

Туркменистан



МЕДИКО- ДЕМОГРАФИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

2000



Министерство здравоохранения
и медицинской промышленности
Туркменистана
Научно-клинический центр охраны
здоровья матери и ребенка
им. Гурбансолтан-Эдже

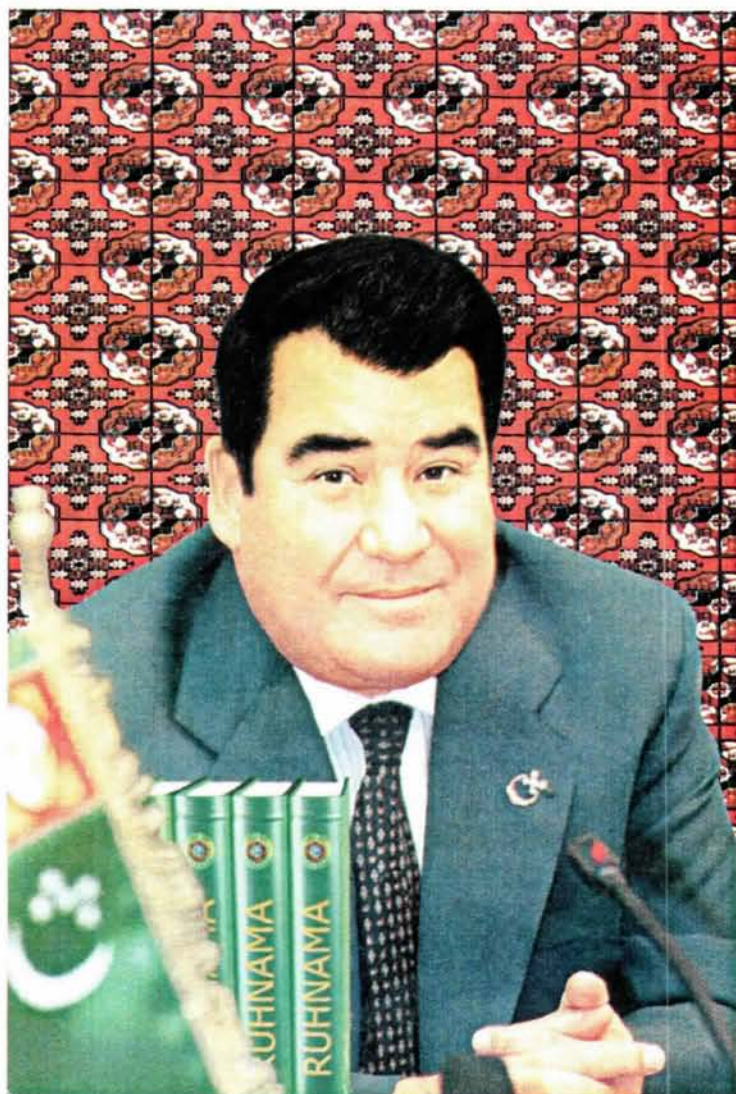


Макро
Интернэшнл
Инк.
Калвертон,
Мэрилэнд, США

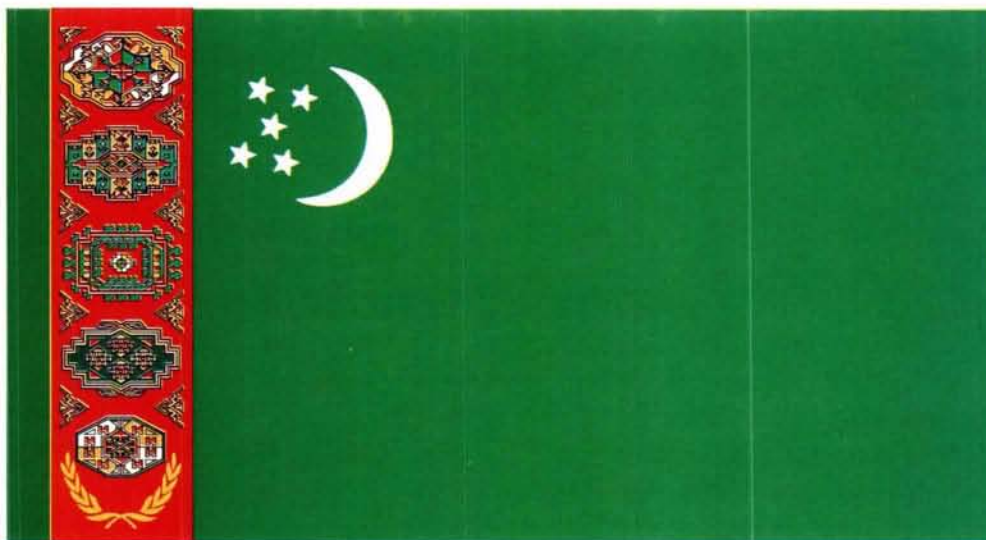


*«... Главное богатство нашего
Независимого государства
Туркменистан - это здоровье
его мужественного, мудрого
и трудолюбивого народа ... »*


**ВЕЛИКИЙ
САПАРМУРАТ ТУРКМЕНБАШИ**



**ВЕЛИКИЙ САПАРМУРАТ ТУРКМЕНБАШИ
ПЕРВЫЙ И ПОЖИЗНЕННЫЙ ПРЕЗИДЕНТ
НЕЗАВИСИМОГО И НЕЙТРАЛЬНОГО ТУРКМЕНИСТАНА**



ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ФЛАГ
НЕЗАВИСИМОГО НЕЙТРАЛЬНОГО
ТУРКМЕНИСТАНА



ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ГИМН НЕЗАВИСИМОГО НЕЙТРАЛЬНОГО ТУРКМЕНИСТАНА

*Великое создание Великого Туркменбаши,
Держава родная, суверенный край,
Туркменистан-светоч и песня души,
Вовеки веков ты живи, процветай!*


*Жизнь отдать я готов за родимый очаг,
Духом предков отважных славны сыны,
Земля моя свята. В мире реет мой
флаг-
Символ великой нейтральной страны!*

*Великое создание Великого Туркменбаши,
Держава родная, суверенный край,
Туркменистан-светоч и песня души,
Вовеки веков ты живи, процветай!*

*Един мой народ, и по силам племен
Течет предков кровь - нетленная весть,
Не страшны нам бури, невзгоды
времен,
Сохраним и умножим славу и честь!*


*Великое создание Великого Туркменбаши,
Держава родная, суверенный край,
Туркменистан-светоч и песня души,
Вовеки веков ты живи, процветай!*

*И горы, и реки, и степная краса-
Любовь и судьба, откровение мое,
За злой взгляд на тебя да ослепнут
глаза,
Родина предков и продолжение мое!*






ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ГЕРБ
НЕЗАВИСИМОГО НЕЙТРАЛЬНОГО
ТУРКМЕНИСТАНА



**СВЯЩЕННАЯ ПАТРИОТИЧЕСКАЯ
КЛЯТВА
НАРОДА ТУРКМЕНИСТАНА**

*Туркменистан,
Отчизна любимая,
край родимый мой,
и в мыслях, и сердцем
я всегда с тобой.
За малейшее зло,
причиненное тебе,
да отнимется рука моя.
За малейший навет на тебя
да обессилеет язык мой.
В час измены Родине,
Великому Сапармурату Туркменбаши,
священному стягу твоему
да прервется дыхание мое.*



МЕДИКО- ДЕМОГРАФИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ТУРКМЕНИСТАНА 2000

Научно-клинический центр охраны здоровья
матери и ребенка им. Гурбансолтан-Эдже
Министерства здравоохранения и медицинской
промышленности Туркменистана
Ашгабат, Туркменистан

Макро Интернэшнл Инк.
Калвертон, Мэрилэнд, США



Министерство здравоохранения
и медицинской промышленности
Туркменистана
Научно-клинический центр охраны
здоровья матери и ребенка
им. Гурбансолтан-Эдже



Макро
Интернэшнл
Инк.

Данная монография представляет собой обобщение результатов Программы медико-демографического исследования Туркменистана (ПМДГ) 2000 года, выполненной Научно-клиническим центром Охраны здоровья матери и ребенка имени Курбансолтан эдже Министерства Здравоохранения и медицинской промышленности Туркменистана при техническом содействии Макро Интернешнл Инк (США). Финансовая поддержка программы осуществлялась Агентством США по международному развитию.

ПМДГ является частью международной Программы медико-демографических исследований, предназначенной для получения и анализа информации о рождаемости, планировании семьи, здоровье матери и ребенка в различных странах мира. Дополнительную информацию о медико-демографическом исследовании Туркменистана можно получить в НКЦ ОЗМР им.Курбансолтан эдже МЗ и МП Туркменистана: 744000, Ашгабат, Туркменистан, ул.Баба Аннанова,28 (телефон: 3632-43-27-04; факс: 3632-43-52-51; e-mail: nkcozmr@online.tm). Кроме того, информацию о международной Программе медико-демографических исследований можно получить в отделе медико-демографических исследований, Макро Интернешнл Инк.: DHS, Macro International Inc., 11785 Beltsville Drive, Suite 300, Calverton, MD 20705, USA (telephone 301-572-0200; fax 301-572-0999; e-mail: reports@macroint.com).

Рекомендуемые ссылки:

Научно-клинический центр Охраны здоровья матери и ребенка имени Курбансолтан эдже (Туркменистан) и Macro International Inc., 2000 г. *Медико-демографическое исследование Туркменистана 2000 года*. Ашгабат, Туркменистан, Научно-клинический центр Охраны здоровья матери и ребенка имени Курбансолтан эдже и Macro International Inc.

СОДЕРЖАНИЕ

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ	V
АВТОРЫ МОНОГРАФИИ	VI
ПРЕДИСЛОВИЕ	IX
ОСНОВНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ТУРКМЕНИСТАНА 2000 ГОДА	X
КАРТА ТУРКМЕНИСТАНА	XIV
ГЛАВА 1 ТУРКМЕНИСТАН: ВВЕДЕНИЕ, ЦЕЛИ И ОРГАНИЗАЦИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ	1
<i>Б.С. Сопыев, Ч.М. Назаров</i>	
1.1 География и население	1
1.2 История	2
1.3 Экономика	2
1.4 Система здравоохранения и эпидемиологическая ситуация	3
1.5 Политика и программы охраны репродуктивного здоровья семьи	4
1.6 Система сбора медико-демографических данных в Туркменистане	5
1.7 Цели и организация исследования	5
1.7.1 Разработка и внедрение статистически репрезентивной выборки	6
1.7.2 Анкеты	6
1.7.3 Обучение и полевые работы	7
1.7.4 Обработка данных	7
1.7.5 Объем исследований	7
ГЛАВА 2 ХАРАКТЕРИСТИКА ДОМОВЛАДЕНИЙ	9
<i>Б.С. Сопыев, Кристи Фейр</i>	
2.1 Демографические характеристики домовладений	9
2.2 Состав домовладений	11
2.3 Образовательный уровень членов домовладений	12
2.3.1 Уровень посещений учебных заведений членами домовладений	12
2.3.2 Частота посещаемости учебных заведений	14
2.4 Характеристика домашнего хозяйства	15
2.4.1 Наличие бытовых средств в домовладениях	16
ГЛАВА 3 ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РЕСПОНДЕНТОВ И СТАТУС ЖЕНЩИН	17
<i>А.Ю. Хаитова, Б.А. Гаирова, Сунита Кишор</i>	
3.1 Общая характеристика респондентов	17
3.1.1 Социально-биологическая характеристика респондентов	17

3.1.2	Уровень образования респондентов	19
3.1.3	Доступность средств массовой информации	19
3.1.4	Род занятий	20
3.1.5	Занятость	23
3.1.6	Занятость и заработок	24
3.1.7	Принятие решений и использование заработанных средств	25
3.2	Положение женщин	27
3.2.1	Принятие решений по некоторым домашним ситуациям	28
ГЛАВА 4	РОЖДАЕМОСТЬ	31
	<i>Ч.М.Назаров, А.Аннамухаммедова, Кия Уинстайн</i>	
4.1	Текущая рождаемость	31
4.2	Тенденции рождаемости	35
4.3	Сведения о родившихся и живых детях	36
4.4	Межродовый интервал	36
4.5	Возраст при первых родах	38
4.6	Беременность и материнство среди женщин 15-19 лет	40
ГЛАВА 5	КОНТРАЦЕПЦИЯ	41
	<i>Ш.М.Тураева, Н.М.Бекмурадов, Кия Уинстайн</i>	
5.1	Осведомленность о методах контрацепции	41
5.2	Использование контрацепции когда-либо в прошлом	43
5.3	Использование методов контрацепции в настоящем	43
5.4	Количество детей при первом использовании контрацепции	50
5.5	Осведомленность о периоде зачатия	51
5.6	Источники средств контрацепции	51
5.7	Информированность о методах контрацепции	52
5.8	Прекращение использования контрацепции в течение 12 месяцев	52
5.9	Намерение использовать метод контрацепции	54
5.10	Причины отказа от методов контрацепции	54
5.11	Популяризация методов контрацепции в средствах массовой информации	57
5.12	Контакт респондентов, не использующих методы контрацепции, с работниками службы охраны репродуктивного здоровья семьи	60
5.13	Обсуждение супругами методов контрацепции	60
ГЛАВА 6	АБОРТЫ	62
	<i>А.С.Эзимова, А.Ю.Хайтова, Г.А.Акмурадова</i>	
6.1	Исходы беременностей	62
6.2	Индукцированные аборт в течение всей жизни респондента	63
6.3	Показатели индуцированных аборт	65
6.4	Тенденции индуцированных аборт	68
6.5	Использование методов контрацепции до проведения аборта	69
6.6	Место и методы проведения аборт	69
6.7	Отношение к аборту	70

ГЛАВА 7	ДРУГИЕ ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА РОЖДАЕМОСТЬ	72
	<i>Ч.М.Назаров, Г.К.Эзизова, Дана Шарман</i>	
7.1	Семейное положение	72
7.2	Возраст при первом браке	73
7.3	Послеродовая аменорея, абстиненция и невосприимчивость	78
7.4	Менопауза	80
ГЛАВА 8	ОТНОШЕНИЕ К ДЕТОРОЖДЕНИЮ	81
	<i>Ш.М.Тураева, Э.А.Хелленов, Г.С.Мурыкова</i>	
8.1	Отношение к рождению детей	81
8.2	Потребность в планировании семьи	85
8.3	Идеальный размер семьи	86
8.4	Желаемая и нежелательная рождаемость	87
ГЛАВА 9	МЛАДЕНЧЕСКАЯ И ДЕТСКАЯ СМЕРТНОСТЬ	89
	<i>В.Р.Чарыева, Е.Ю.Самаркина, Джеремн М. Салливан</i>	
9.1	Показатели младенческой смертности по данным МЗ и МПТ	89
9.2	Младенческая и детская смертность	90
9.3	Сравнение показателей смертности по данным МЗ и МПТ и ПМДТ	92
9.4	Социально-биологические различия младенческой и детской смертности	92
9.5	Демографические различия показателей младенческой и детской смертности	94
9.6	Показатели смертности и статус женщины	95
9.7	Перинатальная смертность	95
9.8	Рождаемость повышенного риска	96
ГЛАВА 10	ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ МАТЕРИ И РЕБЕНКУ	98
	<i>Ш.М.Тураева, А.Б.Джунелов, Н.С.Гандымова</i>	
10.1	Аntenатальная помощь	98
10.2	Содержание антенатальной помощи	99
10.3	Место проведения родов и родовспоможение	100
10.4	Характеристика родов	103
10.5	Вакцинация	105
10.6	Острая респираторная инфекция	106
10.7	Лихорадка	106
10.8	Диарея	107
ГЛАВА 11	ПИТАНИЕ МАТЕРИ И РЕБЕНКА	110
	<i>Г.Р.Джораева, Г.Е.Ходжаева, Т.Р.Тагирова</i>	
11.1	Грудное вскармливание и дополнительное питание	110
11.2	Нутрициональный статус детей	114

11.3	Статус питания женщин	118
11.4	Микроэлементы	119
ГЛАВА 12	АНЕМИЯ	122
	<i>Г.К. Каррыева, А. Магтымова, Алмаз Шарман</i>	
12.1	Обзор проблемы	122
12.2	Распространенность анемии среди женщин	122
12.3	Дополнительное введение препаратов железа в течение беременности	124
12.4	Распространенность анемии среди детей	125
ГЛАВА 13	ВИЧ/СПИД И ДРУГИЕ БОЛЕЗНИ ПЕРЕДАЮЩИЕСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ	128
	<i>Ш.М. Тураева, А.Ю. Хаитова, Джереми М. Салливан</i>	
13.1	Знания о ВИЧ/СПИДе	128
13.2	Знания о возможности предотвращения инфицирования ВИЧ ..	129
13.3	Прогнозируемые основы поведения, снижающие риск заболевания	130
13.4	Знания вопросов, связанных с ВИЧ/СПИД	131
13.5	Социальные аспекты профилактики и ухода за больным ВИЧ/СПИД	133
13.6	Возможность освещения ВИЧ/СПИД в средствах массовой информации	135
13.7	Знание признаков и симптомов болезней, передающихся половым путем	136
13.8	Сексуальное поведение	137
13.9	Знания о презервативах	138
13.10	Заключение	139
	БИБЛИОГРАФИЯ	141
	ПРИЛОЖЕНИЕ А СТАТИСТИЧЕСКАЯ ВЫБОРКА	144
	A.1 Рамки выборки	144
	A.2 Характеристика статистической выборки	144
	A.3 Осуществление выборки	145
	ПРИЛОЖЕНИЕ В ВЫЧИСЛЕНИЕ ОШИБОК ВЫБОРКИ	147
	ПРИЛОЖЕНИЕ С ТАБЛИЦЫ КАЧЕСТВА ДАННЫХ	160
	ПРИЛОЖЕНИЕ D ЛИЦА, ПРИНИМАВШИЕ УЧАСТИЕ В ПРОГРАММЕ МЕДИКО- ДЕМОГРАФИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ТУРКМЕНИСТАНА 2000	165

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

БППП	- болезни, передающиеся половым путем
ВКП	- валовый коэффициент посещаемости учебных заведений
ВИЧ	- вирус иммунодефицита человека
ВМС	- внутриматочная спираль
ВОЗ	- Всемирная Организация Здравоохранения
ГВ	- грудное вскармливание
ИМТ	- индекс массы тела
КРД	- среднее количество когда-либо родившихся детей
МЗиМПТ	- Министерство здравоохранения и медицинской промышленности Туркменистана
ОКА	- общий коэффициент абортов
ОКР	- общий коэффициент рождаемости
ОРИ	- острая респираторная инфекция
ОРТ	- орально-регидратационная терапия
ПБА	- Программа профилактики и борьбы с анемией в центрально-азиатских республиках и Казахстане
ПВКР	- повозрастные коэффициенты рождаемости
ПЕВ	- первичная единица выборки
ПМДТ	- Программа медико-демографического исследования Туркменистана
ПМС	- показатель младенческой смертности
СКА	- суммарный коэффициент абортов
СКР	- суммарный коэффициент рождаемости
СПИД	- синдром приобретенного иммунодефицита
СО	- стандартное отклонение
ЧКП	- чистый коэффициент посещаемости учебных заведений
ЧР	- число родившихся

АВТОРЫ МОНОГРАФИИ

Бердымухамедов Гурбангулы Мяликгулыевич

кандидат медицинских наук

Министр здравоохранения и медицинской промышленности Туркменистана

Заместитель председателя Кабинета Министров Туркменистана

744000, Туркменистан, Ашгабат, ул.Магтымгулы,90

Салливан Джереми М.

доктор философии, технический директор

Отдела медико-демографических исследований.

ОРС Макро Интернэшнл, США,

11785 Beltsville Drive, Calverton, MD 20785, USA

Шарман Алмаз Т.

доктор медицинских наук, медицинский координатор

Отдела медико-демографических исследований

ОРС Макро Интернэшнл, США,

профессор Университета Джоиса Хопкинса.

11785 Beltsville Drive, Calverton, MD 20785, USA.

Сопыев Бяшим Сопыевич

заместитель министра здравоохранения и медицинской промышленности Туркменистана

744000, Туркменистан. Ашгабат, ул.Магтымгулы,90

Эзизова Гульджемал Карлиевна

начальник отдела лечебно-профилактической помощи

взрослым, матерям и детям МЗ и МПТ

744000, Туркменистан, Ашгабат, ул.Магтымгулы,90

Гаирова Бике Айлиевна

главный специалист МЗ и МПТ

744000, Туркменистан, Ашгабат, ул.Магтымгулы,90

Назаров Чары Мухаммедович

кандидат медицинских наук

директор Научно-клинического центра

Охраны здоровья матери и ребенка им.Курбансолтан эдже

744012, Туркменистан, г.Ашгабат, ул.Баба Аннанова 28

Бекмурадов Нияз Мурадович

кандидат медицинских наук

заместитель директора Научно-клинического центра

Охраны здоровья матери и ребенка им.Курбансолтан эдже

744012, Туркменистан, г.Ашгабат, ул.Баба Аннанова 28.

