	78,6	65,9	56,3	4,7	80	86,8	66,9	75,3	70,5	61,9	80							
ГБАО	92,4	82,9	89,0	81,3	89,2	83,7	73,3	89,5	77,2	58,8	3,0	19	80,8	60,6	74,0	69,7	53,0	24							
Солтсидская	99,7	98,9	98,5	99,4	98,2	98,2	94,4	97,4	95,0	91,3	0,0	383	95,3	82,9	92,1	91,8	83,0	361							
РРП	88,0	85,0	83,6	73,8	84,6	81,3	78,1	79,8	78,4	61,5	7,7	326	78,1	63,0	72,8	68,8	55,1	324							
Хатлонская	96,5	95,8	93,9	92,7	93,9	92,8	91,2	91,0	88,5	83,7	2,0	585	87,9	78,5	86,8	86,4	75,7	479							
Районы ПВБ	96,1	94,6	94,6	94,2	94,6	94,6	94,6	93,7	93,4	89,3	3,1	326	91,7	83,0	89,1	90,3	80,7	278							
Образование																									
Без образования/ начальное	94,4	92,5	90,5	91,0	93,3	91,8	90,3	90,1	86,7	80,8	2,7	123	85,8	69,8	82,6	80,1	65,1	103							
Общее основное	94,2	91,1	90,5	92,5	90,5	88,9	83,9	87,3	83,1	74,0	4,3	507	84,5	69,6	79,2	78,0	63,4	470							
Общее среднее	96,1	94,9	93,1	95,1	92,8	91,1	88,3	90,1	86,7	81,3	2,1	563	88,9	80,9	87,5	86,0	77,7	510							
Профессиональное начальное/ среднее	99,0	97,7	97,9	99,0	96,6	96,6	93,7	95,3	89,1	85,9	1,0	102	89,7	77,1	90,0	84,0	72,4	96							
Высшее	93,2	93,8	92,3	92,2	94,4	93,4	85,8	89,1	86,5	77,6	3,7	99	92,1	69,8	81,5	82,1	66,6	90							
Квintиль благосостояния																									
Нижайший	94,0	93,8	91,0	93,1	92,1	91,0	88,0	88,8	85,5	81,6	4,1	257	84,3	72,0	80,7	78,0	68,1	243							
Второй	95,5	93,5	93,0	94,6	93,5	92,6	89,6	89,7	87,2	80,6	3,3	316	90,5	77,4	87,5	88,4	73,4	274							
Средний	95,9	94,3	94,3	93,8	93,4	92,2	89,6	91,3	88,6	80,7	2,0	326	83,6	75,3	82,7	80,3	71,7	261							
Четвертый	95,2	94,0	92,8	94,5	92,7	90,8	85,9	89,9	85,7	78,1	2,2	282	90,5	76,6	85,8	85,6	70,5	279							
Наивысший	95,6	93,6	89,8	92,9	89,4	86,6	79,9	86,2	77,9	69,9	3,5	213	87,1	71,1	81,1	76,4	66,4	212							
Всего	95,3	93,7	92,4	93,9	92,4	90,9	87,1	89,4	85,6	78,7	3,0	1394	87,3	74,7	83,8	82,1	70,2	1269							

БЦЖ = бацилла Кальметта-Герена

АКДС = анатоксин коклюшно-дифтерийно-столбнячный

ВГВ = вирусный гепатит В

НйВ = геморригическая инфекция типа В

Примечание. Дети считаются, получившими вакцинацию, если сведения были записаны либо в карточках с записями вакцинаций ребенка, либо получены со слов матери. Для детей, сведения о которых основаны на сообщениях матерей, даты прививок не собираются. Доля вакцинации сделанных в течение первого и второго года жизни, считается такой же, как и для детей, у которых есть записи о сделанной прививке.

¹ Для детей, чьи сведения о прививках основаны со слов матери, дети, которые, как сообщается, получили прививку от гепатита В (доза при рождении), получили вакцинацию в течение 24 часов после рождения. Для детей, чьи сведения о прививках основаны на письменной записи прививок, дети, считаются привитыми от гепатита В (доза при рождении), если эта прививка записана в их карточке, независимо от того, когда была введена доза.

² АКДС-НйВ-ВГВ иногда называют пентавалент или пента.

³ Полиомелит 0 - вакцинация против полиомелита при рождении.

⁴ Соответствующие возрасту вакцинации для детей в возрасте 12-23 месяцев: БЦЖ, гепатит В (доза данная сразу после рождения), три дозы АКДС-НйВ-ВГВ, четыре дозы оральной полио вакцины (включая дозу полио-0 данную сразу после рождения) и две дозы ротавирусной вакцины.

⁵ Основные прививки определяются как: БЦЖ, три дозы АКДС-НйВ-ВГВ, три дозы оральной полио вакцины (за исключением вакцинации против полиомелита при рождении) и одна доза вакцины против кори и краснухи (КК).

⁶ Соответствующие возрасту вакцинации для детей в возрасте 24-35 месяцев: БЦЖ, гепатит В (доза при рождении), три дозы АКДС-НйВ-ВГВ, четвертая доза вакцины АКДС, пять доз оральной полио вакцины (включая вакцину полио-0 при рождении и дозу полио-4) и одна доза вакцины против кори и краснухи (КК). Ротавирусная вакцинация исключается из данной таблицы, поскольку она была введена в план иммунизации детей в Республике Таджикистан в январе 2015 года, следовательно дети, подходящие для вакцин по новому плану вакцинации, были бы слишком маленькими, чтобы быть частью когорты возраста 24-35 месяцев, которые представлены в таблице 12.

ПВБ = Продолевающее во имя будущего

Среди детей в возрасте 24-35 месяцев, 87% получили первую дозу вакцины против кори, 75% получили четвертую дозу АКДС, а 84% получили пятую дозу полиовакцины (доза полио-4).

В таблице 12 также приводятся данные об охвате вакцинацией среди детей в возрасте 24-35 месяцев, которые получили все основные прививки. В целом, данные показывают, что 82% детей в возрасте 24-35 месяцев получили все основные рекомендованные ВОЗ прививки к дате проведения исследования.

В Таблице 12 также приводятся данные об охвате вакцинацией среди детей в возрасте 24-35 месяцев, которые получили все соответствующие возрасту вакцинации. Учитывая сроки проведения полевых работ в рамках МДИТ, ротавирусная вакцина, добавленная к календарю прививок детей в январе 2015 года, не была включена в расчет всех соответствующих возрасту вакцинаций для возрастной группы 24-35 месяцев. Дети, подходящие для прививок согласно новому графику прививок были слишком маленькими для возрастной когорты 24-35 месяцев, которая представлена в Таблице 12. В целом, всего 70% детей в этой когорте более старшего возраста получили все соответствующие возрасту вакцинации. Доля, получивших все соответствующие возрасту вакцинации, ниже среди детей проживающих в городской местности, чем среди проживающих в сельских местности (63% против 72%). Охват является самым низким в регионах ГБАО (53%) и РРП (55%).

Охват основными вакцинациями среди детей в возрасте 24-35 месяцев, представленный в рамках 2017 МДИТ, не может напрямую сравниваться с теми же показателями, представленными в 2012 МДИТ. Данные 2012 МДИТ по всем основным вакцинациям были представлены по детям в возрасте 18-29 месяцев, поскольку прививка против кори дается детям 12-месячного возраста. Возрастная когорта 18-29 месяцев больше не рекомендуется странам где вакцина, содержащая коревой компонент дается детям в возрасте 12 месяцев, и была заменена на возрастную когорту 24-35 месяцев.

Лечение Детских Болезней

Пневмония и другие острые респираторные инфекции (ОРИ), лихорадка и обезвоживание от диареи являются важными причинами заболеваемости и смертности детей в развивающихся странах (ВОЗ, 2003). Следовательно, оказание своевременной медицинской помощи, когда ребенок имеет симптомы этих болезней, имеет решающее значение для снижения количества детской смертности. Для получения информации об отношении к здоровью, связанного с распространенностью этих детских болезней, матерей спрашивали, болели ли их дети в возрасте до 5 лет в течение двух недель перед проведением исследования, испытывая при этом кашель, сопровождавшийся укороченным, частым или затрудненным дыханием, из-за проблемы в грудной клетке (симптомы острой респираторной инфекции); лихорадкой или диареей.

Матерей, указавших, что у ее ребенка были такие симптомы, спрашивали, о том, обращались ли они за лечением или консультациями в медицинские учреждения или медицинскому работнику. Матерям, которые указывали, что их дети болели диареей, задавали дополнительные вопросы о лечении ребенка. В целом, у 1% детей в возрасте до 5 лет наблюдались симптомы ОРИ, у 9% наблюдалась лихорадка, а у 13% наблюдалась диарея в течение 2 недель, предшествующих исследованию (данные не показаны). Следует отметить, что данные, собранные о заболеваемости являются субъективными, поскольку они основаны на мнениях матерей без проверки со стороны медицинского персонала.

В Таблице 13 показано, что 44% детей с симптомами лихорадки и 49% детей с симптомами диареи, обращались за лечением в медицинские учреждения или медицинскому работнику. Шестьдесят два процента детей с симптомами диареи получали пакеты оральной регидратационной соли (ОРС), 20% детей были даны добавки цинка, а 15% детей получали как ОРС, так и добавки цинка.

Таблица 13 Лечение лихорадки и диареи

Среди детей в возрасте до 5 лет с лихорадкой в течение 2 недель перед проведением исследования, процент для кого обращались за консультацией и лечением, и среди детей в возрасте до 5 лет с диареей в течение 2 недель перед проведением исследования, процент для кого обращались за консультацией и лечением, процент кому давали раствор оральных регидратационных солей (ОРС), процент кому давали добавки цинка, и процент кому давали растворы ОРС и добавки цинка, в соответствии с основными характеристиками, Таджикистан МДИ 2017

Основная характеристика	Дети с лихорадкой		Дети с диареей				
	Процент для кого обращались за консультацией и лечением ¹	Число детей	Процент для кого обращались за консультацией и лечением ¹	Процент кому давали раствор ОРС	Процент кому давали добавки цинка	Процент кому давали раствор ОРС и добавки цинка	Число детей
Возраст в месяцах							
<6	51,9	51	64,5	41,8	8,2	5,5	70
6-11	44,7	99	55,9	68,6	21,9	17,6	138
12-23	53,1	178	53,9	68,3	17,7	13,1	288
24-35	43,4	102	41,3	56,9	22,1	16,8	171
36-47	30,5	93	32,3	62,5	25,4	18,8	102
48-59	29,6	65	41,3	50,5	20,6	12,3	63
Пол							
Мужской	44,1	305	49,5	60,3	18,6	13,5	455
Женский	43,4	283	48,3	63,4	20,9	15,9	378
Место жительства							
Город	54,3	119	53,4	65,9	25,6	19,9	169
Село	41,1	469	47,8	60,6	18,2	13,3	664
Регион/область							
Душанбе	44,2	27	48,8	71,0	36,5	25,8	39
ГБАО	29,9	17	45,9	64,0	32,3	29,4	12
Согдийская	49,0	72	46,7	66,9	18,4	16,3	122
РРП	44,1	143	47,9	64,2	18,0	11,8	197
Хатлонская	43,1	328	50,1	58,4	19,0	14,0	463
Районы ПВБ	57,1	88	52,9	43,9	29,3	22,7	152
Образование матери							
Без образования/ начальное	(40,9)	55	44,5	52,0	30,1	19,7	80
Общее основное	44,8	233	49,8	63,8	17,4	12,6	307
Общее среднее	43,0	225	49,2	60,7	19,6	14,7	337
Профессиональное начальное/среднее	(52,8)	30	46,0	76,8	19,1	17,7	56
Высшее	39,4	44	52,4	54,1	18,2	14,7	52
Квintиль благосостояния							
Нижайший	36,1	153	42,1	55,8	13,7	8,9	186
Второй	45,9	136	47,7	59,7	15,3	9,4	209
Средний	35,9	119	55,2	64,0	22,8	17,8	171
Четвертый	57,7	96	54,6	68,4	22,4	18,6	146
Наивысший	49,4	84	45,8	62,9	28,7	23,0	121
Всего	43,7	588	48,9	61,7	19,7	14,6	833

Примечание: Числа в скобках основаны на 25-49 невзвешенных случаев

ПВБ = Продовольствие во имя будущего

¹ Не включает консультации или лечение народных целителей

Чаще всего медицинских работников или медицинское учреждение посещали дети в возрасте до 2 лет, чем дети старшего возраста для лечения лихорадки или диареи. Дети городских матерей чаще, чем дети сельских матерей, проходили лечение в медицинских учреждениях или у медицинских работников, когда они болели лихорадкой или диареей. Использование ОРС и добавок цинка увеличивается с уровнем благосостояния матери и более распространено среди детей в Душанбе и ГБАО, чем в других регионах. Однако различия по основным характеристикам для некоторых категорий следует толковать с осторожностью, поскольку оценки основаны на очень небольшом количестве детей, которые имели симптомы лихорадки или диареи. Из-за небольшого количества детей, которые имели симптомы ОРИ, методы лечения ОРИ не были представлены в таблице.

Статус Питания Детей

В ходе проведения 2017 МДИТ были собраны данные о состоянии питания детей путем измерения роста и веса всех детей младшего возраста. В соответствии с рекомендациями ВОЗ, оценка состояния питания в настоящем отчете основана на сопоставлении трех индикаторов для детей в этом исследовании с индикаторами для эталонной группы населения здоровых детей (ВОЗ,

Многоцентровое исследование по разработке справочных показателей роста 2006). Три индикатора (рост–к-возрасту, масса тела-к-росту и масса тела-к-возрасту) выражаются как единицы стандартного отклонения от медианы для эталонной группы. Ребенок, у которого данный показатель падает ниже 2 стандартных отклонений (-2SD) от эталонной медианы, включает тех кто имеет умеренную и тяжелую степень (-3SD) нарушения питания. Ребенок, у которого данный показатель находится выше 2 стандартных отклонений (+2 SD) от эталонной медианы, считается тучным для его роста или с избыточной массой тела.