Акмурадова Гульджемал Акмурадовна

кандидат медицинских наук

заместитель директора НКЦ ОЗМР по науке

744012, Туркменистан, г.Ашгабат, ул.Баба Аннанова 28

Мурыкова Гуля Садыковна

заместитель директора НКЦ ОЗМР по детству и родовспоможению

744012, Туркменистан, г.Ашгабат, ул.Баба Аннанова 28

Тураева Ширин Мамедовна

доктор медицинских наук, член-корр. АМНТ
руководитель отдела Репродуктологии
НКЦ ОЗМР им. Курбансолтан эдже МЗ и МПТ
744012, Туркменистан, г. Ашгабат, ул. Баба Аннанова 28

Тагирова Татьяна Раисовна

кандидат медицинских наук
ученый секретарь НКЦ ОЗМР им. Курбансолтан эдже МЗ и МПТ
744012, Туркменистан, г. Ашгабат, ул. Баба Аннанова 28

Чарыева Вера Розмамедовна

кандидат медицинских наук
заведующая научно-методического организационного отдела
НКЦ ОЗМР им. Курбансолтан эдже МЗ и МПТ
744012, Туркменистан, г. Ашгабат, ул. Баба Аннанова 28

Джунелов Атагальды Бурамбаевич

кандидат медицинских наук
руководитель отдела Педиатрии
НКЦ ОЗМР им. Курбансолтан эдже МЗ и МПТ
744012, Туркменистан, г. Ашгабат, ул. Баба Аннанова 28

Хаитова Абадан Юсуповна

заведующая отделением медико-генетического консультирования
НКЦ ОЗМР им. Курбансолтан эдже МЗ и МПТ
744012, Туркменистан, г. Ашгабат, ул. Баба Аннанова 28

Эзимова Айна Сапаровна

кандидат медицинских наук
заведующая отделением Репродуктивного здоровья семьи
НКЦ ОЗМР им. Курбансолтан эдже МЗ и МПТ
744012, Туркменистан, г. Ашгабат, ул. Баба Анианова 28

Джораева Гулярам Расуловна

кандидат медицинских наук
руководитель центра "Охраны и поддержки грудного вскармливания"
НКЦ ОЗМР им. Курбансолтан эдже МЗ и МПТ
744012, Туркменистан, г. Ашгабат, ул. Баба Аннанова 28

Кишор Сунита

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

Каррыева Гуль Каррыевна

научный сотрудник научно-методического организационного отдела
НКЦ ОЗМР им. Курбансолтан эдже МЗ и МПТ
744012, Туркменистан, г. Ашгабат, ул. Баба Аннанова 28

Гандымова Насибахон Сейитбаевна

научный сотрудник НКЦ ОЗМР им. Курбансолтан эдже МЗ и МПТ
744012, Туркменистан, г. Ашгабат, ул. Баба Аннанова 28

Уайнстайн Кия И.

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

Фейр Кристи

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

Шарман Дана

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

Самаркина Елена Юрьевна

кандидат биологических наук
менеджер медицинских программ USAID в Туркменистане
744000, Туркменистан, Ашгабат, ул.Бомако,1

Хелленов Эзиз Аннакулиеваич

доктор медицинских наук
руководитель программы ФНН ООН в Туркменистане
744000, Туркменистан, г.Ашгабат, ул.Атабаева, 40

Ходжаева Гозель Емудовна

доктор медицинских наук
национальный координатор ФНН ООН
744000, Туркменистан, г.Ашгабат, ул.Атабаева, 40

Аннамухамедова Айнабат

национальный координатор ФНН ООН
744000, Туркменистан, г.Ашгабат, ул.Атабаева, 40

Магтымова Айджемал

программный ассистент ФНН ООН
744000, Туркменистан, г.Ашгабат, ул.Атабаева, 40

ПРЕДИСЛОВИЕ

Охрана и укрепление здоровья каждого гражданина страны является приоритетной задачей Национальной Программы Президента Туркменистана Сапармурата Туркменбаши "Стратегия социально-экономических преобразований в Туркменистане на период до 2010 года". Министерство здравоохранения и медицинской промышленности направляет значительные усилия на улучшение качества и доступности медицинского обслуживания в Туркменистане. При этом особое внимание уделяется медицинскому обслуживанию женщин и детей, а также профилактической помощи и медицинскому обслуживанию на селе. Профилактическая деятельность - основополагающий принцип политики в области охраны здоровья.

Программа медико-демографического исследования Туркменистана 2000 года (ПМДТ) является первой работой, выполненной в стране на общенациональном уровне. Программа была разработана с целью получения объективной информации в области рождаемости, а также здоровья и питания женщин и детей. Эти данные важны для выяснения факторов, оказывающих влияние на репродуктивное здоровье, здоровье новорожденных и детей раннего возраста. Хочется надеяться, что результаты ПМДТ послужат ценным источником информации, необходимой для планирования в Туркменистане долгосрочных эффективных общенациональных и региональных программ в области здравоохранения.

ПМДТ выполнялась Научно-клиническим центром охраны здоровья матерей и ребенка им. Курбансолтан эдже под руководством Министерства здравоохранения и медицинской промышленности Туркменистана. Разработка статистической выборки и листинговые исследования были осуществлены Национальным институтом государственной информации и статистики. Осуществление ПМДТ финансировалось Агентством США по международному развитию (USAID) при участии Туркменского офиса Фонда Народонаселения ООН (UNFPA). Техническая помощь программе осуществлялась проектом MEASURE DHS+ Международного Консорциума ORC Macro, расположенного в Калвертоне, штат Мэриленд, США.

Мне хотелось бы выразить благодарность региональному офису USAID по Центральной Азии и миссии USAID в Туркменистане, а также Туркменскому офису UNFPA за оказанную поддержку. Я благодарен сотрудникам проекта MEASURE DHS+ за техническую помощь в выполнении данной программы. Мне также хотелось бы выразить благодарность всем исследовательским группам, принимавшим участие в ПМДТ, за качественную работу и искренние усилия в завершении намеченной программы в срок.

Гурбангулы М. Бердымухаммедов
Министр здравоохранения
и медицинской промышленности
Туркменистана

ОСНОВНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ТУРКМЕНИСТАНА 2000 ГОДА

Программа медико-демографического исследования Туркменистана 2000 года является общенациональным репрезентативным исследованием 7919 женщин репродуктивного возраста (15-49 лет). Основные полевые работы были проведены с июня по сентябрь 2000 года.

ПМДТ проведено при содействии Министерства здравоохранения и медицинской промышленности Туркменистана (МЗ и МПТ) Научно-клиническим центром Охраны здоровья матери и ребенка им. Курбансолтан эдже. Национальный институт государственной статистики и информации (Туркменмиллихасабат) сформировал выборку для настоящего исследования. Финансовую поддержку исследования обеспечило Агентство США по Международному развитию (USAID). Представительство ФНН ООН в Туркменистане содействовало координации исследования.

ПМДТ был составлен таким образом, чтобы представить руководителям программ и официальным лицам МЗ и МПТ детальную информацию о статусе здоровья женщин и детей - например, информацию по уровню обслуживания в области материнства и детства и информацию по младенческой смертности по популяционным подгруппам с учетом возраста, образования и местожительства.

Отдельная информация, представленная в исследовании, например, рождаемость и младенческая смертность, может быть найдена в других источниках. Однако, исследование дает информацию по некоторым медицинским показателям, которые ранее не были исследованы в Туркменистане (статус по анемии, нутрициональный статус женщин и детей). Таким образом, данные ПМДТ и других источников в совокупности дают более полную информацию о состоянии здоровья в Туркменистане.

ХАРАКТЕРИСТИКА РЕСПОНДЕНТОВ

Семейное положение и национальность. Большая часть респондентов представлена женщинами туркменской национальности (78 процентов). Шестьдесят процентов женщин в возрасте 15-49 лет состоят в браке, 6 процентов вдовы, разведенные и не проживающие вместе, и 32 процента никогда не были замужем. Подавляющее большинство респондентов исповедуют Ислам (93 процента).

Образование и доступность средств массовой информации. Женщины Туркменистана хорошо образованы. Семьдесят два процента имеют начально-среднее образование, 20 процентов средне-специальное и 7 процентов высшее образование. Высок доступ к средствам массовой информации: 94 процента респондентов сообщили, что смотрят телевизор регулярно.

Занятость и заработок. Женщины активно заняты в экономической деятельности. Около половины респондентов (49 процентов) работают и почти все работающие женщины (99 процентов) получают заработную плату. Большинство респондентов (77 процентов) отметили, что имеют полный или частичный контроль над своим заработком и расходами, в остальных случаях решения принимаются сообща.

РОЖДАЕМОСТЬ

Уровень рождаемости. В течение трех лет, предшествовавших исследованию (с середины 1997 до середины 2000 годов), оценка уровня рождаемости составила 24,6 родов на 1000 населения. Это выше уровня данных МЗ и МПТ, составляющих 20,3 (средняя величина ежегодного уровня за календарные годы с 1997 по 1999).

Другой показатель текущей рождаемости - это суммарный коэффициент рождаемости (СКР) СКР интерпретируется как общее количество детей, которое женщина могла бы иметь, если бы она сохранила данный по возрастной коэффициент рождаемости в течение всего репродуктивного периода. По оценке ПМДТ СКР составил 2,9 детей на одну женщину. Это значительно превышает СКР для Казахстана, за такой же период времени (2,1 ребенка на одну женщину).

СКР для городской местности (2,5 детей на одну женщину) приблизительно на одного ребенка ниже, чем в сельской местности (3,3 детей на одну женщину). Среди регионов самая низкая рождаемость отмечена в г. Ашгабате (2,1) и самая высокая в Дашогузском велаяте (3,1 детей на одну женщину).

Тенденции рождаемости. Официальные показатели уровня рождаемости за 90-е годы демонстрируют значительное снижение рождаемости. Например, с 1993 по 1997 гг. КРД снизился на 37 процентов (с 33,1 на 1000 до 21,6 на 1000). Исследование подтвердило такое быстрое снижение рождаемости, отметив снижение уровня рождаемости на 25 процентов приблизительно за такой же период времени.

Возраст при первых родах. Исследования показали, что деторождение в подростковый период нехарактерно для Туркменистана. По данным ПМДТ только 2,6 процента женщин в возрасте 15-19 лет имели роды. Более того, почти все роды в этой возрастной группе приходятся на 19 лет. Средний возраст начала деторождения в Туркменистане 23 года, что выше аналогичного показателя для Казахстана, Узбекистана и Киргизстана.

Межродовой интервал. Исследование показало, что дети, рожденные вскоре после предыдущих родов, особенно в течение 24 месяцев после предыдущих родов, имеют высокий риск заболеваемости и смертности. В Туркменистане 36 процентов вторых и последующих порядковых родов произошли при межродовом интервале менее 24 месяцев. Количество родов с межродовым интервалом менее 24 месяцев выше среди женщин в сельской местности (40 процентов) по сравнению с городскими женщинами (30 процентов).

КОНТРАЦЕПЦИЯ

Знания. Знания о методах контрацепции широко распространены в Туркменистане. Почти все замужние женщины осведомлены по крайней мере об одном методе контрацепции (99 процентов). В среднем они знают о 6 методах контрацепции. Замужние женщины всех возрастов, всех уровней образования, всех национальностей и всех регионов страны показали высокий уровень осведомленности.

Использование в прошлом. Восемьдесят девять процентов замужних женщин сообщили, что использовали методы контрацепции в какое-либо время. Как и ожидалось, женщины старших возрастов чаще использовали методы контрацепции, чем молодые женщины.

Текущее использование. Шестьдесят два процента замужних женщин используют метод контрацепции в настоящем. Пятьдесят три процента используют современный метод и 9 процентов традиционный метод; ВМС является самым распространенным используемым методом (25-39 процентов). Из традиционных методов, наиболее часто используется метод прерванного полового акта (5 процентов замужних женщин).

Как и ожидалось, использование контрацептивов возрастает с возрастом женщины и количеством живых детей, которых она имеет. Тем не менее, уровни текущего использования в зависимости от социально-биологических характеристик были сходными. Например, текущее использование методов контрацепции среди замужних женщин, проживающих в городской (62 процента) и сельской (61 процент) местности было одинаковым.

Источники приобретения. Подавляющее большинство пользователей современных методов контрацепции приобретают их в государственном секторе (96 процентов). Пятьдесят четыре процента женщин используют контрацептивные средства, предоставляемые в госпитале или Доме здоровья, 15 процентов получают их в женской консультации и 27 процентов покупают в государственных аптеках.

Предпочтения рождаемости. Из шестидесяти процентов замужних женщин 53 процента заявили, что не хотят больше иметь детей, 7 процентов являлись бесплодными или им была проведена операция стерилизации. Оставшиеся 32 процента женщин желали иметь другого ребенка и 8 процентов еще не приняли определенного решения.

Использование в будущем. Из тридцати восьми процентов замужних женщин, не использующих методы контрацепции в настоящем, около половины (47 процентов) сообщили, что намереваются использовать контрацепцию в будущем. Большинство женщин (89 процентов) отдают предпочтение использованию ВМС.

АБОРТЫ

В Туркменистане, как и в большинстве других республиках СНГ, индуцированный аборт длительное время являлся средством контроля рождаемости. Показателем текущего уровня абортотворения является суммарный коэффициент абортотворения (СКА). СКА - это показатель количества индуцированных абортов, которые женщина могла бы иметь в течение всей своей жизни, если бы она сохранила имеющийся по возрастной коэффициент на протяжении периода деторождения.

Уровень абортaв. СКА оценивает показатели текущего уровня, женщины Туркменистана имеют в среднем 0,85 абортaв в течение своей жизни. СКА выше в городской местности (1 аборт на женщину) по сравнению с сельской (0,7 абортa на женщину). Наивысший уровень абортaв отмечен в г.Ашгабате и Лебальском велаяте (1,1 и 1,2 абортa на женщину соответственно). Показатели абортaв по Туркменистану примерно в два раза ниже показателей по Кыргызстану (1,6 абортa на женщину) и Казахстану (1,4 абортa на женщину).

Отношение к абортy. Шестьдесят процентов респондентов показали неодобрительное отношение к абортy. Однако, около четверти респондентов заявили, что прибегнут к нему в случае наступления нежелательной беременности, и оставшаяся часть не знала как ответить на данный вопрос или еще не имела абортaв.

ЗДОРОВЬЕ МАТЕРИ И РЕБЕНКА

Туркменистан имеет хорошо развитую систему здравоохранения с обширной инфраструктурой. Система включает в себя госпитали, родовспомогательные учреждения, дома здоровья и женские консультации. Имеется широкая сеть соответствующих медицинских учреждений и в сельской местности.

Аntenатальная помощь. Фактически все респонденты, которые имели роды в последние пять лет (98 процентов), получили антенатальную помощь, которая была оказана врачом (81 процент) или медицинской сестрой или акушеркой (17 процентов). В целом, женщины стремились к получению ранней антенатальной помощи и продолжали получать антенатальную помощь на всем протяжении беременности. Среднее число антенатальных визитов равно десяти.

Место проведения родов. Подавляющее большинство родов (95 процентов) в Туркменистане проведены в государственных медицинских учреждениях, главным образом в госпитале (89 процентов). Почти все роды (97 процентов) проведены при участии врача (82 процента) или медицинской сестры либо акушерки (15 процентов).

Вакцинация. Данные исследования показали высокий охват вакцинацией детей в возрасте 12-23 месяцев (т.е. детей, которые должны быть полностью вакцинированы) согласно рекомендациям ВОЗ. Охват детей вакциной БЦЖ (против туберкулеза), АКДС/АДС (против дифтерии, коклюша, столбняка) полиооакциной превышает 97 процентов. Девяносто процентов детей полностью получили все рекомендуемые ВОЗ вакцины.

Грудное вскармливание. Грудное вскармливание в Туркменистане носит универсальный характер; 97 процентов детей, рожденных в течение трех лет, предшествовавших исследованию, находились на грудном вскармливании. Восемнадцать процентов детей приложены к груди в течение часа после родов и 76 процентов в течение 24 часов после родов. Средняя продолжительность грудного вскармливания довольно длительная - 18 месяцев. Средняя продолжительность исключительного грудного вскармливания короче (0,4 месяца), чем рекомендуемые ВОЗ (6 месяцев).

Среди детей, находящихся на грудном вскармливании, небольшое число начали получать дополнительное питание сразу после рождения. Только 7 процентов детей в возрасте 2-3 месяцев получали твердую пищу. Этот показатель возрастает до 43 процентов среди детей в возрасте 4-5 месяцев и достигает 90 процентов среди детей 8-9 месячного возраста.

Нутрициональный статус детей. Для детей имеются два основных показателя - это задержка роста и гипотрофия. В эталонных популяциях 2,3 процента детей имеют среднюю или тяжелую степень отставания роста и веса.

Среди детей до 5 лет 22 процента имели задержку роста и 6 процентов гипотрофию. Заслуживает внимания показатель низкорослости, имеющий региональные различия. Количество низкорослых детей в Дашогузском велаяте (27 процентов) вдвое превышает их число в г.Ашгабате (13 процентов).

ДЕТСКАЯ СМЕРТНОСТЬ

Официальный государственный учет младенческой смертности основывается на протоколах, установленных еще в Советском Союзе. По этим протоколам беременность, закончившаяся при сроке менее 27 недель гестации, расценивается как выкидыш, если плод не останется в живых в течение последующих семи дней.

В ПМДТ сбор данных осуществляли на основе международных критериев определения живорождения; к живорожденным относили всех родившихся при наличии у них любых признаков жизни, независимо от гестационного срока к моменту родов (ООН, 1999). Поэтому различия данных государственной регистрационной системы и настоящего исследования связаны с различным определением живорождения, данные исследования по младенческой смертности, как и предполагалось, превышают официальные государственные показатели.

Показатели младенческой смертности. Показатель младенческой смертности по официальным данным в течение с 1996 по 2000 годы составил 32 на 1000. По данным исследования младенческая смертность за тот же период времени составила 74 на 1000. Важно отметить, что младенческая смертность в Казахстане за приблизительно такой же период времени составила 62 на 1000.

Различия младенческой смертности. Хорошо известно, что короткие промежутки между родами (т.е. роды произошли в течение 24 месяцев после предыдущих родов) являются относительно высоким фактором риска смертности. В Туркменистане 36 процентов вторых и последующих порядковых родов, происходят в течение 24 месяцев с момента предыдущих родов. Младенческая смертность при таких родах (94 на 1000) приблизительно вдвое превышает таковую при родах с интервалом 48 месяцев и более (49 на 1000). Это наводит на мысль, что программа пропагандирования увеличения межродового интервала приведет к снижению уровня младенческой смертности.

Исследование показало значительную разницу уровней младенческой смертности между городской (60 на 1000) и сельской (80 на 1000) местностью.

АНЕМИЯ

ПМДТ первое общенациональное репрезентативное исследование анемии среди женщин и детей Туркменистана. В исследовании гемоглобин определялся в капиллярной крови.

Анемия среди женщин. Девять процентов респондентов ПМДТ страдали анемией выраженной (8 процентов) и тяжелой (1 процент) степени. Эти данные идентичны последним сведениям по Казахстану.

Следует отметить различия уровней выраженной и тяжелой степени анемии в зависимости от региона. Этот уровень был в два раза выше в Балканском и Дашогузском велаяте (12 процентов) по сравнению с г.Ашгабатом (6 процентов).

Анемия среди детей. Семнадцать процентов детей в возрасте до 5 лет страдали анемией выраженной (16 процентов) или тяжелой (1 процент) степени. Эти данные совпадают с последними аналогичными данными по Казахстану (17 процентов выраженная анемия и 1 процент тяжелая анемия).

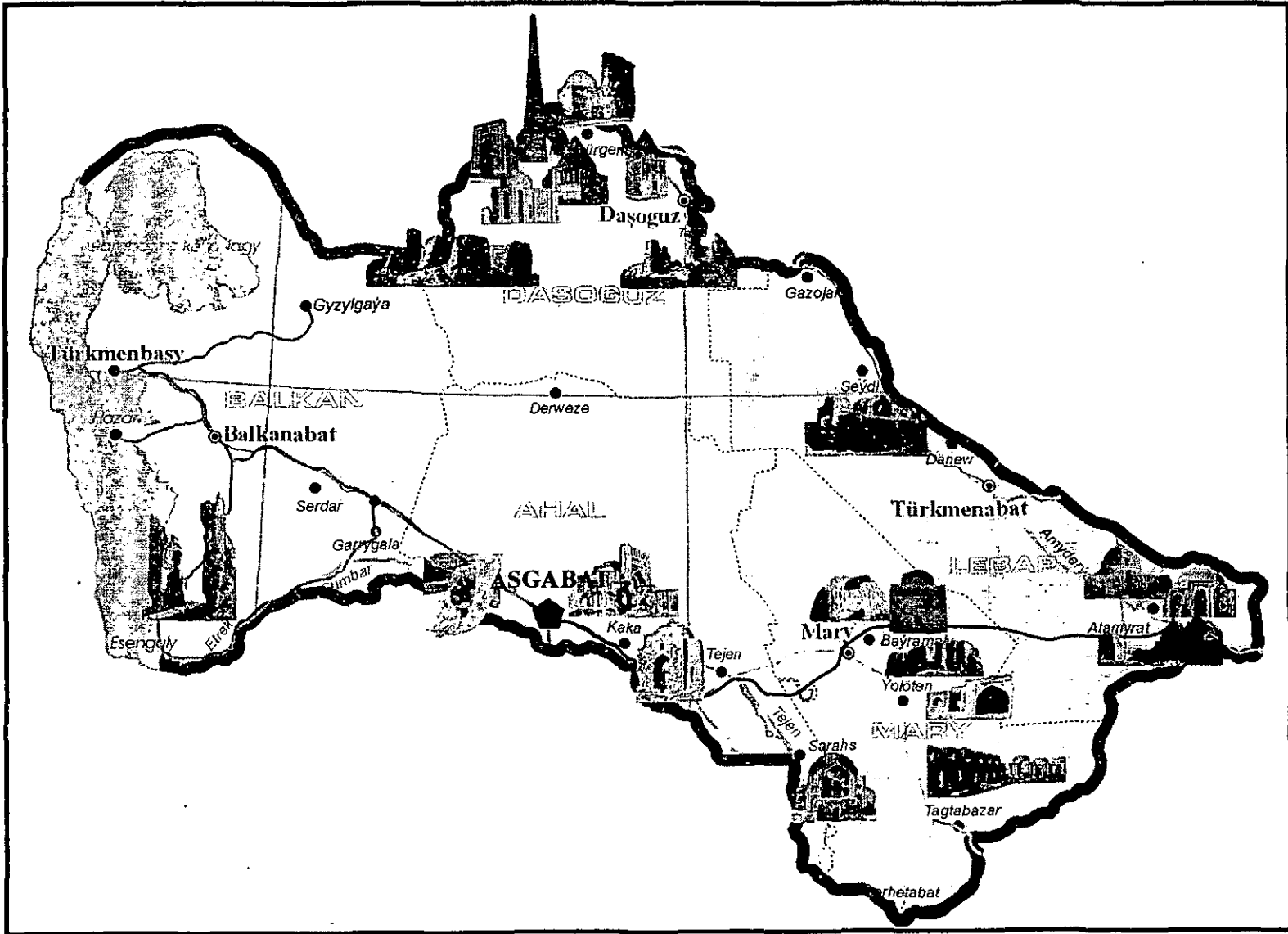
СИНДРОМ ПРИОБРЕТЕННОГО ИММУНОДЕФИЦИТА (СПИД)

По сравнению с другими странами мира, Туркменистан относительно не затронут эпидемией СПИДа. В настоящее время известно только об одном случае СПИДа и одно ВИЧ-положительное лицо в Туркменистане. Почти нет респондентов, сообщивших, что они знают в лицо инфицированного ВИЧ или кого-либо умершего от СПИДа.