В общей сложности, 6167 детей (невзвешенное число) в возрасте до 5 лет, попавших в выборку, подлежали антропометрическим измерениям. Полные и достоверные данные о росте, массе тела и возрасте были получены для 98% этих детей. Измерения отсутствуют для 1% детей, потому что на момент посещения домохозяйства ребенок или отсутствовал или был болен, или родители не разрешили провести измерения, или по какой-нибудь другой причине. У другого 1% детей показатели роста или веса были расценены как неправдоподобно высокие или низкие.

В Таблице 14 и на Рисунке 5 показан статус питания для детей в возрасте до 5 лет, согласно трем антропометрическим показателям. Индекс «рост-к-возрасту» измеряет линейный рост. Ребенок, который ниже -2 SD от эталонной медианы для роста по возрасту, считается низким для своего возраста или низкорослым, что является состоянием, отражающим кумулятивный эффект хронического нарушения питания. Данные показывают, что 17% детей в возрасте до 5 лет считаются низкорослыми для своего возраста (ниже -2 SD), а 5% имеют тяжелую форму задержки роста (ниже -3 SD). Мальчики и девочки в равной степени страдают от задержки роста. Среди городских детей процент страдающих от задержки роста практически такой же, как и среди детей, живущих в сельской местности. Наблюдаются некоторые региональные различия в отношении распространенности задержки роста. Задержка роста варьирует в диапазоне от 32% в ГБАО до 15% в регионе РПП. Распространенность задержки роста, как правило, уменьшается по мере возрастания уровня образования матери. Аналогичным образом, задержка роста в целом уменьшается с увеличением квинтилей благосостояния, с 21% среди детей в квинтиле с самым низким благосостоянием до 14%-17% детей в четвертом и наивысшем квинтилях благосостояния.

Дети, чья масса тела-к-росту ниже минус 2 стандартных отклонений (-2 SD) от медианы эталонной популяции, считаются истощенными (или худыми). Истощение представляет собой неспособность получить надлежащее питание в период непосредственно перед проведением исследования, и, как правило, является результатом недавних эпизодов болезней, особенно диареи, или быстрого ухудшения состояния питания. Шесть процентов детей в Таджикистане страдают от истощения, и 2% от тяжелой формы истощения. Анализ по возрастным группам показывает, что истощение является самым высоким (14%) среди детей младше 6-месячного возраста, и самым низким (2%) - среди детей в возрасте 36-47 месяцев. Среди городских детей процент страдающих от истощения немного больше (9%), чем среди детей, живущих в сельской местности (5%). В региональном аспекте, процент истощенных детей колеблется от 17% в Душанбе до 4% в Согдийской области. Доля истощенных детей увеличивается по мере возрастания уровня образования матери и увеличения квинтиля благосостояния.

В Таблице 14 также показана доля детей, которые более чем на 2 SD (стандартных отклонений) превышают медиану эталонного значения. Эти дети являются тучными для своего роста. Три процента детей в возрасте до 5 лет попадают в эту категорию. Доля детей, которые тяжелы для своего роста, самая высокая в Душанбе (8%), затем ГБАО (7%) и самая низкая в Хатлонской области (2%).

Таблица 14 Статус питания детей

Процент детей в возрасте до 5 лет, с нарушением питания по трем антропометрическими показателями: рост - к -возрасту, масса тела -к -росту и масса тела -к- возрасту, в зависимости от основных характеристик, Таджикистан МДИ 2017

Основная характеристика	Рост-к-возрасту ¹				Масса тела - к -росту					Масса тела -к -возрасту				
	Процент ниже -3 SD	Процент ниже -2 SD ²	Средняя Z-балла (SD)	Число детей	Процент ниже -3 SD	Процент ниже -2 SD ²	Процент выше +2 SD	Средняя Z-балла (SD)	Число детей	Процент ниже -3 SD	Процент ниже -2 SD ²	Процент выше +2 SD	Средняя Z-балла (SD)	Число детей
Возраст в месяцах														
<6	1,3	6,7	0,3	620	5,7	13,7	4,3	-0,4	620	2,7	7,2	2,8	-0,1	625
6-8	2,0	5,3	-0,0	316	4,2	11,2	4,4	-0,4	322	3,4	10,8	3,5	-0,4	324
9-11	3,4	10,8	-0,4	323	2,3	9,0	2,9	-0,3	323	2,8	11,1	1,9	-0,4	323
12-17	4,5	14,2	-0,6	703	2,1	8,7	2,1	-0,3	700	2,8	10,1	1,1	-0,5	704
18-23	6,6	21,1	-0,9	769	2,1	5,8	3,3	-0,1	768	1,8	8,4	1,3	-0,5	773
24-35	5,1	21,8	-1,1	1357	1,3	3,9	3,4	0,1	1355	0,9	7,1	0,4	-0,5	1359
36-47	5,2	21,3	-1,1	1383	0,7	2,2	4,3	0,1	1381	1,2	6,2	0,2	-0,6	1384
48-59	4,5	17,8	-1,1	1215	0,7	2,7	2,3	0,0	1214	1,3	6,4	0,5	-0,7	1216
Пол														
Мужской	5,0	17,7	-0,8	3364	2,1	6,1	3,5	-0,1	3359	2,0	8,2	1,0	-0,5	3375
Женский	4,1	17,1	-0,8	3323	1,6	5,0	3,2	-0,1	3325	1,5	7,1	1,1	-0,5	3332
Статус опроса матери														
Опрошена	4,5	17,5	-0,8	6544	1,8	5,5	3,3	-0,1	6541	1,7	7,6	1,0	-0,5	6563
Не опрошена, но в домохозяйстве	1,7	9,1	-0,5	53	4,5	12,8	6,8	-0,1	52	5,5	11,7	4,6	-0,4	53
Не опрошена, и не в домохозяйстве ³	6,7	15,7	-0,8	91	1,9	6,6	1,7	0,1	91	1,4	5,7	0,5	-0,4	91
Место жительства														
Город	5,8	17,3	-0,7	1397	3,0	8,6	5,3	-0,1	1390	2,3	8,9	1,8	-0,5	1404
Село	4,2	17,4	-0,8	5290	1,5	4,8	2,8	-0,1	5294	1,6	7,3	0,8	-0,5	5303
Регион/область														
Душанбе	9,0	18,0	-0,5	409	7,6	16,6	8,0	-0,4	401	4,1	13,1	3,6	-0,6	414
ГБАО	16,5	31,6	-1,2	116	3,2	9,8	6,7	-0,1	116	4,3	15,5	0,6	-0,8	119
Согдийская	4,1	16,4	-0,7	1929	1,1	3,5	4,5	0,2	1931	0,9	4,8	1,0	-0,3	1933
РРП	4,1	15,3	-0,8	1579	1,2	4,6	2,6	-0,1	1581	1,6	7,1	0,9	-0,5	1583
Хатлонская	3,9	18,6	-0,9	2655	1,8	5,8	2,1	-0,2	2655	1,9	8,8	0,7	-0,6	2658
Районы ПВБ	3,4	17,6	-0,9	1473	2,3	6,2	2,6	-0,1	1475	1,6	7,7	0,7	-0,6	1477
Образование матери⁴														
Без образования/ начальное	4,5	17,8	-0,9	559	1,9	4,1	2,1	-0,1	555	0,8	6,3	0,7	-0,6	560
Общее основное	4,8	18,5	-0,9	2422	2,0	5,8	2,7	-0,1	2425	2,2	8,0	0,8	-0,6	2431
Общее среднее	4,3	18,0	-0,8	2607	1,6	5,4	3,7	-0,0	2606	1,5	8,1	1,2	-0,5	2615
Профессиональное начальное/среднее	2,2	11,6	-0,6	486	1,0	4,1	3,8	0,0	486	1,3	3,8	0,7	-0,3	487
Высшее	6,1	14,3	-0,5	523	3,1	7,9	5,3	-0,0	521	2,4	9,0	1,8	-0,3	523
Квинтиль благосостояния														
Нижайший	5,7	21,3	-1,0	1227	1,6	5,2	1,6	-0,2	1228	1,9	8,7	0,9	-0,7	1233
Второй	4,0	18,4	-0,9	1394	1,3	4,7	3,7	-0,0	1397	1,9	7,4	0,5	-0,6	1394
Средний	5,1	17,0	-0,8	1466	1,8	6,0	2,6	-0,1	1467	2,3	8,7	0,6	-0,5	1471
Четвертый	2,9	13,8	-0,7	1496	1,3	4,3	3,2	0,1	1492	0,7	5,5	1,1	-0,3	1494
Наивысший	5,4	17,2	-0,6	1105	3,5	8,3	6,0	-0,0	1101	1,9	8,1	2,2	-0,4	1114
Всего	4,5	17,4	-0,8	6688	1,8	5,6	3,3	-0,1	6684	1,7	7,6	1,0	-0,5	6707

Примечание: Каждый показатель выражается в единицах стандартного отклонения (SD) от медианы Норм Роста Детей ВОЗ.

ПВБ = Программа «Продовольствие во имя будущего» (Feed the Future)

¹ Измерения длины тела в положении лежа проводились для детей в возрасте до 2 лет; для всех остальных детей измерение роста проводилось в положении стоя

² Включает детей с показателями ниже -3 стандартных отклонений (SD) от медианы Норм Роста Детей ВОЗ

³ Включает детей, чьи матери умерли

⁴ Для женщин, которые не были опрошены, информация взята из Вопросника Домохозяйств. Не включает детей, чьи матери не были внесены в Вопросник Домохозяйств.

Дети, чья масса тела-к-возрасту ниже минус двух стандартных отклонений (-2 SD) от эталонной медианы, считаются с недостаточной массой тела. Эта мера отражает последствия как острого, так и хронического недоедания. Как показано в Таблице 14, 8% детей в Таджикистане имеют недостаточную массу тела, а 2% классифицированы, как дети с тяжелой недостаточностью массы тела. Доля детей с низкой массы тела к возрасту достигает пика среди детей в возрасте 6-8 и 9-11 месяцев (11% каждый). Масса тела-к-возрасту ниже -2 SD особенно не различается по полу, месту жительства, уровню образования матерей или благосостояния. В региональном аспекте, низкая масса тела колеблется от 16% в ГБАО до 5% в Согдийской области.

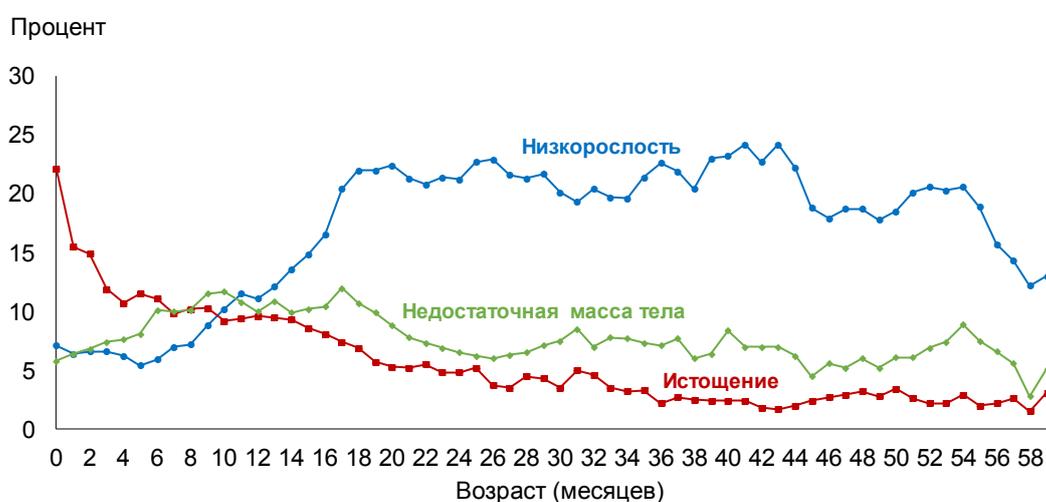
Сравнивая данные по антропометрическим показателям полученным в ходе проведения 2012 МДИТ и 2017 МДИТ, данные показывают тенденцию к снижению и показывают, что за последние

5 лет улучшились все три показателя статуса питания (задержка роста, истощение и недостаточная масса тела). Доля детей, отстающих в росте, снизилась с 26% в 2012 году до 17% в 2017 году, а доля детей с недостаточной массой тела снизилась с 12% в 2012 году до 8% в 2017 году.

Доля детей, страдающих от истощения, также снизилась в этот период от 10% в 2012 году до 6% в 2017 году. Однако доля детей с избыточным весом (масса тела-к-росту выше +2 SD) увеличилась с 1% в 2012 году до 3% в 2017 году. В целом, 2017 МДИТ показывает, что дети в Таджикистане больше страдают от задержки роста, чем от истощения, избыточной или недостаточной массы тела.

Статус питания детей варьирует в зависимости от возраста, как показано на Рисунке 5. После более стабильного периода в свои первые 6 месяцев жизни, задержка роста резко возрастает с 7 месяцев до полутора лет жизни до снижения с третьего по пятый год жизни. Уровень задержки роста колеблется в пределах 20% и 25% в возрасте от 17 до 43 месяцев, после чего он снижается.

Рисунок 5 Статус питания детей по возрасту



Примечание: *Низкорослость* отражает хроническое нарушение питания; *истощение* отражает острое нарушение питания; *недостаточная масса тела* отражает хроническое и острое нарушение питания или их комбинацию. Данные сглажены по пяти-месячному движущему среднему.

Практика Кормления Младенцев и Детей

Грудное вскармливание считается полноценным и полезным для кормления малышей в течение первых 6 месяцев жизни. Ранее начало грудного вскармливания после родов способствует сокращению матки, а также, снижению послеродовой кровопотери матери. Детям не рекомендуется давать какие-либо другие продукты и воду (в дополнение к грудному молоку) до 6 месяцев, поскольку это может помешать грудному вскармливанию и подвергнуть их заболеваниям. Малышам старше 6 месяцев надо давать другую пищу и соки, одновременно с продолжением грудного вскармливания до 2 лет и старше. Грудное молоко все еще остается важным источником энергии, белка и других питательных веществ, таких как витамин А и железо. Пища должна включать в себя различные варианты выбора, такие как очищенные, вареные и пюреобразные овощи, продукты из круп, чечевицу и фрукты, немного масла, а также мясо, яйца, курятину и молочные продукты для обеспечения надлежащего питания (Pan American Health Organization 2002).

В рамках проведения 2017 МДИТ были собраны данные о практике кормления детей грудного и младшего возраста (КДГМВ) для всех детей, родившихся в течение 2 лет, предшествующих исследованию. В Таблице 15 приводится практика грудного вскармливания по возрасту ребенка. В отличие от рекомендации от том, что дети в возрасте до 6 месяцев должны находиться исключительно на грудном вскармливании, только 36% детей в возрасте до 6 месяцев питаются

исключительно грудным молоком. В дополнение к грудному молоку, 32% младенцев употребляют обычную воду, 3% - немолочные жидкости, 12% - другое молоко, а 12% - дополнительное питание.

Пятьдесят семь процентов детей в возрасте 6-8 месяцев и 65% детей в возрасте 6-11 месяцев получают своевременное дополнительное питание, и 56% детей в возрасте 18-23 месяцев отняты от груди.

Двадцать девять процентов детей в возрасте до 6 месяцев кормят из бутылки с соской, что не рекомендуется из-за риска заболевания ребенка. Такая практика начинается рано, почти третья часть детей в возрасте 2-3 месяцев, уже пользуется бутылкой с соской, и эта доля еще выше среди детей в возрасте 4-5 месяцев (43%).

Процент детей в возрасте до 6 месяцев, находящихся на исключительном грудном вскармливании немного повысился за последние 5 лет, с 34% согласно данным 2012 МДИТ, до текущих 36%, согласно данным 2017 МДИТ. Доля детей в возрасте до 6 месяцев, получающих дополнительное питание помимо грудного молока, увеличилась с 5% в 2012 году до 12% в этом исследовании.

Таблица 15 Статус грудного вскармливания в зависимости от возраста

Процентное распределение самых младших детей в возрасте до 2 лет, проживающих с их матерями, по состоянию грудного вскармливания и процент детей, находящихся на грудном вскармливании в настоящий момент; и также процент всех детей в возрасте до 2 лет, которые используют бутылку с соской, в зависимости от возраста в месяцах, Таджикистан МДИ 2017

Возраст в месяцах	Статус грудного вскармливания						Всего	Процент вскармливаемых грудью на настоящий момент	Число самых младших детей в возрасте до 2 лет, проживающих с матерью	Процент детей, использующих бутылку с соской	Число детей в возрасте до 2 лет
	Нет грудного вскармливания	Исключительно грудное вскармливание	Грудное вскармливание и прием только обычной воды	Грудное вскармливание и прием немолочных жидкостей ¹	Грудное вскармливание и прием другого молока	Грудное вскармливание и прием дополнительного питания					
0-1	5,7	55,2	25,8	0,8	6,4	6,1	100,0	94,3	196	12,3	197
2-3	4,5	37,5	33,1	1,7	14,6	8,6	100,0	95,5	195	32,9	197
4-5	5,9	14,8	35,6	5,6	16,0	22,0	100,0	94,1	197	42,8	197
6-8	8,0	7,2	17,0	3,9	7,2	56,7	100,0	92,0	307	56,7	309
9-11	11,7	2,0	5,8	2,1	5,3	73,2	100,0	88,3	301	51,3	305
12-17	30,8	1,0	0,9	1,6	2,0	63,7	100,0	69,2	642	51,6	667
18-23	55,9	0,0	0,7	0,3	0,9	42,2	100,0	44,1	594	32,3	727
0-3	5,1	46,4	29,5	1,2	10,5	7,3	100,0	94,9	391	22,6	393
0-5	5,4	35,8	31,5	2,7	12,4	12,3	100,0	94,6	588	29,3	590
6-9	9,3	5,8	14,5	3,5	7,3	59,6	100,0	90,7	394	56,3	397
6-11	9,8	4,6	11,4	3,0	6,2	64,9	100,0	90,2	608	54,0	614
12-15	27,8	1,5	1,4	1,8	2,0	65,6	100,0	72,2	436	53,6	450
12-23	42,9	0,5	0,8	1,0	1,5	53,4	100,0	57,1	1237	41,5	1394
20-23	62,4	0,0	0,2	0,5	0,7	36,2	100,0	37,6	393	29,5	503

Примечание: Статус грудного вскармливания относится к "24-часовому" периоду (вчера и прошлой ночью). Дети, классифицируемые как вскармливаемые грудью и потребляющие только обычную воду, не принимали никаких жидких или твердых добавок. Категории нет грудного вскармливания, исключительно грудное вскармливание, грудное вскармливание и прием обычной воды, немолочных жидкостей, другого молока и дополнительного питания (твердая или полутвердая пища) являются иерархическими и взаимоисключающими, таким образом, их процентные доли в сумме дают 100%. Таким образом, дети, получающие грудное молоко и немолочные жидкости, но не употребляющие другого молока, не принимающие дополнительное питание классифицируются в категорию немолочных жидкостей, даже если они также могут употреблять обычную воду. Любые дети, получающие дополнительное питание попадают в эту категорию до тех пор, пока их так же кормят грудью.

¹ Немолочные жидкости включают соки, сокодержательные напитки, прозрачный бульон или другие жидкости.

Показатель минимально приемлемого рациона питания используется для оценки доли детей в возрасте от 6 до 23 месяцев, которые соответствуют минимальным стандартам в отношении практики кормления детей грудного и младшего возраста (КДГМВ). В частности, дети в возрасте 6-23 месяцев, получающие минимально приемлемый рацион питания, соответствуют всем трем критериям КДГМВ приведенным ниже:

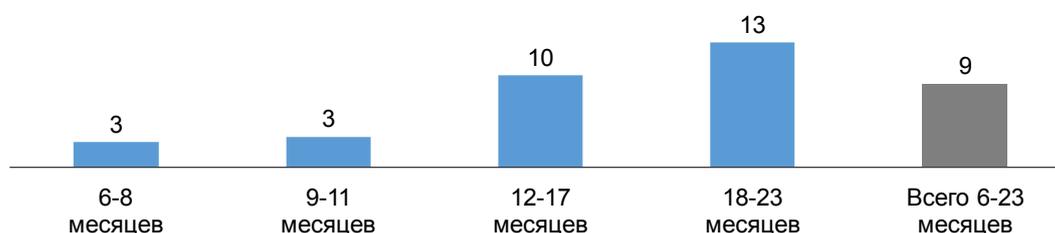
1. Грудное или не грудное вскармливание и получающие два или три кормления искусственными заменителями грудного молока коммерческого изготовления; свежего, консервированного или сухого молока; или йогурт.

2. Кормление продуктами питания из четырех или более следующих групп: (а) молочная смесь заменитель грудного молока, молоко другое чем грудное молоко, и сыр или йогурт или другие молочные продукты; (b) продукты из круп, корнеплодов и клубней, включая кашу и обогащенное детское питание на основе зерновых; (с) фрукты и овощи богатые витамином А (и красное пальмовое масло); (d) другие фрукты и овощи; (е) яйца; (f) мясо, птица, рыба и морепродукты (и мясные субпродукты); и (g) бобовые и орехи.
3. Кормят с минимально рекомендуемым числом кормлений в день, в зависимости от возраста и статуса грудного вскармливания:
 - а) Для детей на грудном вскармливании в возрасте 6-8 месяцев минимальная частота кормления состоит из приема твердой или полутвердой пищи не реже двух раз в день и не реже трех раз в день для детей в возрасте 9-23 месяцев.
 - б) Для детей, которых не кормят грудью, в возрасте от 6 до 23 месяцев, минимальная частота приема твердой или полутвердой пищи или молочного питания не менее четырех раз в день.

На Рисунке 6 показан процент детей, которых кормят минимально приемлемым рационом питания, по возрасту. В общей сложности только 9% детей в возрасте от 6 до 23 месяцев отвечают критериям минимально приемлемого рациона питания. Дети в возрасте 6-8 месяцев и 9-11 месяцев (3% каждый) гораздо реже, чем дети других возрастных групп, получают приемлемый рацион питания (10%-13%). Доля детей в возрасте 6-23 месяцев, потребляющих минимально приемлемый рацион питания, снизилась за последние 5 лет, с 20% согласно данным исследования 2012 МДИТ до 9% согласно исследованию 2017 МДИТ.

Рисунок 6 Минимально приемлемый рацион питания по возрасту в месяцах

Процент



Прием Микронутриентов среди Детей

Дефицит микронутриентов является одной из основных причин детской заболеваемости и смертности. Дети могут получать микронутриенты из пищевых продуктов, обогащенных продуктов и специальных добавок. Во время исследования 2017 МДИТ была собрана информация о потреблении продуктов, богатых витамином А и железом, получении витамина А и железосодержащих добавок в виде порошка спринклс и другие формы, а также – о состоянии дегельминтизации детей в возрасте 6-59 месяцев. Также было проведено тестирование образцов столовой соли используемой в домохозяйстве на наличие йода.

Таблица 16 представляет данные о потреблении ключевых микронутриентов среди детей в возрасте 6-59 месяцев. В таблице, в зависимости от основных характеристик, показан процент самых младших детей в возрасте 6-23 месяцев, живущих со своими матерями, которые употребляли продукты, богатые витамином А и железом, в течение дня или ночи перед проведением опроса, и среди всех детей 6-23 месяцев, процент детей которым давали микронутриентный порошок спринксл в течение 7 дней до начала исследования. Кроме того, таблица показывает доли всех детей в возрасте 6-59 месяцев, получавших витамин А или противоглистные лекарственные препараты в течение 6 месяцев, предшествовавших исследованию, а также железосодержащие добавки – в течение последних 7 дней до начала исследования. В таблице также приведены сведения о детях в возрасте 6-59 месяцев, проживающих в домохозяйствах, в которых используется йодированная соль.

Таблица 16 показывает, что более 4 из 10 детей в возрасте 6-23 месяцев, живущих со своими матерями, употребляли продукты богатые витамином А в течении 24 часов, предшествовавших исследованию (46%), а более трети (38%) употребляли продукты, богатые железом. Доля детей, употребляющих продукты, богатые витаминами А и железом, постепенно увеличивается с возрастом. В отношении употребления продуктов богатых витамином А, доля детей увеличивается с 13% детей в возрасте от 6 до 8 месяцев, до 66% детей в возрасте 18-23 месяцев. Аналогичная картина наблюдается по потреблению продуктов богатых железом, при этом потребление наиболее выражено среди детей в возрасте 18-23 месяцев (57%).

Дети, не вскармливаемые грудью, с большей вероятностью употребляют продукты богатые витамином А и железом, чем дети находящиеся на грудном вскармливании. Существенных различий в процентах детей, которые употребляли продукты, богатые витамином А или железом в течение последних 24 часов по полу не имеется. Однако дети, проживающие в городской местности, имеют большую вероятность потребления продуктов, богатых витамином А (51%), чем дети, живущие в сельской местности (45%). Образование матери, в целом, положительно связано с потреблением детьми этих продуктов, обеспечивающих важные микроэлементы.

Таблица 16 также показывает, что среди всех детей в возрасте от 6 до 23 месяцев только 17% получали микронутриентный порошок спринксл в течение 7 дней, предшествующих исследованию. Доля детей, получавших спринксл, увеличивается с возрастом. Разница между городской и сельской местностью небольшая, хотя сельским детям несколько чаще дают добавки спринксл. Дети, рожденные от матерей, не имеющих образования или имеющих только начальное образование, чаще всего получали добавки спринксл за неделю до исследования. По регионам, доля детей, которым давали спринксл, варьирует от 29% в Хатлоне до 6% в Согдийской области.

В рамках 2017 МДИТ также была собрана информация о потреблении добавок, содержащих витамин А и железо, а также об употреблении противоглистных лекарственных средств. Среди детей в возрасте от 6 до 59 месяцев, 26% детей получали железосодержащие таблетки за последние семь дней до исследования. Потребление железосодержащих добавок заметно выше в Хатлонской области на уровне 39% и самое низкое наблюдается в Согдийской области на уровне 10%.

Различия в потреблении добавок железа в зависимости от основных характеристик детей незначительны. Добавки витамина А, употреблялись гораздо чаще, чем добавки содержащие железо, 78% детей в возрасте 6-59 месяцев получили эти добавки в течение последних шести месяцев. В общем, различия в зависимости от основных характеристик, за исключением возраста были незначительны. Возраст имеет кривую взаимосвязь с потреблением добавок витамина А, увеличиваясь с 55% среди детей в возрасте от 6 до 8 месяцев достигнув пика 86% среди детей в возрасте 12-17 месяцев и оставаясь на этом уровне до возраста 24-35 месяцев, перед тем как снизиться до 64% среди детей в возрасте 48-59 месяцев.