Знания. Осведомленность и знания респондентов о ВИЧ/СПИДе ограничены. Семьдесят три процента респондентов сообщили, что слышали о ВИЧ/СПИДе, и только 50 процентов сообщили о том, что могут применить поведенческие приемы, которые снизят риск заражения ВИЧ/СПИДом. Ограниченность знаний о ВИЧ/СПИДе подтверждается тем фактом, что только 31 процент респондентов знают о том, что использование презервативов является поведенческим приемом, снижающим риск заражения ВИЧ/СПИДом.

Отношение к инфицированным лицам. Исследование выявило отрицательное отношение населения к лицам, инфицированным СПИД. Сравнительно низкий процент респондентов (24 процента) сообщили, что зараженное лицо имеет право сохранять эту информацию в тайне. С другой стороны, большая часть респондентов (75 процентов) считает, что инфицированному лицу не следует работать вместе с другими людьми в магазине или офисе. Приведенные факты предполагают наличие у респондентов ошибочного мнения, что они могут быть инфицированы путем бытовых контактов.

Использование средств массовой информации для повышение знаний о СПИДе. Исследование показало, что многое нужно сделать для повышения образования населения в отношении ВИЧ/СПИД. Важно отметить, что 95 процентов респондентов считают вполне допустимым получение информации о ВИЧ/СПИДе через средства массовой информации (радио, телевидение, печатные издания).



ТУРКМЕНИСТАН: ВВЕДЕНИЕ, ЦЕЛИ И ОРГАНИЗАЦИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ

1

Б.С.Сопыев, Ч.М.Назаров

1.1 География и население

Туркменистан расположен в Центральной Азии севернее гор Копетдага, между Каспийским морем на западе и рекой Аму-Дарьей на востоке. Территория Туркменистана имеет протяженность 1100 км с запада на восток и 650 км с севера на юг. Общая площадь 491,2 тыс. кв. км. Страна граничит на севере с Казахстаном, на востоке и северо-востоке – с Узбекистаном, на юге – с Ираном и на юго-востоке – с Афганистаном. Территория Туркменистана достаточно велика, однако значительную ее часть занимает пустыня Каракумы. Горы Копетдага, Малого и Большого Балкана тянутся от г. Туркменбаши до Серахса. В восточной части страны расположены горы Койтендага.

Государственный язык – туркменский, принадлежащий к тюркской языковой группе. Основное вероисповедание населения Туркменистана – суннитское течение Ислама.

Согласно данным Национального института государственной статистики и информации ("Туркменмиллихасабат") население Туркменистана на 01.01.2001 года составляет 5,2 млн. человек. Сорок пять процентов населения проживает в городах.

В настоящее время в Туркменистане происходят интенсивные социально-экономические преобразования, в результате которых меняются и медико-демографические показатели. Демографическое развитие Туркменистана характеризуется рядом особенностей. Численность населения возрастает как в городах, так и сельской местности. Увеличение численности населения объясняется, прежде всего, высоким естественным приростом.

Высокий уровень естественного прироста оказывает сильное влияние на своеобразие возрастной структуры населения. Велика среди населения Туркменистана доля детей и подростков (40,3 процентов), а также населения в трудоспособном возрасте (53,6 процентов). При этом больше всего заметны изменения полового состава – выравнивание соотношения мужчин и женщин. Женщины в составе населения занимают 50 процентов.

Высокая доля женщин, состоящих в браке, и низкий процент разводов наряду с перечисленными факторами являются определяющими показателями современной демографической ситуации в Туркменистане, одной из характерных черт которой является относительно высокий уровень рождаемости. Однако, в настоящее время проявляется устойчивая тенденция ее снижения. Характерным для Туркменистана также является сосредоточение все большей части рождений в молодых возрастах матерей, наиболее благоприятных для вынашивания плода и рождения детей.

Важнейшим компонентом воспроизводства населения, наряду с рождаемостью является смертность. Коэффициент смертности имеет тенденцию к снижению. В городской и сельской местности смертность мужчин преобладает над смертностью женщин. Вследствие этого средняя продолжительность жизни у мужчин составляет 63,4 года, женщин – 70,4 лет. В Туркменистане достаточно высок уровень замещаемости населения: на каждого одного умершего приходится 3,5 родившихся. Рождаемость в сельской местности в 1,8 раза выше, чем в городских поселениях. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении в Туркменистане составляет 66,8 лет. Безусловным достижением является стабильное увеличение продолжительности жизни за счет снижения младенческой и материнской смертности. При этом число женщин фертильного возраста за последние 5 лет увеличилось примерно на 157 тысяч человек. Репродуктивные установки у лиц молодого возраста ориентированы на малодетность. Идет интенсивный переход от расширенного воспроизводства к простому.

На воспроизводство населения, наряду с естественным движением заметное влияние оказывает миграция. В процессе формирования общего объема международной миграции, роль отдельных стран бывшего СССР неоднозначна: Российская Федерация – 65,3 процента, Узбекистан – 5,1 процента, Украина – 2,5 процента, Казахстан – 18,8 процента, Азербайджан – 1,9 процента. Миграция сельского населения в

основном осуществляется внутри государства. На ее долю из общего объема миграционных перемещений сельского населения приходится 66 процентов.

1.2 История

Туркменистан имеет уникальную историю и в геополитическом плане играет важную роль в развитии Центральной Азии. Туркмены издавна населяли территорию современного Туркменистана. Они имели разносторонние связи со странами Азии и прежде всего с соседними государствами – Ираном и Афганистаном. Примерно с X века начали развиваться русско-туркменские торговые отношения.

Как в составе России, так и в рамках бывшего СССР, Туркменистан не обладал полным суверенитетом, который позволял бы ему проводить самостоятельную внутреннюю и внешнюю политику.

Туркменистан – государство, образовавшееся в результате волеизъявления народа на проведенном 27 октября 1991 года референдуме и принятия парламентом решения о независимости.

Первые выборы Президента Туркменистана состоялись 27 октября 1990 года. После принятия новой Конституции Туркменистана 21 июня 1992 года состоялись повторные выборы Президента Туркменистана. С.А.Ниязов был единогласно избран Президентом страны.

В 1995 году 12 декабря Туркменистан получил статус постоянного нейтралитета, одобренный Генеральной Ассамблеей ООН. Это первый случай утверждения статуса постоянного нейтралитета за всю историю ООН. Статус нейтрального государства демонстрирует желание Туркменистана проводить политику невмешательства и мирного сосуществования с соседними государствами и всеми народами мира. Нейтралитет также положительно влияет на защиту прав человека внутри страны и создает условия для адекватного управления государством и удовлетворения основных потребностей человека.

1.3 Экономика

За годы независимости в Туркменистане разработана собственная модель государственного строительства, которая основана на исторических, национально-этнических и социальных чертах туркменского народа.

Модель государственного строительства в Туркменистане доказала свою высокую эффективность. Социальная защищенность населения, общедоступность благ базируются на достижениях экономики, росте валового внутреннего продукта страны.

Туркменистан обладает большими минеральными ресурсами, такими как нефть, природный газ, сульфат, соль и известняк. Страна имеет 64 процента всех нефтяных залежей в Центральной Азии и является четвертым в мире производителем природного газа.

Помимо добычи минеральных ресурсов другими составными компонентами экономики Туркменистана являются производство и экспорт хлопка-волокна, производство химикатов, машиностроение, производство строительных материалов, текстильная промышленность и ковроткачество. В импорт входят, в основном, товары производственно-технического назначения. Помимо стран СНГ главными торговыми партнерами Туркменистана являются Турция, Иран, Япония, Германия, Италия, Израиль и др.

В отношении сельского хозяйства Правительство исходит из необходимости рационального сочетания либерализации экономических отношений и государственного протекционизма. В агропромышленном комплексе приоритет отдается развитию продовольственных отраслей и интеграции деятельности производителей различного уровня по выпуску конечной продукции.

Огромное внимание уделяется в Туркменистане расширению и совершенствованию сети автомобильных и железных дорог, прокладке новых воздушных и морских путей. Это способствует развитию не только внутренних сетей, но включению их в международные линии. Постоянно пополняются новыми современными судами воздушный и морской флот страны.

В целом произошедшие структурные сдвиги в экономике способствовали формированию рыночной структуры, страны, обеспечивающей ее поступательное движение, продовольственную безопасность и

повышение уровня благосостояния населения. Так, например, в Туркменистане единственной стране в мире каждому жителю страны предоставляют бесплатный газ, воду, электроэнергию, соль, по субсидируемой цене проезд на общественном транспорте, по льготной цене - мука (детям до 16 лет, студентам, инвалидам, не работающим пенсионерам) и др.

Уровень грамотности в Туркменистане составляет 99 процентов. Система образования включает в себя дошкольные учреждения, средние школы, профессионально-технические и средние специальные учебные заведения, вузы и др.

Ранее Туркменистан развивался как региональная подсистема единого народно-хозяйственного комплекса крупной державы. Структура ее экономики складывалась на основе общесоюзного разделения труда. Обеспечение населения товарами народного потребления и продуктами питания осуществлялось централизованно. Чрезмерно централизованным было и обеспечение экономики техническими средствами производства.

Государство проводит активную политику, направленную на сохранение стабильности в экономике. Основным документом, выражающим эту политику, являлась Программа "10 лет стабильности". В 2000 году принята Национальная программа "Стратегия социально-экономических преобразований на период до 2010 года". В ней предусматриваются высокие рубежи по добыче природного газа и нефти, а также по производству хлопка. Особое место в Программе занимает концепция продовольственной независимости страны. В технологическом контексте особый упор делается на глубокую переработку топливно-энергетических, минерально-сырьевых и сельскохозяйственных ресурсов. Все это должно обеспечить высокие темпы экономического роста, что способствует человеческому развитию.

1.4 Система здравоохранения и эпидемиологическая ситуация

Главными целями стратегии развития здравоохранения и фармацевтической промышленности Туркменистана до 2010 года определены: охрана и укрепление здоровья каждого гражданина страны и достижение мирового уровня здоровья.

Высшей ценностью любого государства является здоровая нация, а главной целью государственной политики создание условий для всестороннего развития каждого человека. Для улучшения качества медицинских услуг Президентом страны в 1995 году принята Программа "Здоровье". Целью Государственной Программы является улучшение состояния здоровья населения Туркменистана в результате реформирования системы здравоохранения. Были определены приоритетные направления деятельности системы здравоохранения: охрана здоровья матери и ребенка, борьба с туберкулезом, болезнями передаваемыми половым путем и ВИЧ-инфекцией, вирусными гепатитами и сердечно-сосудистыми заболеваниями. Для решения этих проблем необходима переподготовка медицинских работников, совершенствование схем лечения, санитарного просвещения населения и гарантированное обеспечение лекарственными препаратами и медицинским оборудованием лечебно-профилактических учреждений первичного звена.

Реформы здравоохранения проводятся в области управления здравоохранением и его финансирования, в организации первичной медико-санитарной помощи, больничного обслуживания, лекарственного обеспечения, в использовании людских ресурсов, инфраструктуры, медицинской науки и законодательства.

Государственные расходы в системе здравоохранения направлены в первую очередь на обеспечение профилактических мероприятий.

Начиная с 1996 года по всей стране внедрена семейная медицина и начала действовать государственная система добровольного медицинского страхования. В настоящее время страхованием охвачено 92 процента населения Туркменистана. Страховые взносы граждан поступают в Государственный фонд развития здравоохранения, составляя его финансовую основу (около 90 процентов). За счет фонда ведется закупка жизненно важных лекарственных препаратов, реализуемых по страховым рецептам, а также вакцин и иммунопрофилактических препаратов. Во всех медицинских учреждениях стала действовать система контрактной работы. С февраля 1996 года Министерством здравоохранения и медицинской промышленности Туркменистана введено государственное лицензирование медицинской и фармацевтической деятельности.

С целью концентрации финансовых, кадровых, материально-технических ресурсов все неэффективно функционирующие, маломощные этрапские, городские, велятские и Центральные учреждения были упразднены и вместо них образованы крупные многофункциональные медицинские учреждения, которые были переименованы в госпитали. В результате чего были упразднены 1470 лечебно-профилактических учреждений и вместо них образованы сельские и городские дома здоровья, многопрофильные этрапские, городские, велятские, Центральные госпитали и госпитали матери и ребенка.

Успешно развивается система велятских многопрофильных госпиталей, объединенных с диагностическими центрами и консультативными отделениями, что позволяет устранить дублирующие профили и переместить основную часть ресурсов из стационарной помощи в первичное звено и профилактическую помощь. Число госпитализаций существенно снизилось благодаря контролю за выдачей направлений в стационары, за счет повышения уровня оказания первичной медико-санитарной помощи. За счет снижения средней продолжительности пребывания больных с 14,8 в 1995 году до 11,8 в 1999 году в стационаре удалось поднять степень использования коечного фонда. В связи с переходом на международные рекомендации расчета работы коечного фонда средняя длительность пребывания больного на койке за 10 месяцев 2000 года составила 9,1 (без долгосрочных коек).

Кадровые ресурсы в сфере здравоохранения реформируются с точки зрения количества и качества подготовки медицинского персонала. С 1995 года в рамках проведения реформы проведено сокращение штатных должностей на 20000 должностей, что составило 18,4 процента, в основном за счет вакантных должностей: врачей - на 2000 должностей, средний медицинский персонал - на 12500 должностей (бюджетные учреждения МЗ и МПТ). В настоящее время проводится третий этап реформирования, что привело к рационализации штатных должностей и их сокращению на 10000 единиц. Снижение числа медицинских работников будет способствовать повышению профессиональной квалификации и рациональному распределению кадров.

Для успешной реализации намеченных целей МЗ и МПТ и ЕВРО/ВОЗ проводит совместный проект по созданию образцовой модели сельского лечебно-профилактического учреждения (ЛПУ) первичного звена "Оба саглык меркези", "Оба саглык ойи" на базе бывшего СВА и ФАП и с использованием имеющейся базы и медицинских кадров.

Деятельность пилотных ЛПУ переориентирована на предоставление эффективной, интегрированной медико-санитарной помощи, которая сможет обеспечить комплексное решение вопросов, связанных с укреплением здоровья, охраной репродуктивного здоровья семьи, профилактикой, диагностикой и лечением заболеваний. Нарботанный в ходе внедрения проекта положительный опыт по переподготовке медицинских кадров, оснащению ЛПУ стандартным перечнем медицинского оборудования будет тиражироваться в стране.

В целях снижения детской смертности Министерство здравоохранения и медицинской промышленности Туркменистана избрало своим основным направлением профилактику и борьбу с рядом таких заболеваний, как ОРИ и ОКИ, а также ликвидацию полиомиелита. В реализации этих программ большая помощь оказывается со стороны международных организаций - ФНН ООН, ЮНИСЕФ.

В 1999 году МЗ и МПТ были приняты рекомендации "Об адаптации и внедрении материалов ВОЗ/ЮНИСЕФ по интегрированному ведению болезней детского возраста в Туркменистане". Проведено ориентационное совещание для ознакомления медицинских работников с клиническим подходом ВОЗ/ЮНИСЕФ к интегрированному ведению болезней детского возраста, определены пилотные районы. Произведен анализ детской заболеваемости и смертности по Туркменистану для предоставления экспертам ВОЗ для адаптации программы в Туркменистане.

1.5 Политика и программы охраны репродуктивного здоровья семьи

Большое внимание уделяется в государстве вопросам охраны материнства и детства.

После принятия Программы действий Каирской конференции в государстве, Министерством здравоохранения и медицинской промышленности Туркменистана совместно с ФНН ООН принят стратегический план по охране репродуктивного здоровья населения до 2005 года, согласно которому в Туркменистане разработана концепция развития службы охраны репродуктивного здоровья, определены соответствующие услуги в области охраны репродуктивного здоровья, которые позволяют благополучно пройти женщинам этап беременности и родов и предоставляют супружеским парам наилучший шанс иметь здорового ребенка. Государством дается право семье и отдельным лицам свободно принимать ответственное

решение относительно количества своих детей, соблюдения оптимальных интервалов между рождением детей и предоставляется для этого необходимая информация.

Сохранение здоровья и репродуктивной функции женщин, снижение заболеваемости и смертности является важнейшей медико-социальной проблемой. В 1998 году произведена рационализация учреждений первичного звена здравоохранения. Поликлиники реорганизованы в Дома здоровья. Женские консультации закреплены за Домами здоровья по участковому принципу. Каждая ступень оказывает определенный перечень услуг по охране репродуктивного здоровья на уровне первичного контакта с пациентом.

Созданная в Туркменистане служба охраны репродуктивного здоровья семьи не преследует цели снижения рождаемости и ограничения количества детей в семье. С учетом национальных интересов, она ориентирована на предупреждение беременности у женщин группы высокого риска с целью сохранения их жизни и на достижение оптимального интергенетического интервала.

Среди современных методов контрацепции наибольшее распространение получила внутриматочная контрацепция (20 процентов среди женщин фертильного возраста), благодаря ряду своих достоинств: надежность, удобство применения. В меньшей степени используются гормональные средства (1,3 процента) и пролонгированные инъекционные препараты (0,6 процента). Хирургические методы стерилизации освоены, но они не нашли пока своего применения. Общий процент женщин фертильного возраста, использующих контрацепцию, составляет 22 процента.

В связи с реализацией программ по охране репродуктивного здоровья отмечается заметная тенденция к снижению аборт. В структуре аборт стали превалировать мини-аборты. В настоящее время, на фоне общего снижения аборт снизались и мини-аборты. В виду доступности услуг по прерыванию беременности до 12 недель, для Туркменистана не характерны криминальные аборты, их доля в общей структуре аборт за период 1998-99гг составляет 0,4 – 0,06 процента соответственно. Доля аборт у девочек до 15 лет еще меньше - 0,1 процент – 1998 году и 0,01 процент в 1999 году.

1.6 Система сбора медико-демографических данных

В Туркменистане существует система сбора медико-демографических данных, в основе которой лежит регистрационный принцип и проведение периодической переписи населения. Сбор и анализ демографических данных является прерогативой института "Туркменмиллихасабат". Случаи рождения детей, смерти, гражданского брака регистрируются на местном административном уровне. Эти данные отправляются в "Туркменмиллихасабат" через этрапские и велаятские статистические учреждения. "Туркменмиллихасабат" ответственен за проведение Переписи населения и демографические расчеты в межпереписной период. Последняя Перепись населения в Туркменистане проводилась в 1995 году, и ее результаты опубликованы в 1996 году. "Туркменмиллихасабат" также ответственен за свод данных по стране по здравоохранению и публикацию демографических данных, социально-экономической информации.

1.7 Цели и организация исследования

Программа Медико-демографического исследования Туркменистана (ПМДТ) 2000 года – первое общенациональное исследование состояния здоровья матери и ребенка в Туркменистане. ПМДТ 2000г. была выполнена Научно-клиническим центром охраны здоровья матери и ребенка им. Курбансолтан эдже Министерства здравоохранения и медицинской промышленности Туркменистана и финансировалась Агентством США по Международному развитию (USAID). Техническая помощь была обеспечена проектом Measure DHS+ компании Макро Интернешнл Инк., США.

Цель исследования состоит в разработке для правительства Туркменистана информационной базы, которую можно использовать при планировании политик и эффективных программ в области здоровья и питания. В ПМДТ 2000г. были собраны данные об акушерском анамнезе женщины, знании и использовании ею методов контрацепции, о практике грудного вскармливания и питании детей, охвате вакцинацией и случаях заболеваний среди детей в возрасте до пяти лет. Кроме того, собиралась информация по осведомленности и отношению населения к СПИДу и другим заболеваниям, передающимся половым путем. Исследования также включали измерения уровня гемоглобина в крови для оценки распространенности анемии, а также измерения роста и веса для определения статуса питания.