Таблица 16 Потребление микронутриентов среди детей

Среди самых младших детей в возрасте 6-23 месяцев, проживающих со своими матерями, процент употреблявших пищу богатую витамином А и железом за последние 24 часа до исследования, среди всех детей в возрасте 6-23 месяцев, процент получающих микронутриентный порошок спринксл за последние 7 дней перед исследованием, и процент получающих железосодержащие добавки в течение 7 дней перед исследованием, и процент получающих витамин А в течение последних шести месяцев перед исследованием, и процент получающих противоглистные лекарственные средства в течение шести месяцев перед исследованием, и среди всех детей в возрасте 6-59 месяцев, проживающих в домашних хозяйствах, в которых были проведены тесты на наличие йодированной соли, процент детей, живущих в домохозяйствах с наличием йодированной соли, в зависимости от основных характеристик, Таджикистан МДИ 2017

Основная характеристика	Среди самых младших детей в возрасте 6-23 месяцев, проживающих с матерью:			Среди всех детей в возрасте 6-59 месяцев:			Среди детей в возрасте 6-59 месяцев, проживающих в домохозяйствах, где прошло тестирование соли на наличие йода:			
	Процент употреблявших пищу, богатую витамином А за последние 24 часа ¹	Процент употреблявших пищу, богатую железом за последние 24 часа ²	Число детей	Процент получавших микронутриентный порошок спринксл за последние 7 дней	Число детей	Процент получавших железосодержащие добавки за последние 7 дней ³	Процент получавших противоглистные лекарственные средства за последние 6 месяцев ^{4,5}	Число детей	Процент проживающих в домохозяйствах, где имеется йодированная соль ⁶	Число детей
Возраст в месяцах										
6-8	13,0	9,5	307	12,9	309	54,7	4,1	309	93,6	308
9-11	26,8	19,1	301	17,1	305	22,5	8,0	305	93,1	305
12-17	51,5	41,8	642	17,4	667	86,1	10,3	667	90,3	665
18-23	66,3	57,4	594	18,9	727	26,4	14,2	727	89,6	726
24-35	па	па	па	па	па	27,9	14,8	1269	90,8	1269
36-47	па	па	па	па	па	25,7	19,1	1294	90,3	1292
48-59	па	па	па	па	па	23,7	17,8	1135	90,6	1128
Пол										
Мужской	46,6	39,0	964	17,5	1040	78,3	15,3	2889	90,5	2880
Женский	45,0	36,4	881	16,9	967	77,5	14,4	2817	90,9	2811
Статус грудного вскармливания										
На грудном вскармливании	38,2	31,1	1255	17,4	1255	78,6	9,3	1360	91,4	1358
Не на грудном вскармливании	62,0	52,0	590	16,9	752	77,7	16,6	4346	90,5	4333
Возраст матери на момент рождения										
<20	45,2	33,9	117	19,3	143	77,1	14,1	476	90,1	476
20-29	46,5	38,4	1368	16,8	1495	78,3	14,9	4191	90,7	4181
30-39	43,5	36,6	354	16,9	354	76,6	15,2	988	91,3	983
40-49	*	*	15	*	16	77,5	11,0	52	86,9	52
Место жительства										
Город	50,7	38,9	354	13,5	381	72,5	10,7	1211	95,3	1203
Село	44,7	37,5	1491	18,1	1626	79,4	15,9	4494	89,5	4488
Регион/область										
Душанбе	44,1	31,7	109	15,3	118	60,2	11,0	378	97,3	376
ГБАО	59,5	43,2	27	21,4	29	30,6	11,6	93	93,0	92
Солдйская	64,2	51,8	535	6,4	564	80,0	7,8	1621	96,3	1619
РРП	37,2	30,2	434	9,4	471	72,7	22,9	1348	86,9	1344
Хатлонская	37,4	32,7	740	29,2	825	83,2	15,8	2266	87,8	2260
Районы ПВБ	36,5	31,3	418	28,7	450	83,9	15,8	1275	91,9	1271
Образование матери										
Без образования/Начальное	37,8	30,9	159	26,3	170	81,8	14,1	493	89,5	493
Общее основное	41,5	32,5	669	18,3	731	77,4	18,9	2120	87,7	2115
Общее среднее	49,0	41,2	738	16,5	798	77,8	12,3	2224	92,4	2218
Профессиональное начальное/среднее	53,5	46,4	139	9,1	155	81,3	12,1	417	92,2	415
Высшее	51,5	44,1	139	13,6	154	73,2	11,5	451	96,3	449
Квинтиль благосостояния										
Нижайший	37,3	30,9	332	14,8	363	30,1	16,0	1052	84,7	1049
Второй	44,3	36,9	402	19,8	445	79,2	15,3	1210	88,1	1210
Средний	51,2	44,0	421	21,2	456	25,3	17,1	1240	91,4	1238
Четвертый	44,4	36,2	401	15,4	434	79,7	13,5	1245	93,6	1241
Наивысший	52,0	44,4	289	13,0	310	70,6	11,8	959	95,9	953
Всего	45,8	37,8	1845	17,2	2008	77,9	14,8	5706	90,7	5691

Примечание: Звездочка обозначает цифру, основанную на менее чем 25 независимых случаях.

ПВБ = Программа Продовольствие во имя будущего (Feed the Future)

¹ Включает красный сладкий перец, тыкву, белый кабачок, морковь, темно-зеленые листовые овощи, спелые или сушеные абрикосы, сушеные персики, хурму и другие местные фрукты и овощи, богатые витамином А

² Включает мясо (в том числе субпродукты), рыбу, птицу и яйца

³ Со слов матери

⁴ Со слов матери и картошки привок (если таковы имеются)

⁵ Дегельминтизация от кишечных паразитов обычно делается в отношении глистов.

⁶ Исключает детей в домохозяйствах, где тестирование соли не проводилось.

Использование противоглистных препаратов показывает иную картину. Всего лишь 15% детей в возрасте 6-59 месяцев принимали такие препараты за последние 6 месяцев. Однако процент детей, которым проводили дегельминтизацию, варьирует в зависимости от многих характеристик. Как правило, он имеет положительную взаимосвязь с возрастом, увеличиваясь с 4% среди детей в возрасте от 6 до 8 месяцев до 19% среди детей в возрасте 36-47 месяцев. Процент потребления также варьирует в зависимости от статуса грудного вскармливания, всего 9% детей, находящихся на грудном вскармливании, принимали противоглистные препараты, против 17% детей, не находящихся на грудном вскармливании. Сельские дети чаще употребляли такие препараты, чем городские дети (16% до 11%, соответственно). Использование препаратов также сильно варьирует по регионам: от 8% в Согдийской области до 23% в регионе РПП.

В Таблице 16 также представлена информация о доле детей в возрасте 6-59 месяцев, живущих в домохозяйствах, которые используют йодированную соль. Йодированная соль, содержащая 15 частей йода на миллион соли (15 ppm), считается адекватной для профилактики йодной недостаточности (ВОЗ, 2001).

Для оценки использования йодированной соли в Таджикистане, исследование 2017 МДИТ включало тестирование соли на наличие йода в домохозяйствах, с использованием двух типов наборов МВИ, предназначенных для тестирования соли, обогащенной йодатом калия, и тестирования соли, обогащенной йодидом калия. Тестовые наборы МВИ обеспечивают качественное указание на наличие или отсутствие йода.

Для проведения теста, интервьюеры просили домохозяйство предоставить чайную ложку соли, которую домохозяйство использовало для приготовления пищи. Раствор для перепроверки теста использовался в тех случаях, когда соль не меняла цвета. Так как в Таджикистане соль обычно йодируется йодатом калия, первое тестирование проводили с использованием тестового набора МВИ для тестирования соли, обогащенной йодатом калия. Если в первом тестировании не было обнаружено наличие йода, был получен новый образец соли и протестирован с использованием набора для тестирования соли, обогащенной йодидом калия.

В таблице 16 показано, что на национальном уровне 91% детей живут в домохозяйствах, в которых используют йодированную соль: 95% в городской и 90% в сельской местности. Доля детей, живущих в домохозяйствах, использующих йодированную соль, колеблется от 87% в регионе РПП до 97% в Душанбе. Образование и благосостояние матери положительно связаны с вероятностью проживания детей в домохозяйствах, используют йодированную соль.

Потребление Йодированной Соли в Домохозяйствах

Используемая в домохозяйстве соль является наиболее распространенным объектом для обогащения пищи йодом в целях предотвращения проблем здоровья населения, связанных с йододефицитными расстройствами. В Таджикистане, в Национальной программе по ликвидации йододефицитных расстройств, разработанной в 1997 году, были сформулированы основные направления совместной деятельности правительства и донорских организаций, и требует того, чтобы соль йодировали до уровня 45 частей на миллион (ч.н.м) (ГКС 2007). Принятый в 2002 году Закон № 344 «О йодировании соли» регулирует производство, распределение и потребление йодированной соли в стране (ГКС 2007). По данным Всемирной Организации Здравоохранения, программа йодирования соли в стране считается достигнувшей хороших результатов в борьбе с йододефицитом, если йодированную соль используют 90% домохозяйств.

В Таблице 17 показана доля домохозяйств, использующих йодированную соль, в зависимости от основных характеристик. Во всех домохозяйствах было проведено тестирование образцов соли, и, в 92% протестированных домохозяйствах использовали соль, содержащее какое-либо количество йода. Хотя использование йодированной соли в целом было высоким по основным характеристикам, были некоторые заметные различия. Самый высокий процент употребления йодированной соли отмечался в Душанбе (97%), в то время как, в Хатлонской области этот процент был самым низким (87%). Также наблюдалась четкая положительная взаимосвязь между наличием йодированной соли и благосостоянием домохозяйств. Эти результаты показывают некоторые улучшения в употреблении йодированной соли за последние пять лет, с 84% домохозяйств в 2012 году до 92% в 2017 году.

Таблица 17 Наличие соли в домохозяйствах

Среди всех домохозяйств, процент домохозяйств в которых соль тестировалась на содержание йода, процент домохозяйств, имеющие соль, но тестирование не проводилось, и процент домохозяйств, в которых соль не имелась; и среди домохозяйств, в которых проведено тестирование соли, процент домохозяйств использующих йодированную соль, в зависимости от основных характеристик, Таджикистан МДИ 2017

Основная характеристика	Среди всех домохозяйств, процент				Среди домохозяйств, где тестировалась соль:	
	С проведенным тестированием соли	Имеющие соль, но тестирование соли не проводилось ¹	Не имеющих соли в домохозяйстве	Число домохозяйств	Процент использующих соль	Число домохозяйств
Место жительства						
Город	99,3	0,1	0,7	2390	95,8	2373
Село	99,6	0,1	0,3	5453	90,0	5433
Регион/область						
Душанбе	98,9	0,2	0,9	882	97,0	872
ГБАО	98,9	0,0	1,1	204	94,6	201
Согдийская	99,7	0,1	0,2	2648	96,7	2640
РРП	99,6	0,0	0,4	1654	87,5	1647
Хатлонская	99,6	0,1	0,4	2456	87,1	2446
Районы ПВБ	99,6	0,1	0,3	1313	91,0	1308
Квантиль благосостояния						
Нижайший	99,4	0,0	0,6	1550	84,8	1541
Второй	99,8	0,1	0,1	1396	90,0	1393
Средний	99,6	0,1	0,3	1397	92,4	1392
Четвертый	99,7	0,0	0,3	1467	93,5	1462
Наивысший	99,3	0,1	0,7	2034	96,5	2019
Всего	99,5	0,1	0,4	7843	91,7	7806

¹ Включает домохозяйства, в которых тестирование соли не возможно были провести по техническим или организационным причинам, включая наличие наборов для тестирования

Статус Питания Женщин

Низкий индекс массы тела (ИМТ) перед беременностью и низкий рост женщин являются известными факторами риска нежелательных исходов беременности, как для матери, так и для ребенка. В развивающихся странах, низкая масса тела матери является лидирующим фактором риска наступления смерти и болезней, которых можно избежать. Распространенность избыточной массы тела среди взрослых также является растущей проблемой. Лица с избыточным весом предрасположены к широкому спектру проблем со здоровьем, среди которых диабет и болезни сердца, а также нежелательные исходы родов среди женщин. Тем не менее, во многих странах доминирующей проблемой остается хронический энергетический дефицит питания, характеризуемый значением ИМТ ниже 18,5 среди взрослых, который приводит к низкой производительности труда и снижению сопротивляемости к болезням.

В задачу проведения 2017 МДИТ входило измерение роста и массы тела женщин в возрасте 15-49 лет. С помощью этих данных были получены два показателя состояния питания: рост и индекс массы тела (ИМТ). Учитывая соотношение между ростом и размером таза матери, данные о росте женщин можно использовать для прогнозирования риска возникновения осложнений при родах. Риск рождения ребенка с низкой массой тела также выше среди женщин с низким ростом.

Критическая отметка роста, ниже которой матери считаются подверженными риску по причине низкого роста, обычно колеблется в пределах от 140 до 150 сантиметров. ИМТ так же используется для измерения худощавости или ожирения, ИМТ определяется как масса тела в килограммах, деленная на квадрат роста в метрах ($\text{кг}/\text{м}^2$). Значение ИМТ менее 18,5 используется для определения худощавости или острого недостатка недоедания. Значение ИМТ 25 или выше обычно указывает на избыточную массу тела, но ИМТ от 30 или выше указывает на ожирение.

Таблица 18 Статус питания женщин

Среди женщин в возрасте 15-49 лет, процент женщин ниже 145 см, средний индекс массы тела (ИМТ), и процент женщин с определенным уровнем ИМТ, в зависимости от основных характеристик, Таджикистан МДИ 2017

Основная характеристика	Рост		Средний индекс массы тела (ИМТ)	Индекс массы тела ¹							Число женщин
	Процент ниже 145 см	Число женщин		18,5-24,9 (норма всего)	<18,5 (худые всего)	17,0-18,4 (слегка худые)	<17 (умерено и очень худые)	≥25,0 (избыточная масса тела или ожирение всего)	25,0-29,9 (избыточная масса тела)	≥30,0 (ожирение)	
Возраст											
15-19	1,1	1898	21,2	73,9	16,2	12,1	4,1	10,0	8,8	1,2	1813
20-29	1,3	3937	22,9	66,6	8,8	6,4	2,4	24,6	19,3	5,4	3203
30-39	1,1	2776	25,5	48,0	4,0	3,0	1,0	48,0	30,1	17,9	2612
40-49	1,0	2055	27,7	31,8	1,6	1,2	0,4	66,5	35,5	31,0	2049
Место жительства											
Город	0,9	2671	24,6	51,6	7,6	5,6	2,0	40,8	26,1	14,7	2483
Село	1,2	7993	24,2	57,0	7,3	5,4	1,9	35,8	22,8	12,9	7195
Регион/область											
Душанбе	0,3	945	24,3	54,3	6,8	5,0	1,8	38,9	28,2	10,7	888
ГБАО	0,7	208	22,9	63,8	10,8	7,8	3,0	25,4	18,9	6,5	197
Согдийская	1,4	3283	24,7	52,9	5,9	4,3	1,6	41,2	27,2	14,1	2981
РРП	1,0	2318	24,5	55,0	7,2	5,6	1,5	37,8	21,6	16,2	2075
Хатлонская	1,2	3911	23,9	58,1	8,6	6,3	2,3	33,3	21,1	12,2	3536
Районы ПВБ	1,2	2092	24,0	56,8	8,7	6,2	2,6	34,5	22,5	12,0	1888
Образование											
Без образования/ начальное	1,6	613	24,4	57,2	5,8	5,1	0,8	36,9	25,2	11,8	547
Общее основное	1,4	3601	23,9	56,9	9,1	6,9	2,2	34,0	22,4	11,6	3249
Общее среднее	1,1	4604	24,5	54,4	6,6	4,8	1,8	39,0	24,4	14,6	4200
Профессиональное начальное/среднее	0,6	858	24,7	54,6	6,2	4,6	1,7	39,2	22,5	16,7	771
Высшее	0,3	988	24,3	56,2	6,6	4,5	2,1	37,2	24,8	12,3	910
Квintиль благосостояния											
Нижайший	1,3	2092	23,8	59,3	7,6	5,6	2,0	33,0	22,0	11,0	1927
Второй	1,4	2107	23,9	58,7	7,1	5,5	1,6	34,2	23,2	11,0	1908
Средний	1,3	2103	24,2	58,6	7,3	5,3	2,0	34,1	21,2	12,9	1884
Четвертый	0,8	2158	24,8	50,1	6,9	5,1	1,8	43,0	26,1	16,9	1915
Наивысший	0,8	2205	24,7	51,5	7,8	5,7	2,0	40,8	25,6	15,1	2043
Всего	1,1	10665	24,3	55,6	7,4	5,5	1,9	37,1	23,7	13,4	9677

Примечание: Индекс массы тела (ИМТ) рассчитывается путем деления массы тела в килограммах на квадрат роста в метрах ($\text{кг}/\text{м}^2$).

ПВБ = Программа «Продовольствие во имя будущего» (Feed the Future)

¹ Не включает беременных женщин и женщин, родивших в течение предыдущих 2 месяцев

В Таблице 18 представлен анализ роста 10665 женщин в возрасте 15-49 лет, в то время как анализ ИМТ основан на данных о 9677 женщинах. В таблицу не входят женщины, относительно которых не собрано никакой информации о росте и/или массе тела, а также женщины, для которых ИМТ не рассчитывался, поскольку они были беременны или родили в предыдущие 2 месяца.

В целом, только 1% женщин попадает по росту в категорию ниже 145 см. Процентная доля женщин с ростом ниже критической отметки чуть выше среди женщин в возрасте 15-19 лет, а также - среди представительниц нижайших категорий образования и благосостояния.

Средний ИМТ для женщин в возрасте 15-49 лет составляет 23,4 (Таблица 18), который попадает в категорию нормы ИМТ. Более половины женщин в возрасте 15-49 лет имеют нормальный индекс массы тела, 7% – имеют недостаточную массу тела или худые (ИМТ менее 18,5), а 37% - страдают от избыточного веса или ожирения (ИМТ 25 или выше). В распределении ИМТ по основным

характеристикам наблюдаются очевидные отличия. Женщины в возрасте 15-19 лет чаще являются худыми или имеют недостаточную массу тела (16%) по сравнению с женщинами из других возрастных групп (2% - 9%). С другой стороны, доля женщин, имеющих избыточную массу тела, увеличивается с возрастом; почти 36% женщин в возрасте 40-49 лет имеют избыточный вес, а другие 31%—страдают ожирением. Горожанки чаще склонны к полноте или ожирению, чем сельские жительницы (41% и 36%, соответственно). По регионам, доля худых женщин меняется незначительно; однако процент женщин с избыточной массой тела или ожирением колеблется от 25% в ГБАО до 41% в Согдийском регионе. Не наблюдается четкой взаимосвязи между состоянием питания и уровнем образования женщин. Тем не менее, доля женщин, имеющих избыточную массу тела, увеличивается по мере увеличения квинтиля благосостояния домохозяйства.

По сравнению с данными 2012 МДИТ, процент небеременных женщин в возрасте 15-49 лет, считающихся худыми (ИМТ <18,5), снизился с 11% - в 2012 году до 7% - в 2017 году; немного возрос и процент женщин, имеющих избыточную массу тела или страдающих ожирением (ИМТ \geq 25), с 30% в 2012 году до 37% в 2017 году.

Разнообразие Рациона Питания Женщин

Прием достаточного количества микронутриентов важен для женщин репродуктивного возраста. Они имеют высокую потребность к некоторым микронутриентам, которые могут увеличиваться во время беременности и лактации (ВОЗ 2004). Недостаточное потребление микронутриентов может оказать неблагоприятное влияние как на самих женщин, так и на их детей.

Минимальное разнообразие рациона для женщин (МРР-Ж) – это показатель микронутриентной достаточности рациона питания, который является одним из аспектов общего качества питания (ФАО и FHI 360 2016). Минимальное разнообразие рациона питания, считается достигнутым, если женщина потребляла пищу из 5 или более групп, входящих в 10 групп продуктов питания: (1) зерновые культуры, клубнеплоды, корнеплоды, продукты с высоким содержанием крахмала, (2) бобовые; (3) орехи, семена; (4) сыр, йогурт, другие молочные продукты; (5) яйца; (6) мясо, рыба, птица; (7) темно-зеленые листовые овощи; (8) фрукты и овощи, богатые витамином А; (9) другие овощи; и (10) другие фрукты. Потребление продуктов, как минимум из 5 или более групп означает, что имеется большая вероятность употребления женщиной, хотя бы одного продукта животного происхождения и хотя бы одного вида бобовых культур или орехов/семян и продуктов питания из двух или более фруктовых или овощных групп (Мартин-Превел и др. 2015).

В рамках исследования 2017 МДИТ впервые были собраны данные среди всех женщин в возрасте 15-49 лет о продуктах и жидкостях, употребленных в течение 24 часов до начала опроса (то есть вчера днем или ночью). В Таблице 19 показано, что почти все женщины потребляли продукты из зерновых культур (99%) и большинство потребляли клубнеплоды, корнеплоды, крахмал-содержащие пищевые продукты (85%). Потребление продуктов животного происхождения среди женщин составляет 78% для мяса/рыбы и птицы; 69% для молока и молочных продуктов, включая сыр и йогурт, джургот и чакку; и менее половины женщин потребляли яйца (45%). Более одной трети женщин ели продукты из орехов и семян (39%) и менее половины женщин потребляли бобовые (45%). Потребление фруктов и овощей составляет 76% и 73%, соответственно; 60% женщин потребляли фрукты и овощи богатые витамином А; и только 19% потребляли темно-зеленые листовые овощи. Потребление несладких и жареных закусок составляет 15%, а более половины женщин потребляли сахар-содержащие продукты (62%) и напитки с содержанием сахара (53%).

В целом, 80% женщин достигли минимального разнообразия рациона питания (потребляли пищу из 5 или более групп продуктов), и у них более высокий уровень потребления микронутриентов, чем у 20% женщин, которые не достигли минимального разнообразия рациона питания (потребляли пищу из менее чем 5 групп продуктов питания). Тенденции по основным характеристикам показывают,

что процент минимального разнообразия рациона питания выше в городской (86%), чем в сельской (79%) местности. Доля женщин, достигших минимального разнообразия рациона питания, наиболее высока в Согдийской области (92%) и Душанбе (87%), а самая низкая в районах ПВБ (70%) и РРП (71%). Достижение минимального разнообразия рациона питания немного выше в домохозяйствах, состоящих только из женщин (84%), чем в домохозяйствах, где проживают и мужчины и женщины (80%). Доля женщин, достигших минимального разнообразия рациона питания, возрастает с увеличением уровня образования и квинтиля благосостояния. Напротив, доля женщин, достигших минимального разнообразия питания, уменьшается с увеличением размера домохозяйства.

Таблица 19. Разнообразие рациона питания женщин

Процент женщин в возрасте 15-49 лет, потреблявших определенную пищу и жидкости в течение 24 часов, предшествующих исследованию, процент женщин в возрасте 15-49 лет не достигших минимального разнообразия рациона питания для женщин, и процент женщин в возрасте 15-49 лет, достигших минимального разнообразия рациона питания для женщин, в зависимости от основных характеристик, Таджикистан МДИ 2017

Основная характеристика	Продукты из										Другие напитки и продукты питания ¹	Сахар-содержащие продукты ¹	Напиток с содержанием сахара	Не достигнуто минимальное разнообразие рациона для женщин ²	Достигнуто минимальное разнообразие рациона для женщин ²	Число женщин			
	Продукты, изготовленные из зерновых	Продукты из зерновых	Продукты из бобовых	Продукты из орехов и семян	Молоко, сыр, йогурт, другие молочные продукты ³	Яйца	Мясо, рыба, морепродукты, птица	Темно-зеленые листовые овощи, богатые витамином А	Фрукты и овощи, богатые витамином А ³	Прочие овощи							Прочие фрукты	Масло и жиры	Несладкие жареные закуски
Возраст																			
15-19	98,4	83,6	42,6	42,1	68,0	41,5	75,2	16,0	72,0	77,5	74,3	15,0	64,8	51,8	65,1	21,0	79,0	1911	
20-24	98,4	85,1	46,5	42,0	70,0	47,3	79,6	18,3	71,5	75,9	76,6	17,2	65,3	53,2	64,3	18,9	81,1	2031	
25-29	98,6	86,4	46,2	36,3	68,6	44,6	77,9	19,9	72,3	73,7	72,5	16,0	60,5	51,7	66,3	38,6	80,0	1921	
30-34	98,9	86,4	46,2	34,3	66,4	45,4	75,7	19,0	71,3	74,2	72,6	14,4	57,9	54,3	67,3	41,0	78,0	1551	
35-39	98,7	85,3	44,0	38,3	72,5	44,1	77,6	17,2	76,2	75,2	77,7	13,9	54,3	50,3	70,2	18,8	81,2	1240	
40-44	99,2	83,4	44,9	37,1	71,0	46,6	78,4	18,6	74,5	76,5	77,1	15,1	62,9	53,0	68,1	17,9	82,1	1068	
45-49	98,4	85,2	43,1	40,6	71,6	46,9	81,7	23,8	75,6	76,8	74,9	14,3	64,7	49,3	66,9	16,2	83,8	996	
Пол главы домохозяйства																			
Мужской	98,6	85,1	44,8	38,8	69,2	44,8	77,8	18,7	72,9	75,9	75,0	14,8	62,2	51,7	65,8	19,8	80,2	8715	
Женский	98,5	85,1	45,3	38,8	70,5	47,1	77,8	18,7	73,0	74,3	74,4	17,4	62,4	56,6	69,6	18,8	81,2	2003	
Тип домохозяйства по половому составу																			
Взрослые мужчины и женщины	98,6	85,1	45,0	38,8	69,0	44,9	77,5	18,7	72,9	75,7	75,3	15,4	62,1	52,2	66,2	19,8	80,2	10189	
Только взрослая женщина(ы)	98,6	84,3	42,9	39,0	77,4	51,5	82,6	17,3	72,9	74,9	67,6	14,1	65,1	59,5	73,4	15,6	84,4	526	
Только взрослый мужчина(ы)	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	3
Размер домохозяйства																			
Небольшой (1-5 членов)	98,8	85,6	42,7	38,7	70,1	48,4	81,1	19,7	73,5	76,9	74,4	15,5	65,8	55,1	67,7	17,5	82,5	3489	
Средний (6-10 членов)	98,7	85,3	45,0	39,0	69,1	44,6	77,5	18,8	72,6	75,3	75,2	15,1	61,7	52,4	66,3	19,8	80,2	5520	
Большой (11+ членов)	98,1	83,5	49,4	38,7	69,1	41,1	72,1	16,2	72,7	73,9	74,8	15,5	56,7	48,0	64,9	22,9	77,1	1709	
Место жительства																			
Город	97,5	84,4	45,5	40,6	72,5	51,7	85,1	21,5	72,9	76,2	71,2	18,5	66,2	55,3	68,1	13,9	86,1	2694	
Село	99,0	85,4	44,7	38,3	68,4	43,1	75,3	17,7	72,9	74,7	76,1	14,3	60,9	51,7	66,0	21,5	78,5	8024	
Регион/область																			
Душанбе	94,7	80,1	48,0	29,8	75,1	58,4	86,8	29,2	69,2	72,8	57,6	18,0	60,0	47,6	62,7	12,6	87,4	955	
ГБАО	99,3	83,9	27,6	20,5	88,9	34,6	81,3	24,5	51,9	74,0	84,0	5,1	65,4	38,9	48,5	20,9	79,1	209	
Согдийская	99,8	91,9	41,6	39,5	75,2	53,6	91,9	20,7	83,5	83,1	83,1	12,8	69,6	59,9	75,7	7,9	92,1	3292	
РРП	99,4	88,4	44,9	35,9	55,9	36,7	65,4	24,1	63,9	72,5	53,0	18,4	60,0	51,9	50,9	29,2	70,8	2342	
Хатлонская	98,1	78,8	47,9	43,8	70,2	40,8	70,9	10,8	71,5	72,0	84,8	15,4	57,8	48,8	66,6	25,2	74,8	3920	
Районы ПВД	97,8	81,4	53,6	39,1	66,8	37,0	70,4	15,8	66,6	60,9	80,1	19,8	58,6	55,6	71,9	30,5	69,5	2096	
Образование																			
Без образования/начальное	96,4	80,8	48,3	34,6	61,8	35,4	69,0	23,1	66,4	64,9	69,8	14,9	52,8	48,4	58,5	28,3	71,7	619	
Общее основное	98,3	85,5	44,1	35,3	64,6	41,9	72,9	17,7	69,3	73,1	70,9	16,2	62,2	49,8	64,1	25,0	75,0	3615	
Общее среднее	99,0	84,8	45,7	39,8	71,9	46,3	79,8	17,9	75,7	76,5	77,8	14,1	63,2	53,1	68,6	16,9	83,1	4624	
Профессиональное																			
начального/среднее	99,1	85,4	43,9	44,6	72,2	50,6	82,8	22,3	76,0	81,9	79,5	15,1	72,6	56,0	66,9	13,3	86,7	860	
Высшее	99,0	87,5	43,1	45,1	77,6	54,3	87,3	19,8	74,7	82,2	75,0	18,3	72,9	59,7	70,6	12,4	87,6	1000	
Квintиль																			
Благосостояния																			
Нижайший	99,0	85,3	43,6	32,0	68,8	38,6	62,5	16,3	71,3	69,7	77,7	9,8	50,9	48,7	61,1	29,5	72,2	2101	
Второй	98,6	85,0	46,3	36,9	68,7	38,7	71,8	15,0	59,2	73,0	75,3	11,7	57,5	49,4	65,0	23,7	76,3	2116	
Средний	99,1	84,2	47,2	41,4	67,0	46,0	79,4	19,4	71,8	76,4	72,5	17,1	65,3	50,6	67,5	18,7	81,3	2108	
Четвертый	99,3	87,0	44,3	44,3	67,0	48,9	86,1	19,3	76,3	79,5	78,2	17,2	69,1	55,7	69,4	14,8	86,2	2168	
Наивысший	97,1	84,0	43,4	39,3	74,6	53,6	88,2	23,1	71,8	79,1	70,8	20,4	68,0	58,1	69,3	13,3	86,7	2226	
Всего	98,6	85,1	44,9	38,8	69,4	45,3	77,8	18,7	72,9	75,6	74,9	15,3	62,3	52,6	66,5	19,6	80,4	10718	

Примечание: Потребление продуктов и жидкостей относится к «24-часовому» периоду (вечера и прошлой ночью). Звездочка означает, что данные основаны на менее 25 независимых случаях и не представлены.