ПМДТ 2000 г. является вкладом в международную базу данных в области демографии и здоровья населения.

1.7.1 Разработка и внедрение статистически репрезентативной выборки

Выборка и листинг домашних хозяйств был осуществлен институтом "Туркменмиллихасабат" при консультативной помощи Measure *DHS+* компании Макро Интернешнл Инк., США.

Репрезентативная выборка ПМДТ-2000 позволила успешно проинтервьюировать 7919 женщин в возрасте от 15 до 49 лет. По условиям выборки Туркменистан был разделен на шесть географических регионов, которые соответствовали столице и пяти велятам государства:

- (1) г. Ашгабат
- (2) Ахалский вельят
- (3) Балканский вельят
- (4) Дашогузский вельят
- (5) Лебапский вельят
- (6) Марыйский вельят

Статистическая выборка для ПМДТ-2000 была основана на первичных единицах выборки (ПЕВ), которые соответствовали отдельным выборным участкам, а также сельским и городским этрапам. ПЕВ были отобраны с равной вероятностью, пропорционально размеру, который определялся количеством населения вельятов и этрапов по данным Национального института государственной статистики и информации Туркменистана. На второй стадии, в каждой отобранной единице выборки было определено по одному кластеру, предназначенному для исследований. Крупные кластеры были сегментированы для последующего составления списков домовладений в отдельных сегментах. Таким образом, было отобрано 231 сельских и городских кластеров, в которых были статистически определены домохозяйства для последующего интервьюирования. В каждом отобранном домовладении в последующем идентифицировали женщин в возрасте 15-49 лет для индивидуального интервьюирования.

В результате произведенной статистической выборки оказалось, что каждый городской кластер в среднем был представлен 20 домохозяйствами, а каждый сельский – 30 домохозяйствами. Ожидалось, что такой отбор позволит охватить обследованием приблизительно 5600 женщин в возрасте от 15 до 49 лет; 800 женщин в каждом вельяте и г. Ашгабат (в Дашогузском вельяте предполагалось отобрать 1600 женщин). Следует отметить, что количество женщин в отдельных домохозяйствах оказалось существенно выше, чем предполагалось изначально (в основном в Дашогузском вельяте), конечное число проинтервьюированных респондентов составило 7919, то есть на 1319 больше, чем планировалось изначально. Кроме этого, по естественным причинам распределение выборки в различных регионах оказалось непропорциональным. В частности, в регионах с преобладанием сельского населения количество женщин подлежащих опросу оказалось выше. В связи с вышесказанным данные выборки были обработаны с учетом так называемого коэффициента взвешивания, который позволил нивелировать указанные эффекты.

1.7.2 Анкеты

В ПМДТ 2000 г. были использованы 2 анкеты: анкета домовладения и индивидуальная анкета женщины. Анкеты были разработаны на основе модификации стандартных анкет, принятых в программах медико-демографических исследований Measure *DHS+*, которые были адаптированы к условиям Туркменистана, благодаря консультациям со специалистами в области репродуктивного здоровья, педиатрии и питания. Первоначально анкеты были разработаны на английском языке, затем переведены на туркменский и русский. В апреле 2000 года было проведено тестирование анкет, в результате чего были введены коррективы и разработаны окончательные варианты анкет.

Анкета домовладения была предназначена для составления списков всех членов и посетителей домовладений, а также для сбора социально-экономической информации о домовладениях. Первая часть анкеты отражала информацию о возрасте, поле, уровне образования, семейном положении, а также об отношении каждого члена или посетителя к главе домовладения. Основная задача первой части анкеты домовладения состояла в получении информации, необходимой для идентификации тех женщин, которые соответствовали возрастному критерию, необходимому для проведения с ними индивидуального интервью. Во второй части анкеты домовладения вопросы касались характера жилищных условий, таких как источник

питьевой воды, тип туалета, наличие бытовых средств длительного пользования и др.

Индивидуальная анкета женщины предназначена для сбора информации о женщинах в возрасте 15-49 лет. Им заданы вопросы по следующим основным темам:

- Общая информация
- История беременности
- Исходы беременностей, антенатальная и постнатальная помощь
- Здоровье и практика питания ребенка, грудное вскармливание
- Вакцинация ребенка, случаи кишечных и респираторных заболеваний
- Знание и применение методов контрацепции
- Замужество и отношение к рождению ребенка
- Информация о муже и о работе женщины
- Знание о СПИДе и венерических заболеваниях
- Антропометрия матери и ребенка
- Определение гемоглобина в крови женщины и их детей

1.7.3 Обучение и полевые работы

Тестирование анкет ПМДТ было проведено в июне 2000 года. Восемь интервьюеров прошли недельный период обучения в НКЦ ОЗМР. После обучения была проведена серия пробных интервью, которая прошла в течение одной недели в городской местности (г.Ашгабат). В целом, было проинтервьюировано около 100 женщин. Интервьюеры, участвовавшие в тестировании анкеты, были в дальнейшем приглашены в качестве супервайзеров и редакторов для основных исследований.

В качестве персонала полевых команд ПМДТ 2000 г., то есть супервайзеров, полевых редакторов, интервьюеров и медицинских техников было набрано всего 55 человека, основную часть которых составляли врачи. Они обучались в НКЦ ОЗМР в течение трех с половиной недель в июне 2000 г. Процесс обучения состоял из лекций, работы в классах, а также учебно-игровых интервью. Обучение мед.техников, которые ответственны за антропометрические (рост и длина, вес) измерения и определения уровня гемоглобина в крови, проводилось в течении двух дней в условиях аудитории и последующих трех дней в полевых условиях.

На завершающем этапе обучения персонал полевых работ был разделен на шесть групп в соответствии с их назначением в команды исследования. Каждая команда состояла из 8 человек, включая одного супервизора, одного редактора, пяти интервьюеров и одного медтехника. Кроме того, НКЦ ОЗМР были набраны 6 полевых координаторов, которые были ответственны за обеспечение связи и координации между Центром и полевыми командами.

Персонал ПМДТ-2000 был частично сформирован из состава сотрудников НКЦ ОЗМР, а также за счет специалистов, приглашенных из различных вelayтов.

Все 6 команд начали сбор данных с 28 июня 2000 года в г.Ашгабат (в течение одной недели). С 4 июля все шесть команд направились в запланированные регионы исследования Туркменистана. Сбор данных был завершен 15 сентября 2000 года

1.7.4 Обработка данных

В процессе сбора данных заполненные интервьюерами анкеты доставлялись в НКЦ ОЗМР для их окончательного редактирования и компьютерного анализа. Персонал редактирования в офисе проверял эти анкеты для всех отобранных домовладений и респондентов, подлежащих опросу. Помимо этого, окончательное редактирование включало кодирование ряда категорий ответов, таких как характер профессий и тип железосодержащих препаратов. Компьютерный анализ данных производился при помощи статистического пакета ISSA (Integrated System for Survey Analysis) с использованием программы ввода данных, адаптированной на русский язык. Редактирование анкет в офисе, а также ввод и анализ данных были начаты 15 августа и завершены 14 октября 2000 года.

1.7.5 Объем исследований

В таблице 1 представлена информация об объеме и полноте выборки в ПМДТ 2000 г. и количестве проведенных интервью по анкете домовладения и индивидуальной анкете женщин. В целом было отобрано 6850 домовладений, из которых на момент посещения командами интервьюеров 6391 были заняты под жилье. Главной причиной такой разницы в охвате было то, что некоторые жилища, которые заняты под жилье во время листинговых работ, были либо пустыми, либо все члены домовладения во время проведения интервью продолжительное время отсутствовали. В 6303 домовладениях интервьюирование по анкете домовладения было проведено в полном объеме, т.е. полнота охвата домовладений составила 99 процентов.

Всего 8250 женщин соответствовали критериям для индивидуального интервьюирования в домовладениях (т.е. все лица женского пола в возрасте 15-49 лет, являющиеся постоянными жителями или посетительницами данного домовладения). Индивидуальное интервью было проведено полностью с 7919 женщинами, что составило 96 процентов от общего числа отобранных для исследования женщин. Основной причиной невозможности проведения интервью явилось отсутствие в доме респондента, подлежащего опросу, даже после совершения нескольких повторных визитов в домовладение.

Таблица 1.1 Результаты интервьюирования домовладений и индивидуального интервьюирования.

Количество домовладений, количество интервью и уровень ответственности. Туркменистан, 2000.

Результат	Всего
Интервьюирование домовладений	
Отобранные домовладения	6,850
Найденные домовладения	6,391
Проинтервьюированные домовладения	6,303
Уровень ответственности домовладений	
	99.0
Индивидуальное интервьюирование	
Количество женщин, подлежащих интервьюированию	8,250
Количество проинтервьюированных женщин	7,919
Уровень ответственности среди женщин, подлежащих интервьюированию	
	96.0

Общий объем охвата выборки по анкете домовладения и индивидуальной анкете составил 95 процентов.

Б.С.Сопыев, Кристи Фейр

В данной главе представлены сведения о медико-демографических и социально-экономических характеристиках домовладений и респондентов, полученных в ходе проведения Медико-демографического исследования в 2000 году. Эта информация является показателем репрезентативности и качества собранных данных.

Настоящая глава включает четыре раздела. В первый раздел входит информация о демографической характеристике жителей домовладений, их поло-возрастном составе. Во втором разделе представлена информация о размере и составе домовладений в городской и сельской местности. В третьем разделе дана информация об уровне образования членов домовладения. В следующем разделе дана характеристика домашнего хозяйства, в котором живут респонденты со своими детьми. Общая характеристика респондентов исследования - женщин в возрасте 15-49 лет рассматривается в следующей главе.

2.1 Демографические характеристики домовладений

Анкета домовладения программы Медико-демографического исследования Туркменистана, использования в 2000 году, была предназначена для изучения социально-демографической характеристики членов домовладений и посетителей, то есть тех, кто провел предшествующую ночь в данном домовладении. Членами домовладения являются лицо или группа людей, которые обычно живут и питаются вместе, ведут совместное домашнее хозяйство (де-юре население). К посетителям относились любые лица, не являющиеся членами домовладения, но которые провели в этом домовладении предшествующую перед интервью ночь.

В таблице 2.1 и на рис 2.1 представлены данные, полученные ПМДТ 2000 г., о распределении жителей домовладений по возрастным группам с 5-летним интервалом в зависимости от пола и места жительства. В целом численность фактического населения в отобранных домовладениях составила 30.830 человека. В целом по результатам исследования в Туркменистане количество женщин было несколько больше по сравнению с количеством мужчин (52 и 48 процентов соответственно). Соотношение полов варьировало в зависимости от возраста. Различия являлись наиболее выраженными между респондентами возрастной группы младше 15 лет (108 мужчин на 100 женщин) и среди возрастной группы 65 лет и старше (94 и 95 мужчин на 100 женщин).

Более трети населения (36 процентов) составили дети в возрасте до 14 лет, причем их удельный вес на селе был несколько выше по сравнению с городом (38 и 34 процентов соответственно). Начиная с возрастной группы 10-14 лет, наблюдалось постепенное снижение удельного возраста последующих групп. Относительно низкий уровень мужского и женского населения в возрастной группе 55-59 лет является отражением низкого уровня рождаемости во время Второй мировой войны (т.е. в период от 55 до 60 лет до проведения ПМДТ 2000 года). Женщины в возрасте 15-49 лет, которые были основными респондентами фактически составили половину членов домовладения (51 процент).

Следует отметить, что возрастная группа 15-64 года составляет 59 процентов всего населения Туркменистана, возрастная группа 65 лет и старше – 5 процентов населения. Отличительной чертой является то, что процент иждивенцев (лиц в возрасте младше 15 лет или старше 65 лет) выше в сельских регионах (43 процента), чем в городских (39 процентов). Это можно объяснить в первую очередь, тем что средний размер семьи в сельской популяции больше. Возможно, имеет значение и сельско-городская миграция экономически активного населения в возрасте 15-65 лет, особенно молодежи, в поисках работы.

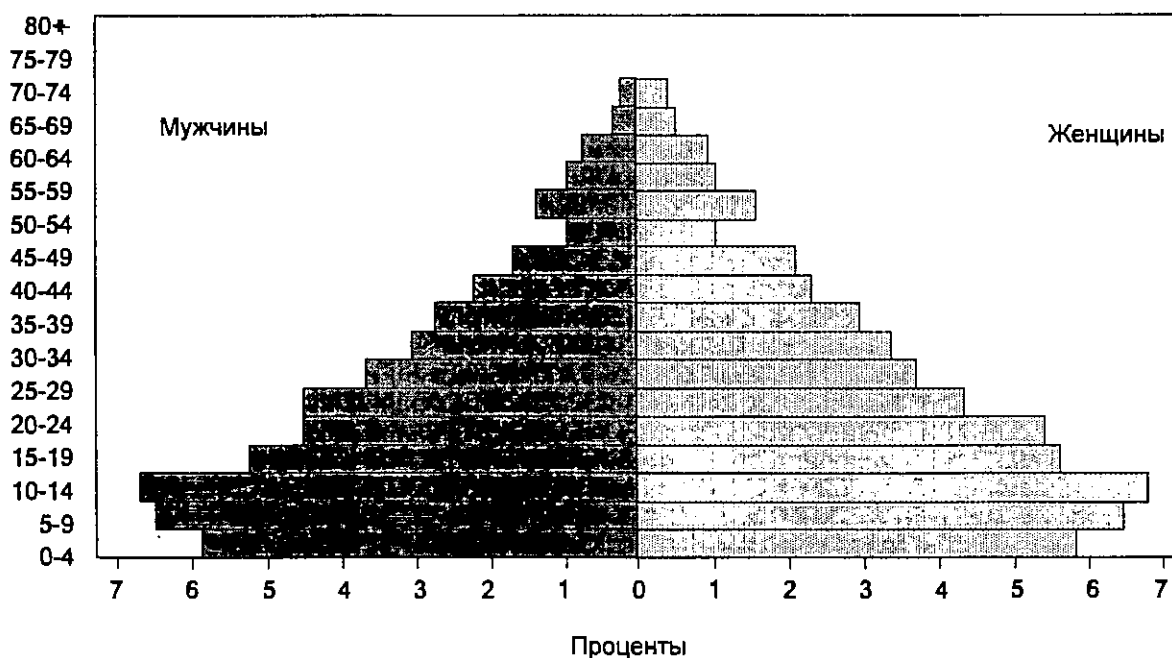
Определенный интерес представляет сопоставление данных Переписи населения Туркменистан 1995г. и данных ПМДТ 2000г., сведенных в таблице 2.2. Наблюдается прогрессивное снижение доли населения младше 15 лет и сопутствующее этому повышение в группах среднего возраста. Эта тенденция отмечается уже с 1989 года, когда проводилась предыдущая Перепись населения. Увеличение численности населения в возрастной группе 15-64 года приводит к снижению нагрузки иждивенцами, которая была подсчитана как отношение иждивенцев к лицам экономически активных возрастных групп.

Таблица 2.1 Население домовладений в зависимости от возраста, места жительства и пола

Процентное распределение фактического населения домовладений по пятилетним возрастным группам в зависимости от пола и местожительства. Туркменистан, 2000.

Возрастные группы, лет	Город			Село			Всего		
	Муж	Жен	Всего	Муж	Жен	Всего	Муж	Жен	Всего
0-4	9.8	9.5	9.6	13.1	11.6	12.3	11.7	10.6	11.2
5-9	12.5	11.4	11.9	13.2	12.3	12.7	12.9	11.9	12.4
10-14	13.0	11.3	12.2	13.3	13.2	13.2	13.2	12.4	12.8
15-19	9.8	9.3	9.5	10.7	11.2	10.9	10.2	10.4	10.3
20-24	8.6	8.8	8.7	9.1	10.8	10.0	8.9	9.9	9.4
25-29	8.4	7.9	8.2	9.1	7.9	8.5	8.8	7.9	8.3
30-34	7.7	7.5	7.6	6.8	6.1	6.4	7.1	6.7	6.9
35-39	6.8	6.7	6.7	5.2	5.8	5.5	5.9	6.2	6.0
40-44	5.7	5.9	5.8	4.9	5.0	5.0	5.3	5.4	5.3
45-49	4.9	5.2	5.0	3.8	3.6	3.7	4.3	4.3	4.3
50-54	4.0	4.5	4.2	2.6	3.3	3.0	3.2	3.8	3.5
55-59	2.0	2.2	2.1	1.8	1.9	1.8	1.9	2.0	1.9
60-64	2.8	3.4	3.1	2.4	2.5	2.5	2.6	2.9	2.8
65-69	1.7	2.1	1.9	1.8	1.8	1.8	1.8	2.0	1.9
70-74	1.5	2.1	1.8	1.3	1.6	1.5	1.4	1.8	1.6
75-79	0.7	1.3	1.0	0.5	0.7	0.6	0.6	1.0	0.8
80+	0.3	1.0	0.7	0.4	0.7	0.6	0.4	0.8	0.6
Всего	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Количество	6,497	6,947	13,443	8,449	8,938	17,387	14,946	15,885	30,830

Рисунок 2.1 Половозрастная пирамида населения Туркменистана



Это еще слабо выраженное старение населения является результатом продолжающегося, хотя и медленно, снижения уровней рождаемости.

Соответствие процентных соотношений распределения населения в указанных возрастных группах ПМДТ 2000 г. данным Переписи населения страны 1995 г. подтверждает репрезентативность исследованной выборки.

2.2 Состав домовладений

В таблице 2.3 представлены сведения о размере и составе домовладений в городе и сельской местности. В каждом домовладении определяли главу домовладения, т.е. человека, признанного таковым остальными членами, а также степень родства последних к вышеуказанному лицу. В большинстве случаев главой домовладения являлись мужчины (74 процента). Причем этот показатель в городской местности был меньше (65 процентов), чем в сельской местности (81 процент).

Сорок два процента домовладений состояли из одного-четырех человек, средний размер домовладений в Туркменистане составил 5.1. Отмечено значительное отличие среднего размера домовладения в городе от такового в сельской местности, средний размер домовладений в городской популяции составил 4.4, по сравнению с 5.7 в сельской местности. Только в 3,4 процентах домовладений оказались приемные дети младше 15-летнего возраста.

В таблице 2.4 дана информация о детском населении младше 15 лет в зависимости от некоторых социально-биологических факторов.

Восемьдесят восемь процентов детей до 15 лет проживают с обоими родителями. По мере взросления все меньше детей продолжают жить со своими родителями: 94 процента детей возрастной группы младше 0-2 года живут с обоими родителями по сравнению с 84 процентами в возрастной группе 10-14 лет. Сельские дети чаще, чем городские дети, живут с обоими родителями.

Восемь процентов детей младше 15 лет живут только с матерью, из них 3 процента потеряли своих отцов, а у 5 процентов отцы живы.

Что касается детей-сирот, то у 3 процентов детей младше 15 лет умерли отцы и у 1 процента – матери, и только незначительная часть детей (0,1 процент) потеряла обоих родителей.

Таблица 2.2 Население по возрастным группам, по данным ПМДТ и Переписи населения

Процентное распределение де-юре населения по возрастным группам. Туркменистан, 1995-2000гг.

Возрастные группы, лет	Перепись 1995	ПМДТ 2000
<15	40.6	35.8
15-64	55.6	59.4
65+	3.8	4.8
Всего	100.0	100.0
Средний возраст	-	21.9
Соотношение иждивенцев	-	68.3

Таблица 2.3 Состав домовладений

Процентное распределение домовладений по половой принадлежности глав домовладений, размерам домовладений и наличию в них приемных детей, в зависимости от места жительства. Туркменистан, 2000.

Характеризуемый показатель	Местожительство		
	Город	Село	Всего
Главенство в домовладении			
Мужчины	65.6	81.4	73.5
Женщины	34.4	18.6	26.5
Всего	100.0	100.0	100.0
Количество постоянных членов домовладения			
0	0.3	0.0	0.2
1	9.5	3.9	6.7
2	12.3	4.4	8.4
3	13.8	7.6	10.7
4	19.2	13.8	16.5
5	17.5	18.8	18.1
6	11.5	18.1	14.8
7	7.6	13.6	10.6
8	3.5	7.7	5.6
9+	4.8	12.1	8.4
Всего	100.0	100.0	100.0
Средний размер	4.4	5.7	5.1
Процент с приемными детьми	3.6	3.2	3.4

Примечание. Таблица основана на количестве де-юре членов, т.е. постоянных жителей

Таблица 2.4 Детское население до 15 лет в зависимости от некоторых социально-биологических факторов

Процентное распределение детей до 15 лет по наличию живых или умерших родителей в зависимости от возраста и половой принадлежности детей, места жительства и региона проживания. Туркменистан, 2000.