ПВД = Программа «Продовольствие во имя будущего» (Feed the Future)

¹ Включает джурот и чаку

² Включает тыкву, морковь, сладкий перец, спелую хурму, спелые и сушеные абрикосы, сушеные персики и другие местные фрукты и овощи, богатые витамином А

³ Включает шоколад, сладости, конфеты, выпечку, пирожные, печенье

⁴ Включает последний чай и кофе, чистый бульон, спиртные напитки, соевые орехи, соевые орехи, оливки

⁵ Минимальное разнообразие рациона питания для женщин (МРП-Ж) использует десять групп продуктов для расчета минимального разнообразия. Считается, что женщины репродуктивного возраста, которые потребляют продукты из пяти или более из числа десяти групп продуктов питания, имеют рацион питания, обеспечивающий достаточное количество питательных микроэлементов, чем женщины, потребляющие продукты из менее пяти групп продуктов питания (<http://www.iaa.org/2a-16486e.pdf>)

Потребление Микронутриентов среди Матерей

Прием достаточного количества микронутриентов женщинами оказывает благотворное влияние, как на самих женщин, так и на их детей. Дети, вскармливаемые грудью, извлекают пользу от потребляемых матерями микронутриентов, особенно витамина А. Прием железосодержащих добавок/препаратов во время беременности может уменьшить вероятность возникновения анемии. Наконец, дефицит йода связан с возникновением ряда неблагоприятных исходов беременности, в том числе выкидышей и мертворождений, а также нарушений формирования головного мозга у плода и врожденных пороков развития.

В рамках исследования 2017 МДИТ была собрана информация от женщин в возрасте 15-49 лет, родивших течение пяти лет, предшествовавших исследованию, по поводу использования железосодержащих добавок во время беременности. Чтобы получить информацию о железосодержащих добавках, женщин спрашивали, давали ли им или покупали ли они железосодержащие препараты или сироп во время беременности последним ребенком. Если их ответ был утвердительным, их спрашивали, сколько дней они принимали таблетки или сироп.

Таблица 20 Употребление микронутриентов среди женщин

Среди женщин в возрасте 15-49 лет, имеющих ребенка, родившегося в течение 5 лет до исследования, процентное распределение по числу дней приема железосодержащих таблеток или сиропа во время беременности последним ребенком, процент принимавших противоглистные препараты во время беременности последним ребенком, и среди женщин в возрасте 15-49 лет имеющих ребенка, родившегося в течение 5 лет до исследования и проживающих в домохозяйствах, в которых проводились тесты на наличие йодированной соли, процент живущих в домохозяйствах с йодированной солью, в зависимости от основных характеристик, Таджикистан МДИ 2017

Основная характеристика	Среди женщин с ребенком, рожденным в течение последних 5 лет, число дней в течение которых женщины принимали железосодержащие таблетки или сироп во время беременности последним живорождением						Процент женщин, принимавших противоглистные препараты во время беременности последним живорождением	Число женщин	Среди женщин с ребенком, родившимся в течение последних 5 лет и проживающих в домохозяйствах, где тестировалась соль на наличие йода:	
	Не принимала	<60	60-89	90+	Не знает/пропущено	Всего			Процент, живущих в домохозяйствах с йодированной солью ¹	Число женщин
Возраст										
15-19	48,7	45,5	2,5	0,0	3,3	100,0	5,2	61	82,2	61
20-29	52,3	38,1	3,5	2,3	3,8	100,0	1,7	2793	90,8	2786
30-39	58,7	33,9	2,1	2,2	3,1	100,0	1,7	1354	88,7	1351
40-49	59,6	33,0	2,5	0,7	4,2	100,0	1,1	165	91,2	162
Место жительства										
Город	47,6	38,8	4,6	3,7	5,3	100,0	2,2	959	94,9	953
Село	56,5	36,2	2,5	1,8	3,0	100,0	1,5	3414	88,8	3407
Регион/область										
Душанбе	44,8	35,3	6,6	5,0	8,3	100,0	4,2	297	96,5	296
ГБАО	40,7	47,7	7,3	4,1	0,3	100,0	2,3	76	93,3	76
Согдийская	48,9	38,4	4,9	4,8	3,1	100,0	1,0	1292	96,2	1289
РРП	64,1	28,8	0,5	0,8	5,7	100,0	2,4	1037	86,1	1034
Хатлонская	55,3	40,2	2,2	0,4	1,9	100,0	1,3	1671	86,6	1665
Районы ПVB	48,4	47,3	1,4	0,5	2,4	100,0	1,2	947	91,3	942
Образование										
Без образования/начальное	61,5	33,3	1,2	1,4	2,6	100,0	1,8	342	88,1	342
Общее основное	57,6	34,1	2,3	1,7	4,3	100,0	1,5	1607	86,8	1603
Общее среднее	53,4	39,0	3,0	1,9	2,8	100,0	1,6	1726	91,9	1721
Профессиональное начальное/среднее	51,4	37,7	5,2	2,6	3,0	100,0	2,2	321	92,2	319
Высшее	42,6	40,2	5,6	6,4	5,2	100,0	2,3	378	95,8	376
Квintиль благосостояния										
Нижайший	65,7	27,8	2,3	1,3	2,8	100,0	0,6	804	83,1	802
Второй	59,4	35,3	1,8	1,2	2,4	100,0	1,8	895	88,4	895
Средний	55,8	38,7	1,5	1,9	2,0	100,0	1,7	952	90,9	950
Четвертый	47,9	40,9	3,9	2,5	4,8	100,0	1,4	946	92,5	942
Наивысший	43,8	40,2	5,8	4,2	6,0	100,0	3,0	776	95,4	772
Всего	54,5	36,8	3,0	2,2	3,5	100,0	1,7	4373	90,1	4360

ПVB = Программа «Продовольствие во имя будущего» (Feed the Future)

¹ Не включает женщин в домохозяйствах, где тестирование соли не проводилось

Таблица 20 показывает, что чуть более половины женщин (55%) не принимали никаких железосодержащих таблеток или сиропа во время беременности их последнего живорождения в течение пяти лет до проведения исследования. Кроме того, у большинства женщин, принимавших железосодержащие препараты, курс приема занял менее 60 дней (37%); только 2% женщин сказали, что они принимали железосодержащие добавки в течение 90 дней и более. Прием добавок с содержанием железа во время беременности чаще встречается среди женщин в возрасте 15-19 лет, городских жительниц и жительниц ГБАО. Кроме того, существует четкая положительная взаимосвязь между уровнем образования и благосостояния и употребления железосодержащих добавок.

Таблица 20 также показывает, что 90% женщин в возрасте 15-49 лет, родивших ребенка в течение последних пяти лет перед исследованием, проживают в домохозяйстве, где используется йодированная соль. Однако существуют значительные различия по основным характеристикам в отношении доли женщин, проживающих в домохозяйствах, где используется йодированная соль. Женщины в возрасте 15-19 лет, имеют меньшую вероятность, чем женщины постарше, проживать в домохозяйстве, использующем йодированную соль. Существует также разделение между городскими и сельскими женщинами (95% до 89%, соответственно).

Регион с самым низким процентом женщин, проживающих в домохозяйствах употребляющих йодированную соль является РРП (86%), в то время как в Душанбе этот показатель самый высокий (97%). Также наблюдается существенная положительная взаимосвязь между наличием йодированной соли в домохозяйстве и уровнем образования и благосостояния матерей. Эти цифры свидетельствуют об улучшении с 65% женщин, которые не принимали никаких железосодержащих добавок в 2012 МДИТ, по сравнению с 55% в 2017 МДИТ. Аналогичным образом, доля женщин, родивших ребенка в течение последних пяти лет, и проживающих в домохозяйстве где используется йодированная соль, увеличилась с 83% в 2012 году до 90% в 2017 году.

3.11 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АНЕМИИ СРЕДИ ДЕТЕЙ И ЖЕНЩИН

Анемия – это состояние организма человека, характеризующееся пониженной концентрацией гемоглобина. Железо является ключевым компонентом гемоглобина, а нехватка железа, по оценкам, отвечает за половину всех случаев анемии в глобальном масштабе. Другие причины анемии включают малярию, анкилостому и другие гельминты, недостаточное питание, хронические инфекции и генетические заболевания. Анемия является серьезной проблемой для детей, поскольку она может нарушить умственное развитие, привести к задержке роста и привести к увеличению случаев заболевания инфекционными болезнями. Помимо слабости, частой усталости и снижения резистентности к болезням, анемия может быть особенно серьезной проблемой для беременных женщин, что приводит к преждевременным родам и низкому весу рожденных детей.

Исследование 2017 МДИТ включает прямое измерение уровней гемоглобина с использованием системы НетоСие. Эта система состоит из фотометра, работающего на батарейках и одноразовой микрокюветой, покрытой сухим реагентом, который служит в качестве прибора для сбора крови. Для проведения теста, берется капля капиллярной крови из кончика пальца ребенка или пятки, и втягивается в микрокювету. Кровь в микрокювете анализируется при помощи фотометра, который электронным образом отображает концентрацию гемоглобина.

Тестирование гемоглобина проводилось среди детей в возрасте 6-59 месяцев. Во время полевых работ родители или опекуны немедленно получали результаты теста своего ребенка. В случаях, когда показания гемоглобина были ниже 7,0 г/дл, родителя или опекуна направляли в медицинские учреждения МЗСЗН для последующего наблюдения. Девяносто семь процентов детей, попавших в выборку, прошли тестирование на анемию (данные не показаны).

Таблица 21 показывает уровни гемоглобина среди детей 6-59 месяцев, по некоторым основным характеристикам. Распространенность анемии, основанная на концентрации гемоглобина,

поправлена на высоту проживания над уровнем моря, с использованием формул Центра по Контролю за Заболеванием (ЦКЗ 1998). Детей с концентрацией гемоглобина <7.0 г/дл классифицировали как имеющих тяжелую анемию, тех с 7.0-9.9 г/дл как имеющих умеренную анемию, а тех с 10.0-10.9 г/дл как имеющих легкую анемию. Детей с <11.0 г/дл классифицировали как имеющих анемию любой тяжести. В целом, 42% детей страдали от анемии. Двадцать четыре процента детей имели легкую анемию, 17% умеренную, а 1% тяжелую анемию. Анемия более распространена среди детей младше 24 месяцев, чем среди детей старшего возраста, причем она наиболее распространена среди детей в возрасте 12-17 месяцев (66%). Распространенность анемии варьирует в зависимости от региона: от 25% в Душанбе до 62% в ГБАО. По другим характеристикам большой разницы не имеется, однако, анемия встречается реже среди городских детей, чем среди детей из сельской местности (34% и 44%, соответственно). Кроме того, дети, проживающие в домохозяйствах наивысшего квинтиля благосостояния гораздо меньше страдали от анемии, чем дети из более низких квинтилей (31% по сравнению с 40%-45%, соответственно).

По сравнению с оценками недавних медико-демографических исследований, распространенность любой анемии среди детей в возрасте 6-59 месяцев в МДИТ 2017 года (42%) является примерно такой же, как в МДИ Кыргызской Республики 2012 года (43%), но выше чем в МДИ Армении (16% в 2015-16 году) (НСК [Кыргызстан] и др. 2013; НСС [Армения] и др. 2017).

Таблица 21 Распространенность анемии среди детей

Процент детей в возрасте 6-59 месяцев с анемией, в соответствии с основными характеристиками, Таджикистан МДИ 2017

Основная характеристика	Статус анемии по уровню гемоглобина				Число детей в возрасте 6-59 месяцев
	Любая форма анемии (<11.0 г/дл)	Легкая анемия (10.0-10.9 г/дл)	Умеренная анемия (7.0-9.9 г/дл)	Тяжелая анемия (<7.0 г/дл)	
Возраст в месяцах					
6-8	39,0	27,2	11,6	0,3	317
9-11	49,7	27,1	20,3	2,4	321
12-17	66,2	31,2	34,3	0,7	697
18-23	57,7	30,9	25,9	0,9	767
24-35	43,4	23,6	18,9	1,0	1346
36-47	33,6	22,0	11,1	0,6	1379
48-59	22,8	15,6	6,6	0,6	1209
Пол					
Мужской	43,1	24,2	17,7	1,2	3044
Женский	40,1	23,4	16,3	0,4	2992
Место жительства					
Город	33,8	20,6	11,8	1,4	1265
Село	43,7	24,7	18,4	0,6	4771
Регион/область					
Душанбе	25,4	15,3	6,4	3,6	381
ГБАО	61,8	24,2	36,2	1,4	106
Согдийская	42,2	27,0	14,7	0,4	1701
РРП	35,5	20,9	14,2	0,4	1423
Хатлонская	46,4	24,5	21,1	0,8	2424
Районы ПВБ	50,8	24,9	24,6	1,3	1362
Образование матери					
Без образования/ начальное	40,2	23,2	15,8	1,2	524
Общее основное	40,1	22,8	16,5	0,7	2209
Общее среднее	44,2	25,2	18,3	0,8	2320
Профессиональное начальное/среднее	41,4	24,9	15,1	1,3	435
Высшее	37,3	20,7	16,6	0,0	459
Квинтиль благосостояния					
Нижайший	45,3	23,6	20,3	1,4	1121
Второй	44,6	25,1	18,8	0,7	1288
Средний	45,1	25,6	18,9	0,7	1321
Четвертый	39,8	23,9	15,6	0,3	1315
Наивысший	31,2	19,9	10,3	1,0	991
Всего	41,6	23,8	17,0	0,8	6036

Примечание: Таблица составлена на основе данных по детям, которые проводили ночь в домохозяйстве перед проведением опроса, и которые были протестированы на анемию. Распространенность анемии по уровню гемоглобина, поправлена на высоту проживания над уровнем моря с использованием формул ЦКЗ (ЦКЗ, 1998). Гемоглобин в граммах на децилитр (г/дл).

ПВБ = Программа «Продовольствие во имя будущего» (Feed the Future)

В Таблице 22 представлены уровни анемии среди женщин в возрасте 15-49 лет, по некоторым основным характеристикам. Уровни анемии были классифицированы как тяжелая, умеренная и легкая на основании концентрации гемоглобина в крови в соответствии с критериями, разработанными ВОЗ (ДеМаер и др. 1989). Женщин с концентрацией гемоглобина <7.0 г/дл классифицировали как имеющих тяжелую анемию, тех с 7.0-9.9 г/дл как имеющих умеренную анемию, и небеременных женщин с 10.0-11.9 г/дл и беременных женщин с 10.0-10.9 г/дл как имеющих легкую анемию. Беременных женщин с концентрацией гемоглобина ниже 11.0 г/дл, и небеременных женщин с концентрацией гемоглобина ниже 12.0 г/дл классифицировали как имеющих анемию любой тяжести. В целом, 99% женщин в возрасте 15-49 лет были протестированы на анемию (данные не показаны). Распространенность анемии по уровню гемоглобина, поправлена на высоту проживания над уровнем моря и на курение, с использованием формул Центра по контролю за заболеваниями (ЦКЗ 1998). Беременные женщины с уровнем гемоглобина ниже 11,0 г/дл и небеременные женщины с уровнем гемоглобина ниже 12,0 г/дл были

Таблица 22 Распространенность анемии среди женщин

Процент женщин в возрасте 15-49 лет с анемией, в зависимости от основных характеристик, Таджикистан МДИ 2017

Основная характеристика	Небеременна Беременна	Статус анемии по уровню гемоглобина				Число женщин
		Любая форма анемии	Легкая	Умеренная	Тяжелая	
		<12.0 г/дл <11.0 г/дл	10.0-11.9 г/дл 10.0-10.9 г/дл	7.0-9.9 г/дл 7.0-9.9 г/дл	<7.0 г/дл <7.0 г/дл	
Возраст						
15-19		33,4	27,8	5,1	0,5	1892
20-29		43,4	34,1	8,4	0,9	3930
30-39		43,7	33,8	9,1	0,8	2768
40-49		41,3	30,1	9,7	1,6	2046
Количество живых детей						
0		34,6	28,1	5,8	0,6	3145
1		41,8	31,8	9,2	0,8	1239
2-3		45,6	35,0	9,6	1,0	3772
4-5		42,5	33,1	8,3	1,1	2025
6+		45,3	32,5	11,5	1,3	455
Статус материнства						
Беременна		42,1	22,9	18,9	0,3	792
Грудное вскармливание		46,2	37,4	8,0	0,8	1859
Ни один из двух		40,1	31,8	7,3	1,0	7986
Место жительства						
Город		39,8	31,2	7,2	1,5	2665
Село		41,8	32,5	8,6	0,7	7972
Регион/область						
Душанбе		37,9	30,0	4,8	3,2	939
ГБАО		54,9	36,7	16,6	1,6	206
Согдийская		39,9	32,1	7,2	0,5	3262
РРП		33,3	25,2	7,3	0,8	2315
Хатлонская		47,3	36,5	10,1	0,7	3915
Районы ПВБ		54,3	40,9	12,6	0,8	2095
Образование						
Без образования/ начальное		44,1	32,5	10,9	0,7	618
Общее основное		41,0	31,9	7,7	1,4	3593
Общее среднее		42,3	33,3	8,3	0,8	4586
Профессиональное начальное/среднее		39,8	31,0	8,5	0,4	855
Высшее		37,3	28,5	8,5	0,3	985
Квintиль благосостояния						
Нижайший		43,3	32,8	9,3	1,2	2089
Второй		43,0	34,0	8,4	0,6	2098
Средний		41,8	32,3	8,6	0,9	2097
Четвертый		40,4	30,8	8,6	1,0	2157
Наивысший		38,3	31,0	6,4	0,8	2195
Всего		41,3	32,1	8,3	0,9	10637

Примечание: Распространенность анемии по уровню гемоглобина, поправлена на высоту проживания над уровнем моря и курение, если известно, с использованием формул ЦКЗ (CDC, 1998)

ПВБ = Программа «Продовольствие во имя будущего» (Feed the Future)

определены как имеющие анемию. В целом, 41% женщин в Таджикистане страдают анемией. Большинство из них (32%) имеют легкую анемию, 8% умеренную, а 1% тяжелую анемию. По регионам распространенность любых форм анемии колеблется от 33% в РРП до 55% в ГБАО. Возможно имеется некоторая отрицательная взаимосвязь между благосостоянием и анемией, 43% женщин в нижайшем квинтиле благосостояния страдают анемией по сравнению с 38% женщин в наивысшем квинтиле.

По сравнению с оценками недавних медико-демографических исследований, распространенность анемии любой тяжести среди женщин 15-49 лет в Республике Таджикистан в 2017 году (41%) выше, чем среди женщин в МДИ Кыргызской Республики 2012 года (35%), и намного выше чем в МДИ Армении (13% в 2015-16 г.) (НСК [Кыргызстан] и др. 2013; НСС [Армения] и др. 2017).

3.12 Осведомленность, Знание и Поведение в отношении ВИЧ/СПИД

Знание путей сокращения масштабов передачи ВИЧ важно для борьбы с ВИЧ/СПИД. Программы профилактики ВИЧ фокусируют свои сообщения и усилия по нескольким важным аспектам поведения во избежание распространения ВИЧ-инфекции: использование презервативов и хранение верности одному неинфицированному партнеру. Чтобы определить глубину знаний о способах профилактики ВИЧ, респондентам исследования 2017 МДИТ были заданы вопросы об этих конкретных формах поведения.

Осведомленность о методах профилактики ВИЧ среди женщин в возрасте 15-49 лет представлена в Таблице 23. Результаты показывают, что в Таджикистане в целом осведомленность о ВИЧ низкая; только 38% женщин знают, что ВИЧ можно предотвратить, используя презервативы во время полового акта. Сорок три процента женщин говорят, что ограничение полового акта с одним неинфицированным половым партнером может снизить вероятность заражения ВИЧ. В целом, 36% женщин верят, что оба этих метода предохраняют от ВИЧ.

Осведомленность о методах профилактики ВИЧ/СПИД значительно ниже среди женщин в возрасте 15-19 лет, чем женщин в возрасте 20 лет и старше. Горожанки более осведомлены о практике безопасного секса, чем женщины из сельской местности. Как и ожидалось, существует положительная взаимосвязь между увеличением уровня образования и благосостояния со знанием методов профилактики ВИЧ. Учитывая, как правило, низкий уровень осведомленности о ВИЧ, неудивительно, что в Таджикистане до сих пор существуют некоторые заблуждения о передаче ВИЧ. Например, 13% женщин в возрасте 15-49 лет сообщили, что ВИЧ может передаваться через укусы комаров. Кроме того, 9% респондентов говорят, что человек может заразиться через совместный прием пищи с носителем ВИЧ-инфекции (данные не показаны). Это два наиболее распространенных заблуждения о ВИЧ в стране.

Таблица 23 Знания о способах профилактики ВИЧ

Процент женщин в возрасте 15–49 лет, которые, при ответе на побуждающие вопросы сообщили, что люди могут снизить риск заражения ВИЧ путем использования презервативов при каждом половом акте и наличия только одного сексуального партнера, который не инфицирован и не имеет других партнеров, в зависимости от основных характеристик, Таджикистан МДИ 2017

Основная характеристика	Процент женщин, которые сообщили, что риск заражения ВИЧ можно предотвратить путем:			Число женщин
	Использования презервативов ¹	Ограничивая половой акт одним неинфицированным партнером ²	Использования презервативов и ограничивая половой акт одним неинфицированным партнером ^{1,2}	
Возраст				
15-24	30,1	34,5	28,4	3942
15-19	20,1	22,9	18,5	1911
20-24	39,4	45,4	37,6	2031
25-29	38,4	43,3	35,7	1921
30-39	42,2	46,9	38,9	2791
40-49	49,3	55,8	46,9	2064
Трудоустройство за рубежом (за последние 3 года)³				
Да	50,9	56,5	46,1	364
Нет	38,0	42,9	35,6	10354
Работа за границей согласно данным замужних женщин⁴				
Респондентка сама работала за рубежом	44,8	51,0	42,6	109
Супруг работал за рубежом	40,2	44,5	37,4	2779
Оба работали за рубежом	56,9	61,0	50,4	207
Никто из супругов не работал за рубежом	43,4	48,8	41,0	4653
В настоящее время не замужем	27,5	32,4	25,6	2971
Место жительства				
Город	47,3	53,9	45,0	2694
Село	35,4	39,9	33,0	8024
Регион/область				
Душанбе	47,8	54,9	45,7	955
ГБАО	57,3	70,7	55,8	209
Согдийская	56,6	60,9	54,0	3292
РРП	19,4	26,4	17,1	2342
Хатлонская	31,2	34,5	28,7	3920
Районы ПВБ	24,0	27,3	22,5	2096
Образование				
Без образования/ начальное	19,1	21,5	17,0	619
Общее основное	25,6	29,5	23,6	3615
Общее среднее	38,6	43,6	35,9	4624
Профессиональное начальное/среднее	69,6	77,5	67,7	860
Высшее	69,1	76,9	65,7	1000
Квintиль благосостояния				
Нижайший	29,3	32,6	27,2	2101
Второй	32,2	34,7	29,4	2116
Средний	33,9	38,6	31,3	2108
Четвертый	45,6	52,1	43,2	2168
Наивысший	50,2	57,9	48,0	2226
Всего	38,4	43,4	36,0	10718

¹ Использование презервативов при каждом половом акте

² Партнер, у которого нет других партнеров

³ Трудоустройство за рубежом относится к работе за рубежом в течение последних 3 лет до проведения опроса в течение 3 или более месяцев одновременно

⁴ Информация основана на данных, представленных замужними в настоящее время женщинами о своем трудоустройстве или трудоустройстве мужа за рубежом в течение 3 или более месяцев

ПВБ = Программа «Продовольствие во имя будущего» (Feed the Future)

3.13 ВСЕОБЪЕМЛЮЩИЕ ЗНАНИЯ О ПРОФИЛАКТИКЕ ВИЧ СРЕДИ МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН

Таблица 24 показывает всеобъемлющие знания о методах профилактики ВИЧ среди молодежи в возрасте 15-24 лет. Знание о методах профилактики ВИЧ определяется как знание того, что использование презерватива и ограничение полового акта одним неинфицированным партнером являются методами профилактики ВИЧ, осведомленности о том, что человек, выглядящий здоровым может иметь ВИЧ и отрицание двух наиболее распространенных заблуждений о передаче ВИЧ: что ВИЧ может передаваться через укус комара или разделяя пищу с человеком инфицированным ВИЧ. Знание того, как передается ВИЧ, имеет важное значение для того, чтобы люди могли избежать ВИЧ-инфицирования и это особенно важно для молодых людей, которые часто подвергаются большему риску, поскольку они могут иметь более короткие отношения с большим количеством партнеров или участвовать в других рискованных видах поведения.

В Таблице 24 показано, что 14% молодых женщин имеют всеобъемлющие знания о профилактике ВИЧ. Уровень знаний о ВИЧ увеличивается с возрастом женщин, уровнем образования и благосостояния. Тем не менее, стоит отметить, что женщины с профессио-нальным начальным или средним образованием имеют большую вероятность наличия всеобъемлющих знаний о ВИЧ, чем женщины с высшим образованием (45% и 37%, соответственно). По регионам, самый высокий уровень всеобъемлющих знаний о ВИЧ обзревается в ГБАО, в то время как в РРП он самый низкий (31% и 5%, соответственно).

Информация о сексуальном поведении важна при разработке и мониторинге программ вмешательств по борьбе с распространением ВИЧ. 2017 МДИТ включало ряд вопросов о половых партнерах респондентов в течение 12 месяцев, предшествующих исследованию и в течение всей жизни. Информация также была собрана об использовании презервативов при последнем половом акте респондентки. Эти вопросы носят деликатный характер, и

Таблица 24 Всеобъемлющие знания о мерах профилактики ВИЧ среди молодых женщин

Процент молодых женщин в возрасте 15-24 лет, имеющих всеобъемлющие знания о профилактике ВИЧ, в зависимости от основных характеристик, Таджикистан МДИ 2017

Основная характеристика	Женщины в возрасте 15-24 лет	
	Процент всеобъемлющих знаний о профилактике ВИЧ ¹	Число женщин
Возраст		
15-19	9,3	1911
15-17	5,6	1134
18-19	14,8	777
20-24	18,0	2031
20-22	16,7	1254
23-24	20,0	777
Семейное положение		
Никогда не состояла в браке	11,1	2078
Имела когда-либо половой акт	*	11
Никогда не имела полового акта	11,2	2067
Состояла когда-либо в браке	16,7	1865
Трудоустройство за рубежом (за последние 3 года)²		
Да	25,3	84
Нет	13,5	3859
Работа за границей согласно данным замужних женщин³		
Респондентка сама работала за рубежом	(35,9)	26
Супруг работал за рубежом	15,8	747
Оба супругов работали за рубежом	(26,6)	36
Никто из супругов не работал за рубежом	17,0	987
В настоящее время не замужем	11,1	2145
Место жительства		
Город	16,1	925
Село	13,1	3017
Регион/область		
Душанбе	19,1	349
ГБАО	30,9	56
Согдийская	20,9	1120
РРП	4,5	903
Хатлонская	12,2	1515
Районы ПВБ	6,3	794
Образование		
Без образования/начальное	1,0	163
Общее основное	6,3	1432
Общее среднее	10,9	1697
Профессиональное начальное/среднее	45,1	315
Высшее	37,2	335
Квинтиль благосостояния		
Нижайший	9,8	699
Второй	9,9	764
Средний	9,6	803
Четвертый	18,7	868
Наивысший	19,7	808
Всего: 15-24	13,8	3942

Примечание. Звездочка обозначает цифру, основанную на менее чем 25 невзвешенных случаях и не показана. Цифры в скобках основаны на 25-49 невзвешенных случаях.