Социально-биологические факторы	Живущие с обоними родителями	Живущие только с матерью		Живущие только с отцом		Не живущие с родителями			Информация об отце/матери отсутствует	Всего	Количество детей	
		Отец жив	Отец умер	Мать жива	Мать умерла	Оба живы	Жив только отец	Жива только мать				Оба умерли
Возраст, лет												
0-2	93.9	4.5	0.7	0.1	0.0	0.4	0.0	0.0	0.0	0.4	100.0	2,058
3-5	91.0	4.5	1.6	0.3	0.5	1.1	0.2	0.1	0.0	0.8	100.0	2,175
6-9	87.1	5.1	3.4	0.6	0.9	0.9	0.1	0.2	0.2	1.5	100.0	3,164
10-14	83.6	4.9	5.5	0.7	1.6	0.8	0.1	0.2	0.2	2.4	100.0	3,999
Пол												
Мужской	88.2	3.3	0.5	0.8	0.8	0.0	0.1	0.1	0.1	1.7	100.0	5,736
Женский	87.5	5.2	3.3	0.4	1.1	0.8	0.2	0.2	0.1	1.2	100.0	5,660
Место жительства												
Город	81.7	9.1	4.4	0.7	0.8	1.2	0.1	0.2	0.1	1.7	100.0	4,656
Село	92.1	1.8	2.5	0.3	1.0	0.6	0.1	0.1	0.2	1.3	100.0	6,740
Регион												
г.Ашгабат	77.5	13.0	4.6	0.5	0.3	1.4	0.0	0.3	0.1	2.2	100.0	1,104
Ахал	90.7	2.5	3.4	0.4	0.8	0.6	0.3	0.1	0.1	1.2	100.0	1,732
Балкан	86.8	4.9	4.6	0.4	0.8	1.4	0.0	0.0	0.1	0.9	100.0	975
Дашогуз	91.2	3.1	2.0	0.5	0.8	0.8	0.1	0.1	0.1	1.3	100.0	2,334
Лебап	86.8	4.5	3.7	0.7	0.9	0.8	0.2	0.1	0.2	2.3	100.0	2,736
Мары	89.0	4.7	2.8	0.2	1.5	0.5	0.0	0.2	0.2	0.9	100.0	2,514
Всего	87.9	4.8	3.3	0.5	0.9	0.8	0.1	0.1	0.1	1.5	100.0	11,396

2.3 Образовательный уровень членов домовладений

Большая зависимость между уровнем образования и позитивными медицинскими и социальными индикаторами делает образование очень важным показателем среди других при исследовании населения. Высшее образование, особенно среди женщин, обычно ассоциируется с большими знаниями и использованием соответствующей медицинской практики, а также методов планирования семьи.

Система начального и среднего образования Туркменистана имеет два уровня: начальное (с 1 по 3 классы, возраст 7 – 10 лет) и среднее (с 4 по 9 классы, возраст – 11-15 лет). Все школы Туркменистана предлагают оба уровня начального/среднего образования. Начальное и среднее образование является обязательным. Те, кто завершает среднее образование (9 классов), могут продолжить обучение в средних специальных (профессиональных) и высших учебных заведениях.

2.3.1 Уровень посещений учебных заведений членами домовладений

Информация, представленная в таблице 2.5, демонстрирует уровни образования населения с учетом разделения по полу, возрасту, месту жительства и региону. Данные подтверждают высокие образовательные уровни населения Туркменистана - около 97 процентов мужчин и 95 процентов женщин имеют какое-либо образование.

В Туркменистане уровень образования относительно выше среди мужчин, чем среди женщин. Подавляющее большинство членов домовладений старше 6 лет имеют образование, 10 процентов мужчин и 5 процентов женщин имеют высшее образование. Уровень образования также значительно выше в городе Ашгабате, чем в других регионах.

Таблица 2.5 Уровень образования населения домовладений

Процентное распределение фактического населения домовладений возрастной группы от 7 лет и старше по уровню образования и среднее число лет обучения в зависимости от социально-биологических факторов. Туркменистан, 2000.

Социально-биологические факторы	Уровень образования					Всего	Кол-во женщин/мужчин	Среднее число лет обучения
	Нет образования	Начальное/среднее	Средне-спец.	Высшее	Пропущено			
Женщины								
Возраст, лет								
7-9	24.3	75.7	0.0	0.0	0.0	100.0	1,115	0.8
10-14	1.4	98.6	0.0	0.0	0.0	100.0	1,965	4.8
15-19	0.7	93.6	4.5	1.1	0.1	100.0	1,647	8.5
20-24	0.6	78.2	16.3	4.8	0.1	100.0	1,577	9.5
25-29	1.6	62.5	27.9	8.0	0.0	100.0	1,257	9.8
30-34	1.3	55.5	31.3	12.1	0.0	100.0	1,064	9.9
35-39	2.1	63.5	26.3	7.9	0.2	100.0	979	9.7
40-44	2.0	69.3	18.6	9.9	0.2	100.0	853	9.7
45-49	3.2	64.4	21.9	10.5	0.0	100.0	683	9.6
50-54	2.5	63.2	17.7	16.1	0.5	100.0	603	9.6
55-59	4.1	78.1	9.3	7.6	0.9	100.0	318	7.1
60-64	5.2	74.1	12.6	7.9	0.1	100.0	460	6.9
65+	17.6	68.8	8.2	5.3	0.1	100.0	891	6.2
Местожительство								
Город	3.9	66.0	20.7	9.3	0.2	100.0	5,964	9.2
Село	5.3	83.6	8.2	2.8	0.0	100.0	7,450	8.7
Регион								
г.Ашгабат	3.4	57.1	21.8	17.2	0.5	100.0	1,709	9.5
Ахал	5.0	85.8	7.5	1.6	0.0	100.0	1,969	8.7
Балкан	5.0	77.0	14.8	3.0	0.1	100.0	1,236	8.9
Дашогуз	4.8	81.1	10.5	3.6	0.0	100.0	2,540	9.0
Лебап	4.2	68.5	20.2	7.1	0.0	100.0	3,106	9.1
Мары	5.5	82.7	8.7	3.0	0.1	100.0	2,853	8.9
Всего	4.7	75.8	13.8	5.7	0.1	100.0	13,414	9.0
Мужчины								
Возраст, лет								
7-9	21.9	78.1	0.0	0.0	0.0	100.0	1,154	0.9
10-14	1.1	98.8	0.0	0.0	0.0	100.0	1,969	5.1
15-19	0.5	93.2	3.4	3.0	0.0	100.0	1,527	9.4
20-24	0.7	73.7	17.1	8.5	0.0	100.0	1,326	10.3
25-29	0.2	61.9	26.4	11.5	0.0	100.0	1,312	10.1
30-34	1.1	53.7	30.9	14.2	0.0	100.0	1,068	9.9
35-39	0.6	52.0	31.1	16.1	0.2	100.0	881	10.0
40-44	1.0	52.5	26.7	19.8	0.0	100.0	789	9.9
45-49	0.8	44.3	29.0	25.6	0.2	100.0	636	9.9
50-54	0.1	45.8	24.2	29.6	0.2	100.0	479	10.1
55-59	1.5	47.5	25.7	25.2	0.0	100.0	279	9.6
60-64	3.1	58.7	19.8	17.7	0.7	100.0	388	9.1
65+	8.8	68.2	9.0	12.9	0.3	100.0	622	6.0
Местожительство								
Город	2.9	63.9	19.5	13.7	0.1	100.0	5,540	9.3
Село	3.5	76.2	12.6	7.6	0.0	100.0	6,893	9.1
Регион								
г.Ашгабат	2.1	56.1	18.6	22.9	0.3	100.0	1,505	9.6
Ахал	2.2	75.6	14.5	7.7	0.0	100.0	1,848	9.1
Балкан	3.4	69.9	18.4	8.4	0.0	100.0	1,206	9.2
Дашогуз	3.5	78.5	10.6	7.4	0.0	100.0	2,436	9.2
Лебап	3.5	66.2	20.9	9.4	0.1	100.0	2,797	9.2
Мары	3.9	73.6	12.8	9.7	0.0	100.0	2,641	9.1
Всего	3.2	70.7	15.7	10.3	0.1	100.0	12,434	9.2

Наличие образования среди женщин 15-49 лет характерно для исследованных домовладений. Почти все женщины имеют образование, молодые женщины чаще, чем женщины старшего возраста посещают учебные заведения и учатся в высшей школе. Большие различия образовательного уровня отмечены в зависимости от места проживания (город, село), в г.Ашгабате по сравнению с другими регионами.

2.3.2 Частота посещаемости учебных заведений

Таблица 2.6 показывает чистый и валовый коэффициенты посещаемости школы по уровням, полу и месту жительства. Чистый коэффициент посещаемости (ЧКП) означает школьное участие среди детей официального школьного возраста, который составляет 7-10 лет для начальной школы и 11-15 – для средней школы. Валовый коэффициент посещаемости (ВКП) показывает школьное участие среди молодежи любого возраста – от 7 до 24 лет и выражается как процентное соотношение населения школьного возраста для этого уровня образования. ВКП почти всегда выше, чем ЧКП того же уровня, потому что ВКП включает участие молодых людей, которые могут быть старше или моложе официального возраста данного уровня¹. ЧКП 100 процентов мог бы показать, что все дети официального школьного возраста посещают определенный уровень школы. ВКП может превышать 100 процентов, если

отмечается значительный процент детей, старше или младше официального школьного возраста на том или ином уровне образования. Разница между этими коэффициентами показывает количество детей, старше или младше официального школьного возраста.

Таблица 2.6 Частота посещаемости школы

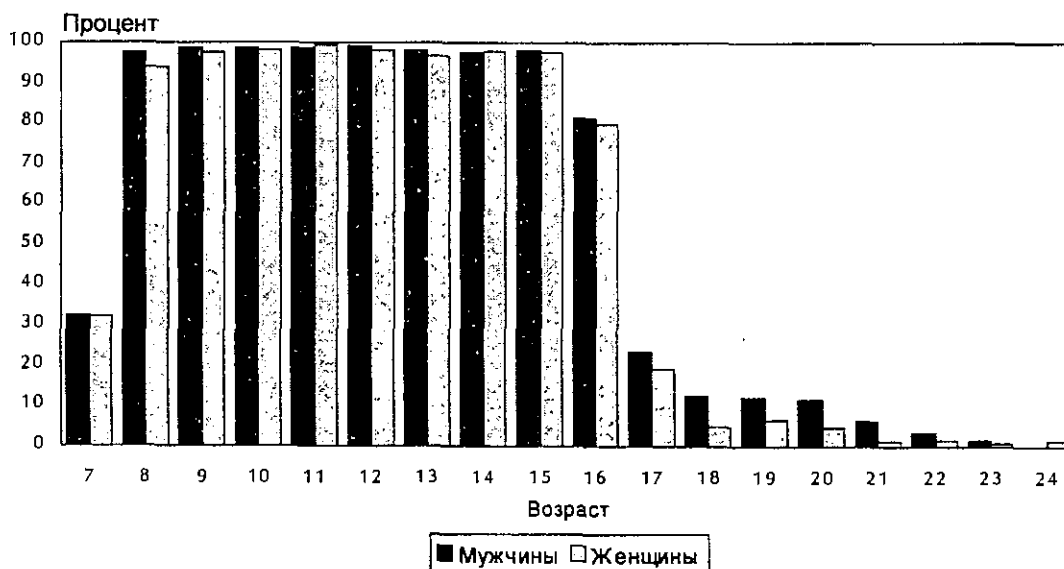
Чистый коэффициент посещаемости (ЧКП) и валовый коэффициент посещаемости (ВКП) для фактического населения (домовладений) в возрасте 7-24 лет в зависимости от уровня образования, пола и местожительства. Туркменистан, 2000.

Категория	ЧКП ¹			ВКП ²		
	Муж	Жен	Всего	Муж	Жен	Всего
НАЧАЛЬНАЯ ШКОЛА						
Город	86.4	84.0	85.3	102.1	98.4	100.3
Село	84.9	84.3	84.6	100.8	100.6	100.7
СРЕДНЯЯ ШКОЛА						
Город	78.8	80.1	79.4	86.8	87.1	87.0
Село	78.2	78.3	78.3	83.6	81.6	82.5

¹ ЧКП начальной школы - процент населения в возрасте 7-10 лет, посещающий начальную школу. ЧКП средней школы - процент населения в возрасте 11-17 лет, посещающий среднюю школу. По определению ЧКП не может превышать 100 процентов.

² ВКП начальной школы - общее количество учеников в начальной школы (не принимая во внимание возраст), выраженное как процент населения в возрасте начальной школы. ВКП средней школы - общее количество учеников средней школы (не принимая во внимание возраст), выраженное как процент населения в возрасте средней школы. При наличии значительного количества учеников, возрастом младше или старше данного уровня обучения, ВКП может превысить 100 процентов.

Рисунок 2.2 Процентное распределение фактического населения домовладений в возрасте 7-24 лет, обучавшихся в учебных заведениях, по возрасту и полу



¹ Молодежь, старше данного уровня образования, могла начать обучение в более старшем возрасте или оставалась на второй год обучения, или могла бросить школу, а затем возобновить обучение.

Школьное участие среди членов домовладений школьного возраста достаточно высокое. ЧКП фактически одинаков среди молодежи женского и мужского пола как на начальном (86 и 84 процента соответственно), так и на среднем (79 процентов соответственно) уровнях. ЧКП и на начальном, и на среднем уровнях в городской и сельской местности практически одинаковы.

Сравнение ЧКП и ВКП среди учеников мужского и женского пола, в сельской и городской местности показывает, что количество учеников (около 15 процентов на начальном уровне и 5 процентов на среднем уровне), старше или младше официального школьного возраста практически одинаково в каждой из групп на каждом уровне.

Рис. 2.2 показывает коэффициент посещаемости в соответствии с возрастом (КП) и с учетом пола среди населения в возрасте 7-24 года. КП определяет школьное участие на любом уровне, от начального до высшего образования. Чем ближе КП к 100 процентам, тем выше процент людей данной возрастной группы, посещающих школу. В Туркменистане основное количество молодежи возраста начальной и средней школы (7-15 лет) посещают школу, значительных различий по полу не существует. Относительно низкий коэффициент посещаемости, имеющий место среди детей 7 лет (около 32 процентов), отражает тот факт, что многие из этих 7-летних были в возрасте 6 лет во время школьного года в момент исследования, и, соответственно, не могли еще посещать школу в тот период времени. В возрасте 18-24 года меньший процент молодежи посещает учебные заведения.

2.4 Характеристика домашнего хозяйства

Таблица 2.7 содержит информацию по отдельным бытовым характеристикам домашнего хозяйства. Эта информация полезна при оценке основных социально-экономических условий жизни населения. Для оценки условий, в которых живут респонденты, им задавались вопросы о некоторых характеристиках их быта, в том числе – о наличии электричества, источниках питьевой воды, типах туалета, времени ходьбы до источника воды (в минутах), о принадлежностях для мытья рук, типе горючего, используемого для приготовления пищи, о наличии сада или дачи, домашнего скота или домашней птицы.

Как видно, фактически все домовладения были обеспечены электричеством. Более половины домовладений в ПМДТ 2000 года имели водопроводную воду (55 процентов), и большинство из этих домовладений имели ее в своих квартирах (50 процентов). В сельской местности 29 процентов домовладений имеют водопроводную воду, более одной трети (34 процента) используют воду из колодцев, и 20 процентов из открытых источников. Вода из

Таблица 2.7 Характеристика домашнего хозяйства

Процентное распределение домовладений по характеристикам домашнего хозяйства в зависимости от местожительства. Туркменистан, 2000.

Социально-гигиенические условия	Местожительство		
	Город	Село	Всего
Электричество			
Есть	99.7	99.6	99.6
Нет	0.2	0.2	0.2
Всего	100.0	100.0	100.0
Источник питьевой воды			
Водопровод внутри жилища	49.9	1.1	25.7
Водопровод во дворе	31.1	27.9	29.5
Общественный трубопровод	8.1	5.6	6.9
Колодец в жилище	0.3	3.2	1.7
Колодец во дворе	6.1	24.4	15.2
Общественный колодец	1.6	10.4	6.0
Открытый источник	0.6	20.0	10.2
Вода из водовоза	1.9	6.3	4.0
Бутылочная вода	0.0	0.0	0.0
Другое	0.2	1.0	0.5
Пропущено	0.2	0.2	0.2
Всего	100.0	100.0	100.0
Время ходьбы до источника (в мин)			
<15 минут (%)	96.3	88.6	92.5
Тип туалета			
Собственный смывной туалет	54.5	0.9	27.9
Туалет в виде ямы	44.9	98.0	71.3
Нет туалета	0.3	0.9	0.6
Другое	0.1	0.0	0.0
Пропущено	0.2	0.2	0.2
Всего	100.0	100.0	100.0
Средства для мытья рук			
Вода/кран в домовладении	90.1	66.0	78.2
Мыло или другие моющие средства	91.8	75.8	83.9
Раковина, ванна/таз, ведро	89.7	73.5	81.6
Тип топлива			
Электричество	0.6	0.4	0.5
Природный газ/Газ в баллонах	97.9	94.1	96.0
Керосин	1.3	4.9	3.1
Уголь	0.0	0.0	0.0
Дрова/солома	0.0	0.5	0.3
Пропущено	0.2	0.1	0.2
Всего	100.0	100.0	100.0
Тип пола			
Земля/песок	0.8	4.1	2.4
Деревянные доски	70.7	90.9	80.7
Паркет/полированный пол	0.9	0.0	0.5
Линолеум	24.6	0.8	12.8
Кафель	2.7	4.1	3.4
Цемент	0.1	0.0	0.1
Другое	0.0	0.0	0.0
Пропущено	0.2	0.0	0.1
Всего	100.0	100.0	100.0
Собственность домовладений			
Дача или доступ в сад	23.1	79.4	51.1
Домашний скот или домашняя птица	32.4	86.6	59.3
Кол-во домовладений	3,174	3,129	6,303

водовоза используется в 5 процентах сельских домовладений. Большинство горожан и сельских жителей проживают в 15 минутах от источника воды.

Одним из показателей состояния санитарных условий жизни является тип туалета в домовладении. В целом по Туркменистану в большинстве домовладений (71 процент) имелись обычные туалеты в виде ямы, и в 28 процентах – смывные туалеты. При этом 55 процентов городских домовладений имеют смывные туалеты по сравнению с 1 процентом в сельской местности. Девяносто восемь процентов сельских домовладений имеют туалеты в виде ямы.

Принадлежности для мытья рук доступны большому проценту домовладений: 78 процентов и более пользуются мылом или другими моющими средствами и имеют раковину, таз/ванну, ведро для мытья рук.

В Туркменистане фактически все домовладения используют природный газ и газ в баллонах для приготовления пищи.

Что касается типа материала, используемого для покрытия пола, то большая часть (81 процент) домовладений имеют деревянный настил, который чаще использовался в сельских домовладениях (91 процент), чем в городских (71 процент). Двадцать пять процентов городских домовладений и 1 процент сельских имели линолеум на полу.

В ходе ПМДТ 2000 так же была собрана информация, касающаяся владения кем-либо из членов домовладений дачей или наличия доступа к саду, где он или она собирают фрукты и овощи в течение сезона плодоношения. Данные свидетельствуют, что 23 процента городских домовладений и 79 процентов сельских домовладений имеют дачу или садовый участок. Также была собрана информация о домовладениях, где содержатся животные. Семьдесят восемь процентов сельских домовладений имели животных по сравнению с 32 процентами в городской местности.

2.4.1 Наличие бытовых средств в домовладениях

Таблица 2.8 представляет процент домовладений, имеющих определенные бытовые товары дома. Наличие дома радио и телевизора является показателем доступа к средствам массовой информации; владение холодильником гарантирует гигиеничное хранение продуктов; наличие велосипеда, мотоцикла или автомобиля указывает на возможность использования транспорта в домовладении. Владение бытовыми средствами является показателем социально-экономического положения семьи.

Результаты показывают, что 46 процентов домовладений имеют радио, 93 процента – телевизор, 86 процентов – холодильник, 42 процента – имеют телефон, 13 процентов – имеют велосипед, 18 процентов – мотоцикл и 27 процентов имеют автомобиль. Около 3 процентов домовладений не имеют ни одного из перечисленных бытовых средств.

Различия между сельской и городской местностью можно увидеть по наличию отдельных бытовых средств, которые более доступны в городских домовладениях, чем сельских. Например, более половины городских домовладений имеют телефон (66 процентов), в то время как в сельской местности этот показатель составляет лишь 17 процентов. Девяносто один процент домовладений в городе имеют холодильник по сравнению с 82 процентами в сельской местности. Высокий процент наличия телевизора в городских и сельских домовладениях (94 и 92 процента соответственно). Сельские домовладения в три раза чаще владеют мотоциклом, чем городские, что объясняется большей потребностью в данном транспортном средстве на селе.

Таблица 2.8 Бытовая техника в домовладениях

Процент домовладений, имеющих различную бытовую технику, в зависимости от местожительства. Туркменистан, 2000.

Бытовая техника	Местожительство		
	Город	Село	Всего
Радио	47.1	43.9	45.5
Телевизор	94.3	92.1	93.2
Телефон	66.0	17.3	41.9
Холодильник	90.5	81.5	86.1
Велосипед	9.9	16.3	13.1
Мотоцикл	9.7	26.1	17.8
Автомобиль	27.2	30.8	29.0
Ничего из перечисленного	2.1	2.9	2.5
Количество домовладений	3,174	3,129	6,303

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РЕСПОНДЕНТОВ И СТАТУС ЖЕНЩИН

3

А.Ю.Хаитова, Б.А.Гаирова, Сунита Кишор

Целью данной главы является характеристика демографического и социально-экономического профиля женщины в возрасте 15-49 лет, вошедших в исследование. ПМДТ 2000 года наряду с анкетой домовладения включала анкету женщины, которая позволяет изучить статус женщины в Туркменистане. Эта информация полезна для оценки состояния здоровья и репродуктивной функции женщины, а также для оценки индикаторов статуса женщины в обществе и ее возможностей. Образование женщины и уровень ее занятости отражают степень реализации ее правовых возможностей, поэтому анализ этих индикаторов позволяет оценить отношение женщин к своим правам и степень контроля своей жизни.