ПВБ = Программа «Продовольствие во имя будущего» (Feed the Future)

¹ Всеобъемлющие знания о профилактике ВИЧ означает знание того, что постоянное использование презервативов во время полового акта и наличие только одного неинфицированного верного партнера может снизить вероятность заражения ВИЧ, осведомленности, о том, что человек, выглядящий здоровым, может иметь ВИЧ и отрицание двух наиболее распространенных заблуждений о передаче или профилактике ВИЧ

² Трудоустройство за рубежом относится к работе за рубежом за последние 3 года до проведения исследования в течение 3 или более месяцев за раз.

³ Информация базируется на основе данных замужних женщин в настоящий момент, а также о трудоустройстве их мужа за рубежом в течение 3 или более месяцев.

имеется понимание того, что некоторые респонденты, возможно, будут колебаться о предоставлении информации о недавнем сексуальном акте. Данные для женщин не представлены, поскольку 0% женщин в возрасте 15-49 лет сообщили о наличии более одного партнера за последние 12 месяцев. Среднее количество партнеров в течение жизни среди всех женщин, которые когда-либо имели половой акт составляет 1,3.

3.14 ОХВАТ УСЛУГАМИ ТЕСТИРОВАНИЯ НА ВИЧ

Информированность о своем ВИЧ-статусе помогает ВИЧ-отрицательным людям принимать конкретные решения для снижения риска и повышения практики безопасного секса, чтобы оставаться здоровыми. ВИЧ-инфицированным людям знание об их статусе позволяет принять меры для защиты своих сексуальных партнеров, получения доступа к лечению, а также планирования свое будущего.

Для оценки уровня информированности и охвата услугами тестирования на ВИЧ, респондентов 2017 МДИТ спрашивали прошли ли они тестирование на ВИЧ. Если они проходили тест, им задавался вопрос, получили ли они результаты их последнего тестирования. Если они никогда не делали тест, им задавался вопрос, знают ли они место, куда они могли бы пойти и сделать тест.

Таблица 25 показывает, что 29% женщин знают место, где можно пройти тестирование на ВИЧ. Молодые респондентки были осведомлены меньше о местах прохождения тестирования, чем респондентки в возрасте 25 лет и старше. Респондентки, никогда не состоящие в браке, меньше других знали о месте, где они могут пройти тестирование на ВИЧ. Уровень знания о местах, где можно пройти тест на ВИЧ неуклонно увеличивается с уровнем благосостояния. Существует также положительная взаимосвязь с образованием; однако женщины с профессионально начальным или средним образованием осведомлены больше, чем женщины с высшим образованием о местах, где они могут пройти тестирование (62% до 58%).

В Таблице 25 также показан охват услугами тестирования на ВИЧ. Среди респондентов в возрасте 15-49 лет, значительная часть женщин (79%) никогда не сдавала тест на ВИЧ/СПИД. Девятнадцать процентов женщин когда-либо проходили тестирование и получали результаты своего последнего теста. Вероятность проведения теста на ВИЧ и получение результатов была самой высокой в возрастной группе 25-29 лет (28%) для респонденток, которые в настоящее время состоят в браке (24%), и среди городских женщин (26% женщин). Женщины, которые работали за рубежом в течение последних 3 лет чаще проверялись, чем те, которые не работали за рубежом (31% и 19%, соответственно). Женщины из ГБАО чаще всех проходили тестирование и получали результаты своего последнего теста (41%). Женщины из РРП менее всех сдавали тест и получали свои результаты (10%), чем женщины из других регионах. Среди женщин в возрасте 15-49 лет охват тестированием увеличивается по мере возрастания уровня образования и благосостояния.

Глядя на ситуацию с тестированием на ВИЧ за последние 12 месяцев, наблюдается аналогичная тенденция. Женщины 20-29 лет чаще, чем женщины других возрастных групп прошли тесты за последние 12 месяцев и получили свои результаты. ГБАО имеет самый высокий уровень охвата (21%), в то время как РРП - самый низкий (6%). Кроме того, взаимосвязь между охватом тестированием на ВИЧ и уровнем образования и благосостояния остается положительной. В городской местности охват по-прежнему остается более высоким, чем в сельской (от 11% до 8%), а женщины, которые работали за рубежом, также чаще тех, кто не работал за рубежом, проходят тестирование (19% против 8%).

Охват тестирования на ВИЧ немного улучшился с момента проведения 2012 МДИТ. Процент женщин, прошедших тестирование на ВИЧ и получивших свои результаты, увеличился с 13% в 2012 году до 19% в 2017 году. При этом, процент тех женщин, которые прошли тест на ВИЧ и получили свои результаты за последние 12 месяцев, увеличился с 5% до 9% в течение того же периода времени.

Таблица 25 Охват предшествующим тестированием на ВИЧ

Процент женщин в возрасте 15-49 лет, которые знают, где можно пройти тест на ВИЧ, процентное распределение женщин в возрасте 15-49 лет по статусу тестирования, а также в зависимости от того, получили ли они результаты последнего теста, процент женщин, которые когда-либо проходили тестирование и процент женщин, которые прошли тестирование в течение последних 12 месяцев и получили результаты последнего теста, в зависимости от основных характеристик, Таджикистан МДИ 2017

Основная характеристика	Процентное распределение женщин по статусу тестирования, и в зависимости от того, получили ли они результаты последнего теста				Всего	Процент когда-либо прошедших тестирование	Процент прошедших тестирование на ВИЧ в течение последних 12 месяцев и получивших результаты последнего теста	Число женщин
	Процент знающих где можно пройти тест на ВИЧ	Когда-либо прошедшие тестирование и получившие результаты	Когда-либо прошедшие тестирование но не получившие результаты	Никогда не проходили тест ¹				
Возраст								
15-24	22,3	14,4	1,2	84,4	100,0	15,6	8,8	3942
15-19	9,0	2,8	0,3	96,9	100,0	3,1	2,1	1911
20-24	34,8	25,3	2,1	72,6	100,0	27,4	15,2	2031
25-29	35,7	28,4	2,7	68,8	100,0	31,2	12,2	1921
30-39	32,7	22,6	1,8	75,6	100,0	24,4	8,0	2791
40-49	32,2	14,5	1,8	83,7	100,0	16,3	5,6	2064
Семейное положение								
Никогда не состояла в браке	10,5	2,3	0,0	97,7	100,0	2,3	1,3	2388
Имела когда-либо половой акт	16,5	4,9	0,0	95,1	100,0	4,9	0,3	48
Никогда не имела полового акта	10,4	2,2	0,0	97,8	100,0	2,2	1,3	2340
Замужем/проживает совместно	34,8	24,3	2,3	73,4	100,0	26,6	10,9	7747
Разведена/живет отдельно/вдова	32,7	19,0	1,1	79,9	100,0	20,1	7,9	583
Трудоустройство за рубежом (за последние 3 года)²								
Да	46,2	30,9	3,0	66,0	100,0	34,0	18,8	364
Нет	28,7	18,7	1,7	79,6	100,0	20,4	8,2	10354
Работа за границей согласно данным замужних женщин³								
Респондентка сама работала за рубежом	42,1	26,9	2,3	70,8	100,0	29,2	19,6	109
Супруг работал за рубежом	33,2	23,6	2,4	74,0	100,0	26,0	11,0	2779
Оба супругов работали за рубежом	50,5	35,1	3,3	61,7	100,0	38,3	20,5	207
Никто из супругов не работал за рубежом	34,9	24,2	2,2	73,6	100,0	26,4	10,2	4653
В настоящее время не замужем	14,9	5,5	0,2	94,2	100,0	5,8	2,6	2971
Место жительства								
Город	39,9	25,9	1,8	72,3	100,0	27,7	11,0	2694
Село	25,8	16,8	1,7	81,5	100,0	18,5	7,8	8024
Регион/область								
Душанбе	42,6	28,8	1,4	69,8	100,0	30,2	10,4	955
ГБАО	54,7	40,8	1,3	57,9	100,0	42,1	20,6	209
Согдийская	43,1	27,0	3,7	69,2	100,0	30,8	12,2	3292
РРП	14,1	9,9	0,7	89,4	100,0	10,6	5,6	2342
Хатлонская	22,2	14,4	0,8	84,9	100,0	15,1	6,3	3920
Районы ПВБ	20,0	13,3	0,7	86,0	100,0	14,0	5,5	2096
Образование								
Без образования/начальное	13,2	9,6	0,8	89,6	100,0	10,4	2,9	619
Общее основное	18,6	12,5	1,1	86,4	100,0	13,6	4,9	3615
Общее среднее	27,7	17,4	1,8	80,9	100,0	19,1	7,4	4624
Профессиональное начальное/среднее	61,6	40,0	4,1	56,0	100,0	44,0	22,6	860
Высшее	57,6	38,9	2,4	58,7	100,0	41,3	18,8	1000
Квинтиль благосостояния								
Нижайший	16,6	10,2	0,4	89,4	100,0	10,6	4,2	2101
Второй	21,1	12,9	1,4	85,7	100,0	14,3	5,1	2116
Средний	26,4	17,6	2,4	80,0	100,0	20,0	8,1	2108
Четвертый	36,7	24,1	2,5	73,4	100,0	26,6	12,0	2168
Наивысший	44,6	29,9	1,9	68,2	100,0	31,8	13,1	2226
Всего	29,3	19,1	1,7	79,2	100,0	20,8	8,6	10718

¹ Включает 'не знает/пропущено'

² Трудоустройство за рубежом относится к работе за рубежом в течение последних 3 лет до исследования в течение 3 или более месяцев за раз

³ Информация базируется на основе данных замужних женщин в настоящий момент, а также о трудоустройстве их мужа за рубежом в течение 3 или более месяцев.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Брэди, С. Е. К., Т. Н. Крофт, Дж. Д. Фишел, С. Ф. Вестофф. 2012. Пересмотр неудовлетворенной потребности в планировании семьи. Аналитические исследования МДИ №25. Калвертон, Мэриленд, США: ICF International.

Центры по контролю и профилактике заболеваний, 1998. «Рекомендации по предотвращению и контролю дефицита железа в Соединенных Штатах». Еженедельный отчет о заболеваемости и смертности 47 (RR-3): 1-29.

Де Броувер В и В. Ван Лерберг. 2001. Стратегии безопасного материнства: Анализ фактических данных. Исследования в организации здравоохранения и политика, № 18, ИТГ Пресс: Антверпен.

ФАО и FHI 360. 2016. *Минимальное разнообразия рациона питания для женщин: руководство по антропометрическим показателям*. Рим: ФАО.

ДеМаер и др., 1989. *Профилактика и борьба с железодефицитной анемией путем оказания первичной медицинской помощи: Руководство для руководителей систем здравоохранения и программных менеджеров*. Женева: Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ).

Международный совет по контролю за нарушениями, вызванными дефицитом йода (ICCIDD), Детский Фонд Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ) и Всемирная Организация Здравоохранения (ВОЗ). 2001. *Оценка нарушений, вызванных дефицитом йода и контроль за их ликвидацией: руководство для руководителей программ*. Женева, Швейцария: ICCIDD, ЮНИСЕФ и ВОЗ.

Мартин-Превел, И., Аллеманд, П., Висман, Д., Аримонд, М., Баллард, Т., Дейтчлер, М., Доп, МС, Кеннеди, Г., Ли, WBT и Мауси, М. 2015. *Продвижение выбора нормативного показателя для рациона питания женщин*. Рим: ФАО.

Национальная статистическая служба (НСС) [Армении], Министерство Здравоохранения (МЗ) и ICF. 2017. *Медико-Демографическое Исследование Армении 2015-16*. Роквилл, штат Мэриленд: Национальная статистическая служба, Министерство Здравоохранения, и ICF.

Национальный статистический комитет Кыргызской Республики (НСК), Министерство здравоохранения [Кыргызская Республика] и ICF International 2013. *Медико-Демографическое Исследование Кыргызской Республики 2012*. Бишкек, Кыргызская Республика и Calverton, Maryland, США: НСК, Минздрав и ICF International

Панамериканская организация здравоохранения (ПАОЗ). 2002. *Руководящие принципы по прикорму детей, находящихся на грудном вскармливании*. Вашингтон, округ Колумбия: ПАОЗ.

Рутштейн, С. О. и Г. Рохас. 2006. *Руководство по статистике МДИ*. Калвертон, Мэриленд, США: ORC Macro.

Государственный комитет по статистике (ГКС) Республики Таджикистан. 2007. *Многоцелевое выборочное исследование в Таджикистане. 2005. Заключительный отчет*. Душанбе, Таджикистан: ГКС.

Агентство по статистике при Президенте Республики Таджикистан (АС), Министерство здравоохранения [Таджикистан] и ICF International. 2013 год. *Медико-Демографическое Исследование-2012*. Душанбе, Таджикистан и Калвертон, штат Мэриленд, США; АС, МЗ и ICF International

Программа Развития Организации Объединенных Наций (ПРООН). 2007. Измерение развития человеческого потенциала: А Праймер. Нью-Йорк: ПРООН.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ). 1993. Международная классификация болезней и связанные с ней проблемы со здоровьем, десятое издание. Женева, Швейцария: ВОЗ.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ). 2003. Всемирный доклад о здоровье, 2003. Женева: ВОЗ.

Всемирная организация здравоохранения и Всемирная продовольственная организация Объединенных Наций (ВОЗ/ФАО). 2004. Потребность к витаминам и минеральным веществам в питании человека: доклад о совместной консультации экспертов ФАО/ВОЗ, Бангкок, Таиланд, 21-30 сентября 1998 года. 2-е издание. Женева, ВОЗ.

Многоцентровое исследование по разработке справочных показателей роста Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ). 2006. Нормы ВОЗ для оценки роста детей: рост/длина-к-возрасту, масса тела-к-возрасту, индекс массы тела-к-возрасту: методы и развитие. Женева, Швейцария: ВОЗ.