3.1 Общая характеристика респондентов

3.1.1 Социально-биологическая характеристика респондентов

В таблице 3.1 представлено процентное распределение женщин по возрасту, семейному положению, месту жительства, региону проживания, уровню образования, религиозной и этнической принадлежности. С целью более точного определения возраста женщин им задавалось два вопроса: "В каком месяце и году Вы родились?" и "Сколько Вам полных лет?". Интервьюеры были обучены в решении различных ситуационных задач по определению возраста респондентов, не знающих своего возраста или даты рождения.

В таблице представлено процентное распределение женщин по возрастным группам. Наибольшую группу, около 39 процентов, составили женщины в возрасте 15-24 года, и 29 процентов в возрасте 25-34 года. Замужние женщины составляют большую часть всех проинтервьюированных женщин (62 процента), в то время как незамужние женщины составили 32 процента. Три процента являлись вдовами и 4 процента женщины были разведены.

Сорок семь процентов респондентов проживают в городской местности и 53 процента в сельской. Процентное распределение опрошенных женщин согласно месту жительства выглядит следующим образом: 13 процентов проживают в г.Ашгабате, 15 процентов - в Ахалском

Таблица 3.1 Общая характеристика респондентов

Процентное распределение женщин в зависимости от некоторых социально-биологических факторов. Туркменистан, 2000

Социально- биологические факторы	Взвешенный процент	Количество женщин	
		Взвешенное	Невзвешенное
Возраст, лет	19.9	1,574	1,589
15-19	19.5	1,541	1,580
20-24	15.9	1,256	1,260
25-29	13.4	1,060	1,059
30-34	12.3	974	958
35-39	10.7	845	817
40-44	8.4	669	656
45-49			
Семейное положение	32.4	2,563	2,655
Не были замужем	61.8	4,892	4,829
Замужем/живут вместе	2.2	174	168
Вдовы	3.7	289	267
Разведена/не живут вместе			
Местожительство	46.6	3,691	3,693
Город	53.4	4,228	4,226
Село			
Регион	13.1	1,038	585
г.Ашгабат	14.5	1,145	1,081
Ахал	9.0	709	1,000
Балкан	20.6	1,628	2,833
Дашогуз	20.3	1,607	1,263
Лебап	22.6	1,791	1,157
Мары			
Образование	72.3	5,725	5,843
Начальное/среднее	19.6	1,556	1,515
Средне-специальное	7.1	563	485
Высшее			
Национальность	78.2	6,191	5,906
Туркменки	10.8	857	1,269
Узбечки	5.3	420	299
Русские	1.0	80	133
Казаньки	4.7	371	312
Другие			
Всего	100.0	7,919	7,919

велае, 9 процентов - в Балканском велае, 21 процент - в Дашогузском велае, 20 процентов - в Лебапском велае и 23 процента - в Марыйском велае.

Результаты ПМДТ 2000 г. показали, что все респонденты имели начальное и среднее образование, 20 процентов - средне-специальное и 7 процентов - высшее образование.

Распределение респондентов ПМДТ 2000 г. по этнической принадлежности было следующим: туркменки - 78 процентов, узбечки - 11 процентов, русские - 5 процентов, казашки - 1 процент и другие национальности - 5 процентов.

В таблице 3.2 показано процентное распределение по этнической принадлежности, религии и месту жительства в зависимости от региона проживания. Эти данные свидетельствуют, что туркмены являются доминирующей этнической группой во всех регионах, небольшая концентрация женщин узбекской национальности отмечена в Дашогузском и Лебапском велае, в то время как русское население составляет 27 процентов респондентов в г.Ашгабате и 5 процентов в остальных регионах.

Таблица 3.2 Национальность, религия и местожительство по регионам

Процентное распределение женщин по регионам в зависимости от национальности, религии и местожительства. Туркменистан, 2000.

Социально-биологические факторы	Регионы						Всего
	г.Ашгабат	Ахал	Балкан	Дашогуз	Лебап	Мары	
Национальность							
Туркменки	67.4	94.1	88.7	59.0	80.1	85.8	78.2
Узбечки	0.5	0.2	0.3	36.5	14.9	0.8	10.8
Русские	23.8	2.3	4.0	0.6	2.5	3.9	5.3
Казашки	0.0	0.4	2.4	2.6	0.2	0.7	1.0
Другие	8.3	3.1	4.6	1.3	2.4	8.8	4.7
Религия							
Мусульманки	71.6	97.1	94.8	99.1	96.8	93.5	93.1
Христианки	23.3	2.8	5.1	0.7	2.9	5.2	6.3
Другие	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Не религиозны	1.0	0.0	0.0	0.1	0.2	1.1	0.4
Не знают	0.2	0.1	0.1	0.0	0.1	0.1	0.1
Местожительство							
Город	100.0	32.0	79.6	32.8	44.3	26.5	46.6
Село	0.0	68.0	20.4	67.2	55.7	73.5	53.4
Всего	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Количество женщины	1,038	1,145	709	1,628	1,607	1,791	7,919

Основное вероисповедание населения Туркменистана – Ислам, более 90 процентов респондентов являются мусульманами. В г.Ашгабате, где отмечена высокая концентрация женщин русской национальности, 27 процентов относили себя к христианам. Большая часть женщин Туркменистана проживает в сельской местности, за исключением Балканского велае, где 80 процентов женщин проживает в городской местности.

3.1.2 Уровень образования респондентов

Информация по образовательному уровню респондентов в зависимости от социально-биологических факторов представлена в таблице 3.3. Большая часть женщин - 70 процентов имели начальное и среднее образование, 20 процентов средне-специальное и 7 процентов - высшее образование.

Отмечена разница в уровне образования в городе и на селе и по регионам. Процент респондентов с высшим образованием в городской местности в три раза превышает таковой в сельской местности. Наивысший уровень отмечен в г.Ашгабате по сравнению с другими регионами. Процент респондентов со специальным образованием в два раза выше в городской местности по сравнению с сельской. Этот процент высок в г.Ашгабате, Балканском и Лебанском велаятах по сравнению с другими регионами.

Уровень образования среди женщин туркменской и узбекской национальностей одинаков. Более 70 процентов туркменских и узбекских женщин имеют начально-средний уровень образования. 60 процентов туркменок и 22 процента узбечек имеют средне-специальное образование. Семь процентов туркменок и 5 процентов узбечек имеют высший уровень образования. Женщины другой национальности, в основном русские, в 41 проценте случаев имеют средне-специальное образование и в 12 процентах - высшее образование.

Таблица 3.3. Уровень образования					
Процентное распределение женщин в зависимости от некоторых социально-биологических факторов. Туркменистан, 2000.					
Социально-биологические факторы	Уровень образования			Всего	Количество женщин
	Начальное/среднее	Средне-спец.	Высшее		
Возраст, лет					
15-19	94.0	4.5	1.4	100.0	1,574
20-24	79.3	15.8	4.9	100.0	1,541
25-29	64.2	28.1	7.8	100.0	1,256
30-34	56.8	31.0	12.2	100.0	1,060
35-39	65.4	26.0	8.6	100.0	974
40-44	71.2	19.2	9.6	100.0	845
45-49	67.6	21.5	10.9	100.0	669
Местожительство					
Город	60.5	28.0	11.4	100.0	3,691
Село	84.3	12.3	3.3	100.0	4,228
Регион					
г.Ашгабат	51.7	27.5	20.8	100.0	1,038
Ахал	86.4	11.4	2.2	100.0	1,145
Балкан	73.6	22.1	4.3	100.0	709
Дашогуз	79.7	15.5	4.8	100.0	1,628
Лебал	59.1	31.9	9.0	100.0	1,607
Мары	84.0	12.2	3.8	100.0	1,791
Национальность					
Туркменки	76.9	16.4	6.7	100.0	6,191
Узбечки	73.6	21.6	4.8	100.0	857
Другие	46.9	40.9	12.2	100.0	871
Всего	73.2	19.6	7.1	100.0	7,919

3.1.3 Доступность средств массовой информации

В ходе ПМДТ 2000 года интервьюеры опрашивали женщин об их отношении к средствам массовой информации, так как это является показателем доступности для них информации, касающейся здоровья и методов контроля рождаемости.

Из таблицы 3.4 следует, что 94 процента женщин смотрят телевизор, 33 процента слушают радио и 32 процента читают газеты регулярно. Отмечена незначительная разница между возрастными группами. Женщины г. Ашгабата, Балканского и Дашогузского велаятов чаще пользуются всеми тремя видами массовой информации (24,19 и 18 процентов соответственно), по сравнению с женщинами Ахалского, Лебальского и Марыйского велаятов (7, 16, и 12 процентов соответственно). Из общего числа респондентов чаще пользуются средствами массовой информации женщины с высшим образованием.

3.1.4. Род занятий

В ходе ПМДТ 2000 года была задана серия вопросов, позволяющих определить занятость женщин в течение 12 месяцев, предшествовавших исследованию. Работающие женщины представили информацию о характере работы, включая должность и заработную плату, если таковые имелись.

Таблица 3.4 Доступность средств массовой информации

Процент женщин, которые обычно читают газеты, смотрят телевизор один раз в день или слушают ежедневно радио, в зависимости от некоторых социально-биологических факторов. Туркменистан, 2000.

Социально-биологические факторы	Нет СМИ	Средства массовой информации (СМИ)			Все три вида СМИ	Кол-во женщин
		Ежедневно читает газеты	Ежедневно смотрит телевизор	Ежедневно слушает радио		
Возраст, лет						
15-19	4.1	29.8	95.3	28.8	13.1	1,574
20-24	4.7	31.1	93.9	30.7	15.0	1,541
25-29	4.6	34.2	93.9	31.4	15.6	1,256
30-34	4.4	33.7	93.7	36.1	17.1	1,060
35-39	5.6	30.5	92.7	34.8	16.7	974
40-44	6.9	32.8	92.1	36.3	16.9	845
45-49	5.0	26.6	92.2	38.4	13.6	669
Местожительство						
Город	3.3	38.6	95.4	35.5	19.2	3,691
Село	6.2	25.1	92.2	30.7	11.8	4,228
Регион						
г. Ашгабат	1.5	40.6	97.5	44.8	24.0	1,038
Ахал	8.9	11.2	89.7	33.6	6.5	1,145
Балкан	8.0	41.0	88.8	38.5	19.2	709
Дашогуз	4.0	28.6	94.9	31.6	18.0	1,628
Лебаль	4.1	37.8	94.8	29.1	15.5	1,607
Мары	4.6	32.0	93.7	28.0	11.6	1,791
Образование						
Начальное/среднее	6.1	23.1	92.4	29.8	10.6	5,800
Средне-спец.	1.9	46.7	96.5	38.3	23.1	1,556
Высшее	0.6	75.2	98.7	50.7	42.2	563
Национальность						
Туркменки	5.2	30.2	93.4	33.7	15.0	6,191
Узбечки	3.5	28.5	95.5	24.2	12.8	857
Другие	4.3	42.6	93.8	35.9	19.5	871
Всего	4.9	31.4	93.7	32.9	15.3	7,919

Так же, как и образование, занятость может быть источником возможностей для женщин. Оценка занятости женщин сложна, так как женщина может трудиться как на собственном участке земли, так и заниматься семейным предпринимательством или работать в неформальном секторе, которые не всегда заявляются как вид трудовой деятельности.

Во избежание недооценки женской занятости во время ПМДТ 2000 г, женщинам задавалось несколько вопросов для выяснения ситуации с их занятостью. Сначала задавали вопрос: "Помимо работы по дому, работаете ли Вы где-либо?". Женщины, ответившие отрицательно, затем должны были ответить на следующий

вопрос : "Как Вы знаете, некоторые женщины устраиваются на работу, за которую им платят зарплату. Другие занимаются продажей вещей, продуктов питания, организуют малое предприятие или владеют участком земли, на котором работают вместе с семьей. Занимаетесь ли Вы чем нибудь наподобие из перечисленного?". Женщины, ответившие отрицательно на этот вопрос, отвечали далее на вопрос : "Занимались ли Вы какой-нибудь работой в течение последних 12 месяцев?". Женщины считаются работающими, если ответ на один из первых двух вопросов был : "Да". Женщины, положительно ответившие на третий вопрос, не считаются работающими, хотя выполняли какую-либо работу за последние 12 месяцев. Всем работающим женщинам задавались вопросы об их должности, оплате (деньги, продукты или вещи, без оплаты), и о том, выполнялась ли их работа на дому или вне дома.

Таблица 3.5 и рисунок 3.1. показывают, что в Туркменистане половина всех женщин в возрасте 15-49 лет либо работали, либо выполняли какую-нибудь работу в течение последних 12 месяцев, предшествующих исследованию. Большинство работающих женщин работали в течение 12 месяцев, предшествующих исследованию и работали в момент исследования. Только 2 процентов женщин, работавших в течение последних 12 месяцев в настоящее время не работали. Число женщин, работающих в настоящее время возрастает с возрастом (с 27 процентов в возрасте 15-19 лет до 57 процентов в возрасте 30-34 лет) и в старших возрастных группах (35-49 лет) их число образует плато, равное 61-62 процентам. Занятость городских женщин немного больше, чем сельских, несмотря на то, что она мало различается в зависимости от места жительства и специальности. Процент женщин, работавших в какой либо период времени за последние 12 месяцев, наиболее высок в Лебапском велаяте (55%), ниже в Дашогузском, Ахалском и Марыйском велаятах (46-47%). Вероятность занятости сильно различается в зависимости от уровня образования. Только 42% женщин, имеющих среднее образование, работали в течение 12 месяцев, предшествующих исследованию, по сравнению с 70% женщин со средне-специальным и 80% с высшим образованием. Женщины-узбечки (47 процентов) следуют за туркменками (50 процентов) и женщинами других национальностей, которые работали в течение 12 месяцев, предшествующих исследованию.

В Туркменистане почти все женщины получают заработную плату за труд (таблица 3.5 и рисунок 3.2). Только 1 процент женщин не зарабатывали денег.

Рисунок 3.1 Процентное распределение женщин в возрасте 15-49 лет по статусу занятости

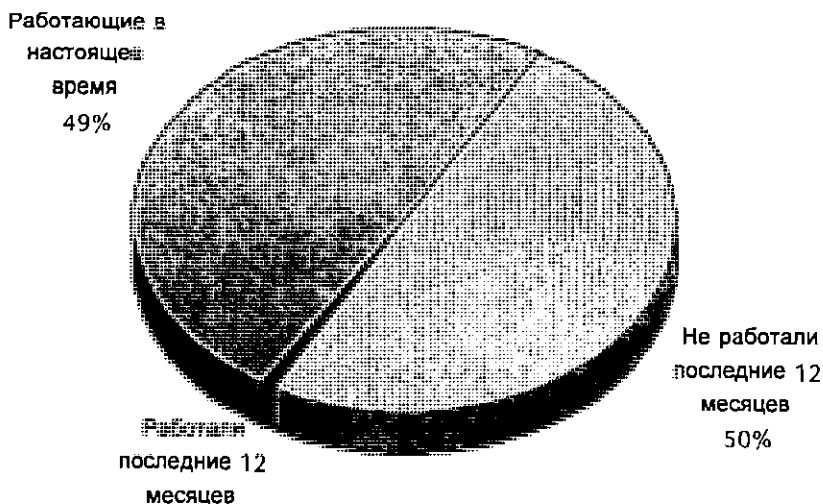


Таблица 3.5 Трудовая занятость

Процентное распределение женщин по трудовой занятости и распределение работающих женщины, получающих и не получающих наличными деньгами за свой труд, в зависимости от социально-биологических факторов. Туркменистан, 2000.

Социально-биологические факторы	Трудовая занятость				Всего	Работающее в настоящее время				
	Не работала последние 12 месяцев	Работала последние 12 месяцев	Работает в настоящее время	Пропущено		Кол-во женщин	Получает наличными	Не получает наличными	Всего	Кол-во женщин
Возраст, лет										
15-19	71.6	1.0	27.1	0.3	100.0	1,574	97.9	2.1	100.0	426
20-24	52.2	1.2	46.4	0.2	100.0	1,541	99.0	1.0	100.0	715
25-29	47.5	1.2	51.1	0.1	100.0	1,256	99.2	0.8	100.0	643
30-34	42.3	0.6	57.1	0.0	100.0	1,060	99.4	0.6	100.0	605
35-39	38.1	0.6	61.1	0.2	100.0	974	98.6	1.4	100.0	595
40-44	38.3	0.5	61.2	0.0	100.0	845	98.1	1.9	100.0	517
45-49	37.2	1.3	61.5	0.0	100.0	669	99.6	0.4	100.0	411
Семейное положение										
Не были замужем	57.4	1.2	41.1	0.3	100.0	2,563	98.3	1.7	100.0	1,055
Замужем/живут вместе	46.8	0.9	52.3	0.1	100.0	4,892	99.1	0.9	100.0	2,557
Вдовы	30.8	0.4	68.8	0.0	100.0	174	97.3	2.7	100.0	120
Разведена/не живут вместе	37.0	0.6	62.4	0.0	100.0	289	100.0	0.0	100.0	181
Число живых детей										
0	57.2	1.2	41.3	0.3	100.0	2,942	98.5	1.5	100.0	1,214
1-2	48.1	0.9	50.7	0.0	100.0	2,334	99.5	0.5	100.0	1,183
3-4	42.2	0.7	57.0	0.1	100.0	1,710	98.7	1.3	100.0	975
5+	41.4	0.6	57.9	0.1	100.0	934	98.5	1.5	100.0	541
Местожителство										
Город	47.2	1.5	51.2	0.1	100.0	3,691	98.8	1.2	100.0	1,891
Село	51.5	0.5	47.8	0.2	100.0	4,228	98.9	1.1	100.0	1,021
Регион										
г. Ашгабат	46.3	2.1	51.4	0.2	100.0	1,038	99.4	0.6	100.0	534
Ахал	52.7	0.1	46.9	0.3	100.0	1,145	98.6	1.4	100.0	537
Балкан	43.7	4.4	51.7	0.1	100.0	709	98.8	1.2	100.0	367
Дашогуз	53.3	0.2	46.3	0.1	100.0	1,628	98.4	1.6	100.0	754
Лебал	44.7	0.4	54.7	0.2	100.0	1,607	98.3	1.7	100.0	879
Мары	52.5	0.6	47.0	0.0	100.0	1,791	99.6	0.4	100.0	841
Образование										
Начальное/среднее	2,399	57.5	1.0	41.4	0.1	100.0	5,800	98.4	1.6	100.0
Средне-спец.	1,068	30.3	0.9	68.7	0.2	100.0	1,556	99.5	0.5	100.0
Высшее	445	20.4	0.6	79.0	0.0	100.0	563	99.4	0.6	100.0
Национальность										
Туркменки										
Узбечки	50.4	1.0	48.5	0.1	100.0	6,191	98.7	1.3	100.0	3,000
Другие	58.2	0.5	46.2	0.1	100.0	857	98.4	1.6	100.0	396
	39.6	0.9	59.3	0.2	100.0	821	100.0	0.0	100.0	516
Всего	49.6	0.9	49.4	0.2	100.0	7,919	98.9	1.1	100.0	2,212

3.1.5. Занятость.

Таблица 3.6. представляет профили занятости женщин, работающих в настоящее время, в зависимости от социально-биологических факторов. Более одной трети (39 процентов) всех работающих женщин заняты в технико-управленческой сфере, 28 процентов заняты в сельском хозяйстве, 14 процентов заняты квалифицированным и 9 процентов неквалифицированным ручным трудом. В торгово-обслуживающей сфере работают только 5 процентов женщин. Большие колебания процента занятости женщин в профессиональной, технической и управленческой сфере зависят от уровня образования. Только 19% женщин со средним образованием заняты в профессиональной, технической и управленческой сферах, по сравнению с 66 процентами женщин со средне-специальным образованием и 86 процентами женщин с высшим образованием.

Таблица 3.6 Занятость

Процентное распределение работающих женщин по трудовой занятости (сельскохозяйственная и несельскохозяйственная сферы) в зависимости от социально-биологических факторов. Туркменистан, 2000.

Социально-биологические факторы	Технико-управлен. сфера					Торгово-обслужив. сфера		Квалиф. ручн. труд		Неквал. ручн. труд		Кол-во женщин
	Сельское хозяйство	управлен. сфера	Торгово-обслужив. сфера	Квалиф. ручн. труд	Неквал. ручн. труд	Пропущено	Всего	Кол-во женщин				
Возраст, лет												
15-19	39.7	15.0	4.0	30.8	6.9	3.5	100.0	426				
20-24	26.5	35.0	4.5	19.4	7.9	6.6	100.0	715				
25-29	20.9	49.7	3.7	14.0	5.8	5.9	100.0	643				
30-34	21.2	47.2	5.9	10.3	10.1	5.3	100.0	605				
35-39	30.1	43.5	3.7	8.8	8.9	5.0	100.0	595				
40-44	31.2	39.2	6.2	9.8	9.8	3.8	100.0	517				
45-49	29.6	37.4	4.6	6.9	15.2	6.4	100.0	411				
Семейное положение												
Не были замужем	31.7	27.9	3.9	24.9	6.5	5.0	100.0	1,055				
Замужем/живут вместе	28.2	42.7	4.7	10.0	9.3	5.2	100.0	2,557				
Вдовы	18.0	44.6	8.9	8.1	16.1	4.3	100.0	120				
Разведена/не живут вместе	3.9	52.8	6.0	15.2	13.1	9.1	100.0	181				
Число живых детей												
0	29.6	30.4	4.3	23.7	6.7	5.2	100.0	1,214				
1-2	14.7	53.6	4.2	11.2	7.8	8.5	100.0	1,183				
3-4	28.8	41.1	6.2	9.4	11.7	2.8	100.0	975				
5+	49.9	24.1	3.4	8.1	11.6	2.9	100.0	541				
Местожительство												
Город	0.8	54.8	7.7	17.0	10.8	8.8	100.0	1,891				
Село	52.8	24.6	1.8	11.5	7.2	2.0	100.0	1,021				
Регион												
г. Ашгабат	0.3	55.2	6.8	12.9	9.1	15.7	100.0	534				
Ахал	36.3	20.4	2.2	27.6	9.9	3.7	100.0	537				
Балкан	2.2	40.1	5.4	37.4	10.3	4.6	100.0	367				
Дашогуз	40.8	39.0	4.0	6.1	7.3	2.7	100.0	754				
Лебап	23.9	45.5	6.9	9.7	10.2	3.8	100.0	879				
Мары	43.0	34.4	2.7	8.2	7.9	3.9	100.0	841				
Образование												
Начальное/среднее	42.7	18.7	4.3	18.4	12.2	3.8	100.0	2,399				
Средне-спец.	5.4	65.8	5.9	9.8	5.5	7.6	100.0	1,068				
Высшее	0.4	86.4	3.3	1.9	0.0	7.9	100.0	445				
Национальность												
Туркменки	32.1	35.8	3.5	15.6	9.1	3.8	100.0	3,000				
Узбечки	23.1	45.1	8.3	11.3	8.2	4.0	100.0	396				
Другие	15.8	54.4	8.3	8.2	8.4	11.8	100.0	516				
Всего	37.7	39.2	6.6	14.2	9.0	9.8	100.0	3,912				

Следует отметить, что такой уровень занятости отмечается среди всех работающих женщин, среди тех, которые разведены и проживают отдельно, имеют 1-2 детей, проживают в городской местности, проживают в г. Ашгабате, среди женщин туркменской и узбекской национальностей, среди женщин в возрасте 25-34 лет. Работающие женщины, которые не имеют детей и проживают в Дашогузском велаяте, более заняты в сельском хозяйстве, чем в профессиональной, технической или управленческой сфере. Работающие женщины, в возрасте 15-19 лет, незамужние, имеющие 5 и более детей, проживающие в Ахалском и Марыйском велаятах, и имеющие средний уровень образования, более заняты в сельском хозяйстве, чем в других сферах трудовой деятельности. Торгово-обслуживающая сфера занятости более значима в профиле занятости городских женщин и женщин нетуркменок; неквалифицированный ручной труд более значим в профиле занятости женщин старшего возраста, вдов или замужних женщин с иными формами брака, имеющих трех и более детей, со средним уровнем образования. Процент женщин, занятых квалифицированным ручным трудом, сильно различается в связи с возрастом и количеством живых детей. Около четверти работающих женщин в возрасте 15-19 лет, незамужних, жительниц Ахалского и Балканского велаятов заняты квалифицированным ручным трудом.

3.1.6. Занятость и заработок

Таблица 3.7 представляет процентное распределение работающих женщин и вида заработка в зависимости от социально-биологических факторов. В Туркменистане 3 процента женщин заняты бизнесом, 17 процентов заняты в семейном подряде, и большинство заняты чем-то другим. Все женщины, которые

Таблица 3.7 Трудовая занятость и вид заработка

Процентное распределение работающих женщин по трудовой занятости, получающих и не получающих наличными деньгами за свой труд, в зависимости от социально-биологических факторов. Туркменистан, 2000.

Социально-биологические факторы	Свой бизнес		Другая занятость				Семейный подряд		Всего		
	Получает	Не получает	Оплата наличными		Получает	Не получает	Получает	Не получает	Пропущено	Всего	Кол-во женщин
			Получает	Не получает							
Возраст, лет											
15-19	3.1	0.7	58.5	0.1	36.3	0.9	0.3	100.0	426		
20-24	3.4	0.4	77.2	0.2	18.4	0.4	0.0	100.0	715		
25-29	2.1	0.6	85.6	0.1	11.5	0.2	0.0	100.0	643		
30-34	2.2	0.2	84.6	0.3	12.3	0.0	0.3	100.0	605		
35-39	1.6	0.0	83.6	0.4	13.4	1.0	0.0	100.0	595		
40-44	1.3	0.0	82.9	1.6	13.9	0.4	0.0	100.0	517		
45-49	0.9	0.0	85.7	0.4	12.6	0.0	0.4	100.0	411		
Местожительство											
Город	3.1	0.3	84.8	0.2	11.0	0.6	0.0	100.0	1,891		
Село	1.3	0.2	76.1	0.7	21.3	0.2	0.2	100.0	2,021		
Регион											
г.Ашгабат	4.9	0.3	87.4	0.0	7.1	0.3	0.0	100.0	534		
Ахал	0.4	0.8	53.8	0.0	44.4	0.6	0.0	100.0	537		
Балкан	4.4	0.0	64.9	0.0	29.5	1.1	0.2	100.0	367		
Дашогуз	1.5	0.1	91.4	1.4	5.6	0.1	0.0	100.0	754		
Лебап	2.2	0.3	87.6	0.6	8.6	0.7	0.1	100.0	879		
Мары	1.1	0.2	81.9	0.2	16.3	0.0	0.4	100.0	841		
Образование											
Начальное/среднее	2.3	0.4	72.0	0.6	24.0	0.5	0.2	100.0	2,399		
Средне-спец.	2.1	0.0	92.6	0.2	4.9	0.3	0.0	100.0	1,068		
Высшее	1.7	0.4	95.3	0.2	2.3	0.0	0.0	100.0	445		
Занятость											
Сельское хозяйство	0.5	0.1	71.1	1.1	26.8	0.3	0.1	100.0	1,084		
Не сельское хозяйство	2.8	0.3	83.8	0.2	12.3	0.4	0.1	100.0	2,828		
Национальность											
Туркменки	2.2	0.3	77.8	0.5	18.6	0.5	0.1	100.0	3,000		
Узбечки	2.1	0.5	85.1	0.4	11.1	0.4	0.3	100.0	396		
Другие	1.9	0.0	91.1	0.0	7.0	0.0	0.0	100.0	516		
Всего	2.2	0.3	80.3	0.4	16.3	0.4	0.1	100.0	3,912		

работают в настоящее время, независимо от вида занятости, получают заработную плату. Для большинства работающих женщин во всех подгруппах населения вид занятости существенно зависит от социально-биологических факторов. Молодые женщины (15-19 лет) реже, чем женщины в возрасте 20-24 лет, как и большинство женщин старших возрастных групп, заняты в семейном подряде или бизнесом. Только 59 процентов работающих женщин, в возрасте 15-19 лет, заняты своим делом, по сравнению с более чем 83 процентами женщин в возрасте 25 лет и старше. Сельские работающие женщины (22 процента) в два раза чаще, чем городские (12 процентов) работают в семейном подряде. 25 процентов работающих женщин, имеющих среднее образование, работают совместно с членами семьи по сравнению с 5 процентами работающих женщин со средне-специальным или высшим образованием. Одна из пяти туркменских женщин работают в семейном подряде, по сравнению с одной из десяти женщины других национальностей. Женщин, работающих в семейном подряде, в сельском хозяйстве в два раза больше, чем в несельскохозяйственной сфере. Работа в семейном подряде более распространена в Ахалском и Балканском вelayтах. В этих регионах 45-31 процентов представлены как работающие в семейном подряде, что выше, чем в других подгруппах населения. Несмотря на то, что незначительное число женщин занимаются бизнесом, процент этого вида занятости высок среди работающих женщин города Ашхабада и Балканского вelayта (4-5 процента) по сравнению с женщинами других подгрупп населения.

3.1.7 Принятие решений и использование заработанных средств

Работающие женщины, получающие деньги за свой труд, должны были ответить на вопрос о том, кто несет ответственность за принятие решений по распределению заработанных средств. Данная информация позволяет оценить контроль женщинами своего заработка. Таблица 3.8 свидетельствует о том, что контроль женщинами своего заработка изменяется в зависимости от социально-биологических факторов. В целом, 24 процента женщин самостоятельно решают, как они будут тратить заработанные деньги, 54 процента решают это совместно со своим партнером или с кем-либо еще. Одна из пяти женщин (22 процента) не принимает участие в решении по использованию заработанных ими денег. Вероятность того, что женщины самостоятельно принимают решения по использованию заработанных ими денег, падает более или менее закономерно с возрастом женщины, с 51 процента женщин в возрасте 15-19 лет до 5 процентов среди женщин 45-49 лет. Процент замужних женщин, не участвующих в этом решении, составляющий 14 процентов, немногим отличается от тех, кто принимает такие решения (19 процентов). Почти все (91 процент) вдовы, разведенные или проживающие раздельно, имеют склонность к самостоятельному принятию таких решений. При этом, работающие женщины туркменской и узбекской национальностей (48 процентов), жительницы г.Ашгабата (45 процентов) чаще, чем другие женщины, принимают участие в решении по использованию заработанных ею средств. Одна треть женщин, проживающих в городской местности, имеющих средний уровень образования, жительниц Балканского вelayта, имеющих 1-2 детей, принимают решения сами. Следует отметить, что более одной трети незамужних женщин, не имеющих детей, проживающих в сельской местности, жительниц Марыйского вelayта, не принимают участия в решении по использованию заработанных ими средств.

Для оценки важности заработка женщин в семейных затратах во время ПМДТ 2000 г. работающим женщинам, зарабатывающим деньги, задавался вопрос: "Какая часть расходов семейного бюджета в среднем покрывается за счет Вашей зарплаты: ничего, менее половины, более половины, вся зарплата или Ваш заработок сохраняется?". Данная информация не только помогает оценить важность заработка женщин в домашнем бюджете, но также помогает определить статус женщины. Ожидалось, что чем больше покрываются расходы на домашние нужды заработком женщины, тем больше трудовая занятость женщин поощряется в их собственном домовладении. Варианты ответов с учетом социально-биологических факторов о том, какая часть заработка женщины уходит на покрытие домашних нужд (среди работающих женщин, зарабатывающих деньги), представлены в таблице 3.8.

Из таблицы 3.8 ясно, что если женщины работают за деньги, их заработок в большинстве случаев имеет большое значение в покрытии домашних расходов. Если подробнее, то 35 процентов женщин зарабатывающих наличные, тратят половину своего заработка на домашние нужды. Одна из пяти женщин в возрасте 15-49 лет тратит на домашние нужды исключительно весь заработок. У женщин, работающих за наличные деньги, вероятность того, что только их заработок будет уходить на домашние нужды, возрастает с возрастом женщины – с 16 процентов женщин в возрасте 15-19 лет до 40 процентов и выше – в возрасте 30-49 лет. Половину домашних расходов оплачивают женским заработком от 40 процентов и выше работающие женщины, имеющие 1-4 детей. Следует отметить, что менее половины заработка тратят на домашние нужды разведенные, проживающие раздельно и вдовы, жительницы Балканского вelayта, женщины с высшим уровнем образования, женщины другой национальности. Заработок женщины играет большую роль в домашнем хозяйстве, как в городской так и в сельской местности.

Таблица 3.8 Решение об использовании заработка и величина заработка, используемого на домашние нужды

Процентное распределение женщин, зарабатывающих деньги и использующих их единолично или с кем-либо еще, и соотношение домашних расходов к величине заработка в зависимости от социально-биологических факторов. Туркменстан, 2000.

Социально-биологические факторы	Лицо, которое решает, как использовать заработок				Все-го	Соотношение домашних расходов к величине заработка					Все-го	Кол-во женщин
	Респондент	Совместно	Кто-то другой	Пропущено		Почт и ниче го	Ме-нес поло ви-ны	Бо-лее полов и-ны	Все			
									Пропущено	Пропущено		
Возраст, лет												
15-19	12.8	35.7	51.1	0.4	100.0	3.9	80.0	15.4	0.4	0.3	100.0	418
20-24	17.2	39.7	42.9	0.2	100.0	4.3	72.6	20.1	2.8	0.2	100.0	708
25-29	24.0	49.8	26.0	0.2	100.0	2.6	65.2	28.5	3.7	0.0	100.0	637
30-34	25.2	62.7	12.1	0.0	100.0	1.4	54.5	39.3	4.8	0.0	100.0	602
35-39	27.6	65.0	7.4	0.0	100.0	1.1	56.9	33.5	8.5	0.0	100.0	587
40-44	24.2	66.1	9.7	0.0	100.0	0.7	54.4	39.6	5.3	0.0	100.0	507
45-49	38.8	56.6	4.6	0.0	100.0	0.6	56.4	33.9	9.1	0.0	100.0	410
Семейное положение												
Не была замужем	17.4	34.1	48.1	0.4	100.0	4.5	76.2	18.0	1.0	0.3	100.0	1,037
Замужем/живут вместе	18.6	67.2	14.2	0.0	100.0	1.3	60.8	34.3	3.6	0.0	100.0	2,533
Вдовы/ Разведена/не живут вместе	91.3	5.4	3.3	0.0	100.0	1.6	34.0	35.3	29.0	0.0	100.0	297
Число живых детей												
0	19.6	35.3	44.7	0.4	100.0	4.4	74.7	18.9	1.7	0.2	100.0	1,196
1-2	30.8	52.1	17.1	0.0	100.0	1.5	55.0	35.1	8.4	0.0	100.0	1,177
3-4	23.4	68.6	8.0	0.0	100.0	0.7	58.7	35.2	5.4	0.0	100.0	962
5+	19.1	70.7	10.2	0.0	100.0	1.3	61.1	34.4	3.1	0.0	100.0	533
Местожительство												
Город	35.5	50.8	13.6	0.1	100.0	1.9	54.6	35.7	7.9	0.0	100.0	1,869
Село	13.1	56.1	30.7	0.1	100.0	2.5	70.6	24.7	2.0	0.1	100.0	1,998
Регион												
г.Ашгабат	44.9	44.6	10.4	0.0	100.0	1.0	56.0	33.3	9.7	0.0	100.0	530
Ахал	13.4	61.2	25.3	0.0	100.0	0.8	85.5	12.3	1.4	0.0	100.0	530
Балкан	32.1	52.9	15.0	0.0	100.0	2.7	43.2	51.3	2.8	0.0	100.0	362
Дашогуз	20.0	61.0	18.8	0.2	100.0	1.5	70.0	25.2	3.2	0.2	100.0	743
Лебап	24.3	57.2	18.6	0.0	100.0	3.9	57.6	34.4	4.2	0.0	100.0	864
Мары	16.7	44.5	38.5	0.3	100.0	2.4	60.6	29.8	7.0	0.2	100.0	838
Образование												
Начальное/среднее	18.9	52.0	29.0	0.1	100.0	2.5	69.2	24.9	3.4	0.1	100.0	2,362
Средне-спец.	32.7	54.1	13.2	0.0	100.0	1.9	54.6	36.1	7.4	0.0	100.0	1,063
Высшее	29.7	60.5	9.3	0.5	100.0	1.3	49.0	42.9	6.7	0.1	100.0	442
Национальность												
Туркменки	19.4	54.5	26.0	0.1	100.0	2.4	66.0	28.3	3.3	0.1	100.0	2,961
Узбечки	26.5	59.0	14.2	0.3	100.0	1.9	59.9	29.7	8.3	0.2	100.0	389
Другие	17.5	14.2	8.3	0.0	100.0	1.3	47.2	40.3	11.2	0.0	100.0	516
Всего	23.9	53.6	22.4	0.1	100.0	2.2	62.9	30.0	4.9	0.1	100.0	3,867

Таблица 3.9 демонстрирует долю участия работающей женщины в контроле своего заработка, в зависимости от того, обеспечивает ли ее заработок покрытие домашних расходов. За исключением женщин, которые зарабатывают наличные деньги и почти не тратят их на домашние расходы, все остальные женщины, работающие за деньги, чаще принимают решение об использовании своего заработка независимо от размера домашних затрат. Пятнадцать процентов замужних женщин тратят на домашние нужды менее половины своего заработка, 21 процент более половины, и 53 процента полностью расходуют свой заработок на домашние нужды. Удивительно, что процент замужних женщин, не принимающих участия в решении использования ее заработка (вложения в домашние расходы менее половины, половины и более половины ее заработка) сначала падает с 17 процентов до 9 процентов и далее возрастает до 14 процентов среди женщин, полностью оплачивающих домашние расходы. Среди женщин, которые оплачивают едва ли не все домашние расходы, замужние женщины используют заработок для уравнивания числа принимаемых решений самой женщины с мужем или с кем-либо еще.

Таблица 3.9 Контроль над заработком по вкладам на домашние нужды

Процентное распределение женщин, зарабатывающих деньги, в зависимости от лица, принимающего решение об использовании этих денег, и статус женщины в зависимости от социально-биологических факторов. Туркменистан, 2000.

Вклад заработка на домашние нужды	Замужем/живут вместе					Не замужем/не живут вместе						
	Только сама	Совместно с:		Только муж/партнер	Только кто-то другой	Всего	Количество женщин	Только сама	Совместно с другим	Только кто-то другой	Всего	Кол-во женщин
		Муж/партнер	Кто-то другой									
Почти ничего	26.5	42.7	4.9	17.2	8.6	100.0	32	52.1	6.0	41.8	100.0	52
Менее половины	15.1	65.8	2.6	7.6	9.0	100.0	1,540	21.4	32.7	45.5	100.0	891
Более половины	21.0	69.0	0.6	7.7	1.7	100.0	870	48.6	24.8	26.6	100.0	291
Весь	53.0	28.4	3.6	14.9	0.0	100.0	91	95.8	2.5	1.6	100.0	96
Не знает/пропущено	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	0.0	0.0	0.0	55.6	100.0	3
Всего	18.6	65.2	2.0	8.0	6.1	100.0	2,533	33.9	27.7	38.1	100.0	1,334

3.2 Положение женщин

В дополнение к информации об образовании женщин, статусе их занятости, о контроле своего заработка ПМДТ 2000 г. помогло собрать информацию по дополнительным аспектам женского статуса. В частности, задавались вопросы о женском участии в принятии решений по семейным вопросам. Данная информация помогла заглянуть внутрь проблемы контроля женщиной своей жизни и ее отношения к традиционной гендерной роли. Все эти важные аспекты реализации прав женщины важны для понимания ее репродуктивного поведения.

Ответы на указанные вопросы использовались для определения одного из показателей женских прав: участие женщины в принятии решений и право женщины отказать мужу в половых отношениях. Этот показатель напрямую связан с правами женщин и отражает степень контроля женщиной своей жизни. Информация об уровнях реализации репродуктивных прав женщин будет использована в улучшении программ охраны репродуктивного здоровья семьи, которые зависят от возможностей и способности женщины контролировать свою жизнь.

Таблица 3.10 Принятие решений в некоторых домашних ситуациях

Процентное распределение женщин в зависимости от лица, принимающего основные решения по домовладению, и статус женщины, в зависимости от типа решений. Туркменистан, 2000.

Тип решения	Только сама	Совместно с мужем	Совместно с кем-то другим	Только о муж	Только кто-то другой	Пропущено	Всего	Кол-во женщин
Замужем или живет вместе								
Собственное здоровье респондентки	40.3	40.4	2.6	9.3	7.3	0.1	100.0	4,892
Большие домашние закупки	7.2	61.1	4.0	13.6	14.1	0.0	100.0	4,892
Ежедневные домашние закупки	32.3	39.1	3.6	10.9	14.0	0.1	100.0	4,892
Посещение семьи, друзей или родственников	9.8	64.2	3.8	10.4	11.8	0.0	100.0	4,892
Какую пищу готовить на каждый день	76.3	9.8	5.4	0.9	7.6	0.0	100.0	4,892
Не замужем или не живет вместе								
Собственное здоровье респондентки	32.3	0.3	20.4	0.1	46.8	0.0	100.0	3,027
Большие домашние закупки	13.4	0.5	18.2	0.2	67.7	0.0	100.0	3,027
Ежедневные домашние закупки	17.4	0.5	16.3	0.1	65.6	0.1	100.0	3,027
Посещение семьи, друзей или родственников	17.3	0.7	24.1	0.1	57.8	0.1	100.0	3,027
Какую пищу готовить на каждый день	28.9	0.2	22.8	0.0	48.1	0.0	100.0	3,027

3.2.1 Принятие решений по некоторым домашним ситуациям

Для оценки роли женщины в принятии решений им задавались вопросы об их участии в принятии пяти различных решений: касательно собственного здоровья, больших домашних покупок, ежедневных домашних покупок, посещений семьи родственниками и друзьями и том, какую пищу необходимо ежедневно готовить. Таблица 3.10 показывает процентное распределение женщин в соответствии с тем, за кем в семье обычно остается последнее слово по каждому из решений.

Большинство замужних женщин, три из четырех, чаще принимают самостоятельные решения по вопросам, касающимся приготовления пищи на каждый день, меньшее число женщин имеет последнее слово по другим решениям. Самостоятельные решения по вопросам, касающимся их собственного здоровья, принимают 41 процент женщин, и решения по ежедневным домашним покупкам 33 процента. Одна из десяти женщин решает вопрос о посещениях семьи и больших домашних покупках. Следует добавить, что 17 процентов замужних женщин не принимают самостоятельного решения по вопросам относительно своего здоровья. Одна пятая часть женщин не решает вопросы относительно крупных домашних покупок и посещения семьи родственниками. Незамужние чаще не принимают самостоятельных решений. Например, около половины незамужних не принимают окончательных решений относительно их здоровья и по вопросу о том, какую пищу необходимо готовить; этот процент увеличивается в два-три раза по пунктам, касающимся ежедневных домашних покупок и больших домашних покупок.

Таблица 3.11. Право принятия окончательного решения в домашних ситуациях

Процент женщин, имеющих право самостоятельно/совместно принимать окончательное решение в специфических домашних ситуациях, в зависимости от социально-биологических факторов. Туркменистан, 2000.

Социально-биологические факторы	Имеет право на самостоятельное/совместное принятие окончательного решения в:					Имеет право принимать окончательное решение	Не имеет право принимать окончательное решение	Кол-во женщин
	Уход за собственным здоровьем	Большие домашние закупки	Ежедневные домашние закупки	Посещение семьи, друзей, родствен.	Приготовление пищи			
Возраст, лет								
15-19	41.1	19.9	22.6	31.0	43.2	17.7	43.3	1,574
20-24	60.9	35.4	38.8	45.4	61.4	28.9	25.2	1,541
25-29	76.6	58.6	60.1	65.0	82.2	48.1	9.7	1,256
30-34	84.8	77.2	77.5	80.2	93.5	63.4	2.9	1,060
35-39	88.8	82.4	83.7	85.6	96.0	72.7	2.4	974
40-44	89.9	83.9	89.8	91.3	97.6	73.5	0.6	845
45-49	90.9	87.7	90.0	92.1	95.5	78.4	1.9	669
Семейное положение								
Не была замужем	46.3	22.9	25.2	34.1	45.2	19.9	39.3	2,563
Замужем/ живут вместе	83.3	72.3	75.0	77.8	91.6	61.0	4.8	4,892
Вдова	95.9	92.3	93.3	92.2	94.9	86.8	1.2	174
Разведена/не живут вместе	87.1	78.2	78.9	82.0	84.4	72.6	6.7	289
Количество детей								
0	50.0	26.2	28.7	37.1	49.1	22.5	36.2	2,942
1-2	80.8	68.9	70.5	73.5	88.1	58.2	6.7	2,334
3-4	87.4	79.2	82.6	84.2	96.2	67.6	2.08	1,710
5+	88.9	83.3	86.0	89.1	96.7	72.6	1.0	934
Местожительство								
Город	78.4	63.9	66.5	71.9	80.9	55.1	11.0	3,691
Село	65.9	50.9	53.3	57.3	72.4	43.1	20.3	4,228
Регион								
г. Ашгабат	81.3	64.9	68.1	74.1	81.8	55.8	9.0	1,038
Ахал	81.4	66.3	67.3	77.6	79.0	61.4	12.4	1,145
Балкан	83.8	67.8	64.1	79.2	80.6	57.0	8.3	709
Дашогуз	78.3	60.9	61.7	64.4	78.4	57.3	13.2	1,628
Лебап	67.9	49.6	53.7	55.1	73.3	40.9	18.2	1,607
Мары	52.6	45.1	50.7	51.5	70.8	32.2	25.8	1,791
Образование								
Начальное/среднее	67.3	52.0	54.3	59.7	73.0	44.4	19.2	5,800
Средне-спец.	82.4	69.6	71.6	74.2	84.7	59.0	7.9	1,556
Высшее	87.6	72.7	78.5	81.8	88.3	63.8	4.4	563
Национальность								
Туркменки	69.1	54.5	57.1	62.0	74.6	46.4	17.9	6,191
Узбечки	79.2	61.0	63.5	64.4	81.9	53.5	9.4	857
Другие	82.9	70.3	72.4	78.9	83.6	60.2	8.8	871
Трудовая деятельность								
Безработная	65.7	48.9	51.4	55.7	70.9	41.6	21.3	3,995
Получает деньги за работу	78.1	65.4	67.8	72.8	82.1	5.6	10.4	3,867
Не получает деньги за работу	82.3	78.8	80.8	82.5	83.8	66.9	9.6	198
Всего	71.7	57.0	59.4	64.1	76.4	48.7	16.0	7,919

Таблица 3.11 представляет, как участие в принятии решений меняется среди всех женщин в зависимости от социально-биологических факторов. Женщин спрашивали об их участии в принятии решений самостоятельно или совместно с мужем или с кем-либо еще. Процент женщин, которые принимают участие во всех пяти решениях, растет с возрастом – от 18 процентов среди женщин 15-19 лет до 78 процентов среди женщин 45-49 лет. По крайней мере три из четырех женщин возрастной группы 30-34 лет участвуют в принятии решений. Однако, среди женщин младшего возраста участие значительно различается в зависимости от типа решения. Никогда не бывшие замужем женщины меньше всего участвуют во всех решениях, в то время как вдовы чаще всего принимают самостоятельные решения. Участие во всех решениях возрастает с

количеством детей. Двадцать три процента женщин, не имеющих детей, участвуют во всех решениях по сравнению с 72 процентами женщин, имеющих пять и более детей. Городские женщины чаще, чем сельские женщины, участвуют в решениях, и процент участия по каждому решению возрастает в зависимости от уровня образования. Участие во всех решениях меняется от 62 процентов в Ахалском вельяте и 56-57 процентов в Дашогузском, Балканском вельятах и г.Ашгабат до 32 процентов женщин в Марыйском вельяте. Одна из четырех женщин Марыйского вельята и одна из пяти Лебапского вельята не участвует в ни в одном решении. Как и ожидалось, работающие женщины, особенно те, кто получает деньги, чаще, чем неработающие женщины, участвуют в принятии всех решений.

В ряде случаев женщины имели право принимать некоторые решения самостоятельно, и не имели его в других. Для оценки самостоятельности женщины складывается общее количество решений, в которых она принимает участие (например, она единственная имеет последнее слово или делает это совместно с мужем или с кем-то еще). Около половины (49 процентов) женщин участвуют во всех пяти решениях, и лишь 16 процентов не участвуют в принятии ни одного решения. Остальные женщины распределились среди тех, кто участвует в принятии одного, двух, трех и четырех решений.

Ч.М.Назаров, А.Аннамухаммедова, Кия Уинстайн

У женщин, являвшихся респондентами ПМДТ 2000 года, была собрана информация о всех беременностях. Для детального описания состояния рождаемости в Туркменистане было очень важно получить исчерпывающую информацию. Женщинам задавались вопросы обо всех беременностях в течение жизни, завершившихся рождением живых детей, абортами (включая мини-аборты), выкидышами и мертворождением. Число детей, родившихся живыми, выяснялось путем уточнения количества сыновей и дочерей, проживающих или не проживающих с респондентом, и количества детей, впоследствии умерших. Во избежание пропуска беременностей в случае интервала между беременностями в 4 года и более, респондентке задавались дополнительные вопросы о беременностях, возможно, пропущенных в течение этого интервала.

Каждая история беременностей женщины составлялась в обратном хронологическом порядке, начиная от последней беременности и кончая первой. Исход каждой беременности (живорожденность, медицинский аборт, мини-аборт, выкидыш или мертворождение) был зарегистрирован в соответствии с датой завершения беременности. По каждой беременности, завершившейся рождением живого ребенка, была собрана информация о поле ребенка, статусе выживания и возрасте (для живых детей) или возрасте в момент смерти (для умерших).

Эта глава содержит сведения о детях, родившихся живыми. Так как национальность является важным фактором в характеристике рождаемости в Туркменистане, то эти данные представлены отдельно для лиц туркменской и узбекской национальностей, а также лиц другой национальности. Информация о других исходах беременностей представлена в другой главе.

4.1 Текущая рождаемость

Повозрастные и общие коэффициенты рождаемости представлены в таблице 4.1 и рисунке 4.1. Они были рассчитаны исходя из информации, полученной из истории беременности. Эти данные относятся к трехлетию периоду, предшествовавшему исследованию, т.е. с середины 1997 г. до середины 2000 г.. Повозрастные коэффициенты рождаемости рассчитывались путем деления количества родов у женщин в пятилетнем возрастном интервале на количество женщин-лет в том же интервале¹. Суммарный коэффициент рождаемости (СКР) составляется из повозрастных коэффициентов рождаемости путем суммирования повозрастных коэффициентов и умножения их на пять. СКР рассчитывался на одну женщину для того, чтобы дать понятие о текущем уровне по возрастной рождаемости в течение всего репродуктивного периода.

Если бы рождаемость оставалась постоянной согласно уровню на 2000 год, то туркменская женщина родила бы в среднем 2,9 ребенка. Эта средняя для нации является результатом наличия двух различных уровней рождаемости. Рождаемость у городских женщин ниже, чем у сельских, на протяжении всего репродуктивного периода, в результате чего СКР среди городских женщин на 0,8 ребенка ниже, чем среди сельских. СКР у городских женщин - 2,5, а у сельских 3,3 ребенка. Наивысшая рождаемость как среди городских, так и сельских женщин наблюдается в возрастном диапазоне 20-24 года и 25-29 лет. Видно также, что коэффициент рождаемости среди респонденток в возрастной группе 45-49 лет за последние три года был равен 1.

¹ Показатели повозрастных коэффициентов рождаемости были рассчитаны путем суммирования числа живорожденных детей, родившихся в течение 1-36 месяцев до проведения исследования с разбивкой их на возрастные группы (по пять лет) по возрасту матери на момент рождения ребенка (возраст матери рассчитывался по дате рождения).

Таблица 4.1 Текущая рождаемость

Повозрастной и суммарный коэффициенты рождаемости и число родившихся в течение трех лет, предшествовавших исследованию, в зависимости от местожительства и национальности. Туркменистан, 2000.

Возраст, лет	Местожительство		Национальность			
	Город	Село	Туркменки	Узбечки	Другие	Туркменистан
15-19	36	26	26	61	21	30
20-24	165	199	179	255	143	184
25-29	144	133	213	147	105	195
30-34	87	124	118	65	44	105
35-39	50	47	51	42	33	48
40-44	11	17	15	9	9	14
45-49	0	3	2	(0)	(0)	1
СКР 15-49	2.46	3.30	3.02	2.90	1.78	2.89
СКР 15-44	2.46	3.28	3.01	2.90	1.78	2.88
ОКР	87.00	116.00	107.00	114.00	59.00	103.00
ЧР	20.50	28.20	-	-	-	24.60

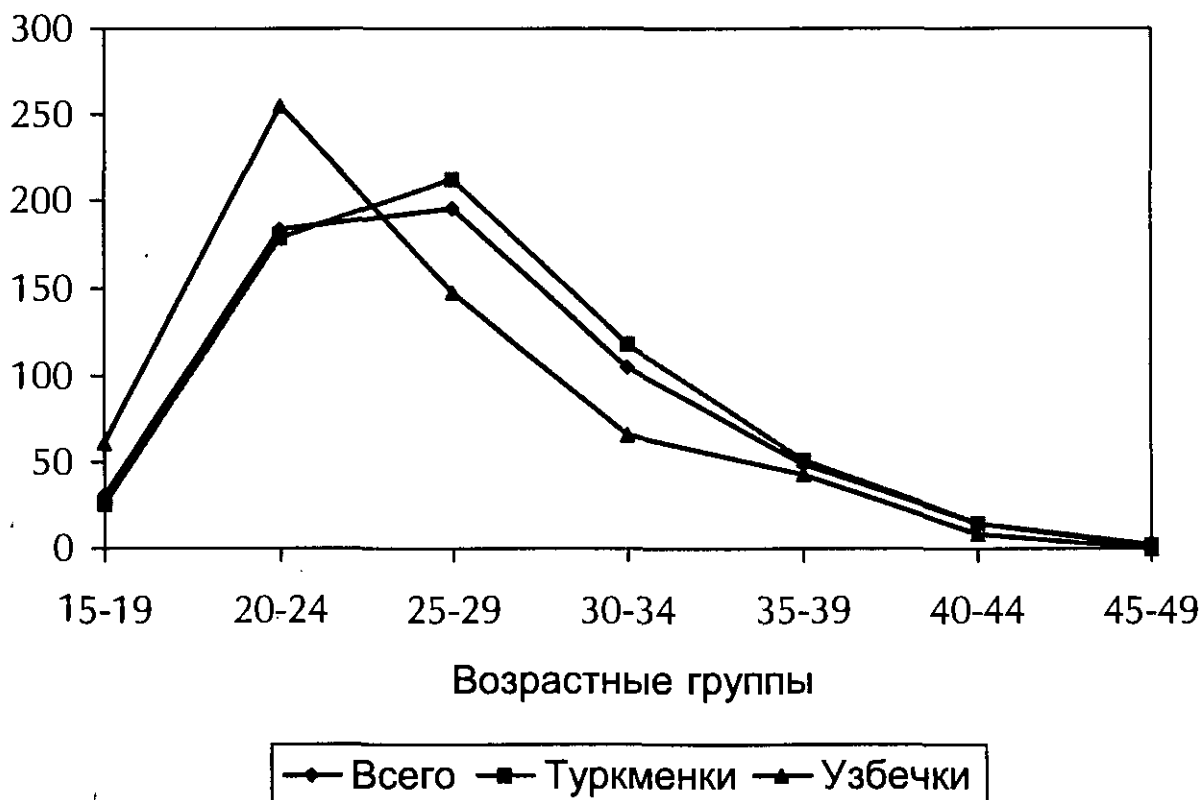
Примечание. Коэффициенты даны для периода 1-36 месяцев, предшествовавших исследованию. Коэффициенты для возрастной группы 45-49 лет могут несколько отличаться из-за округления. Цифры в скобках указывают, что одна или более составляющих повозрастных коэффициентов основаны на менее чем 250 женщина-лет.

СКР: суммарный коэффициент рождаемости, рассчитывается на одну женщину

ОКР: общий коэффициент рождаемости (число родов, деленное на число женщин 15-44 лет), рассчитывается на 1000 женщин

ЧР: число родившихся, рассчитывается на 1000 человек населения

Рисунок 4.1 Повозрастные показатели рождаемости в зависимости от этнической принадлежности



Как среди туркменок, так и среди узбечек отмечен пик деторождения в возрастных группах 20-24 и 25-29 лет, однако среди женщин-туркменок СКР выше (3,3 ребенка на женщину), чем средний СКР женщин-узбечек, составляющий 2,9, а среди женщин других национальностей СКР ниже (1,78 ребенка на женщину). Такое значение СКР среди женщин других национальностей обусловлено низкими значениями повозрастных коэффициентов рождаемости во всех возрастных группах, за исключением женщин в возрасте 20-24 года, среди которых уровень рождаемости немного выше.

В таблице 4.1 также представлены два других показателя рождаемости: общий коэффициент рождаемости (ОКР) и число родившихся (ЧР). Эти показатели вычисляются на основе данных, полученных из истории беременностей за трехлетний период, предшествовавший исследованию, а также половозрастного распределения членов семьи. ОКР отражает ежегодное количество родов, рассчитанное на 1000 женщин в возрасте 15-44 лет. ЧР характеризует ежегодное количество родов, рассчитанное на 1000 человек общего населения. ЧР по данным нашего исследования составил 24,6 и является более высоким, чем сообщалось Министерством здравоохранения на 1999 год – 18,5².

Таблица 4.2 и рисунок 4.2 представляют СКР за трехлетний период, предшествовавший исследованию, в зависимости от социально-биологических факторов. Выявлены существенные региональные различия, касающиеся уровня рождаемости, при этом количественная вариабельность составляла почти две единицы. Низкий СКР был среди женщин г.Ашгабата (2,1 на женщину) и в Балканском велаяте (2,68), средний - в Ахалском (2,91), Лебапском (2,97) и высокий - в Марыйском (3,09) и Дашогузском (3,14) велаятах.

У женщины Туркменистана прослеживаются те же особенности рождаемости, которые характерны и для многих других стран, а именно снижение рождаемости у женщин с ростом уровня образования. Так, СКР снижается с 3,02 ребенка на женщину среди респондентов с начальным и средним образованием до 2,59 среди женщин со средне-специальным и высшим образованием.

Таблица 4.2 Рождаемость в зависимости от социально-биологических факторов

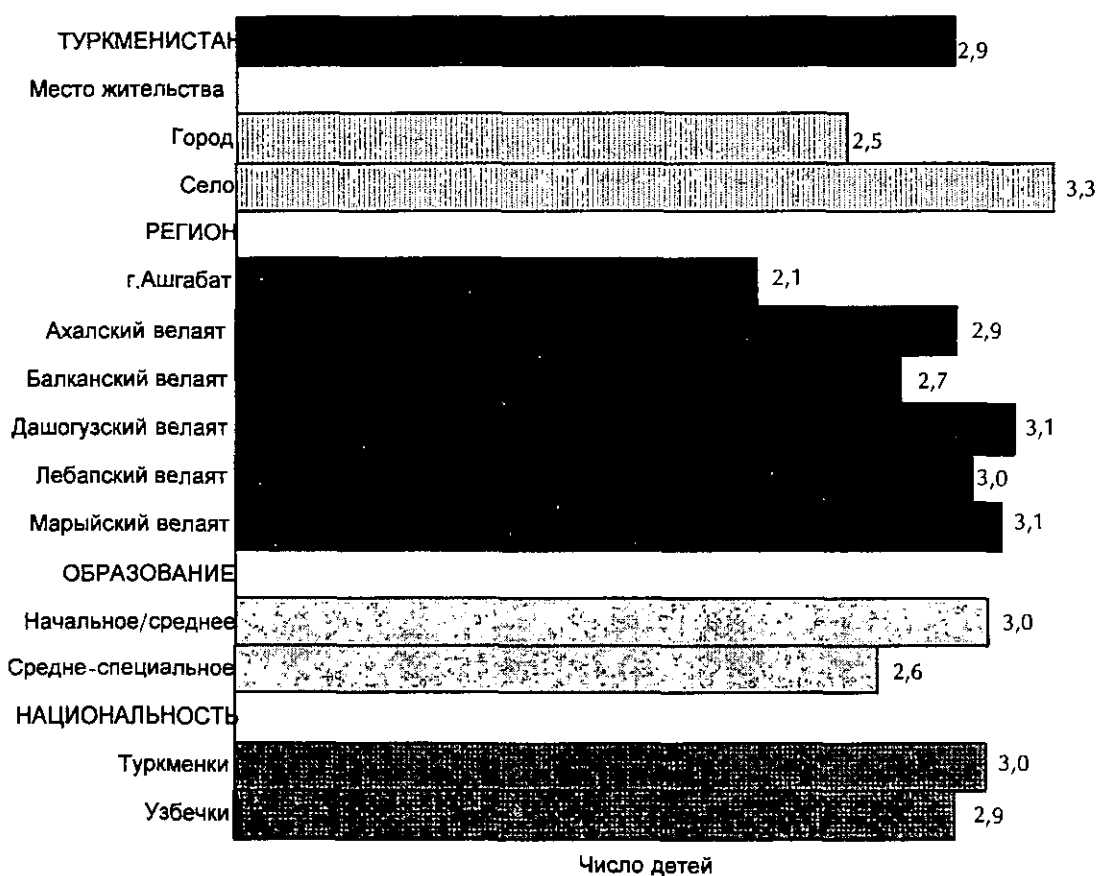
Суммарный коэффициент рождаемости в течение трех лет, предшествовавших исследованию, процент беременных и среднее количество родившихся детей у женщин в возрасте 40-49 лет в зависимости от социально-биологических факторов. Туркменистан, 2000.

Социально-биологические факторы	Суммарный коэффициент рождаемости ¹	Процент беременных ¹	Среднее кол-во детей, родившихся у женщин 40-49 лет
Местожителство			
Город	2.46	3.65	4.05
Село	3.30	5.07	5.71
Регион			
г.Ашгабат	2.10	3.46	3.25
Ахал	2.91	4.68	5.27
Балкан	2.68	3.41	4.82
Дашогуз	3.14	4.98	5.77
Лебап	2.97	5.40	4.78
Мары	3.09	3.79	4.92
Образование			
Начальное/Среднее	3.03	4.58	5.40
Средне-спец.	2.59	3.76	3.57
Высшее	2.59	4.42	3.52
Национальность			
Туркменки	3.02	4.52	5.25
Узбечки	2.90	5.25	5.31
Другие	1.78	2.80	2.87
Всего	2.89	4.41	4.82

¹ Женщины в возрасте 15-49 лет

² Согласно МЗ и МПТ рождаемость составляла 28,1 в 1995г., 21,6 в 1997г., 20,8 в 1998г. И 18,5 в 1999г.

Рисунок 4.2 Суммарные коэффициенты рождаемости в зависимости от социально-биологических факторов



В таблице 4.2 также представлен процент женщин, сообщивших, что они беременны. Так как на ранних сроках беременности не все женщины могут знать о том, что они беременны, этот процент может быть заниженным. Процент таких беременных соизмеряется с низкой рождаемостью. Как и в случае с СКР, прослеживаются те же закономерности изменения данного показателя в зависимости от социально-биологических факторов.

В таблице 4.2 также представлено среднее число детей, когда-либо рожденных женщиной (КРД), у женщин в возрасте 40-49 лет. Тенденции рождаемости можно определить путем сравнения СКР (показатель текущей рождаемости) со средним количеством когда-либо родившихся детей (КРД) у женщин в возрасте 40-49 лет (показатель завершенной рождаемости). Если нет разницы между уровнями рождаемости в течение трех и более десятилетий, предшествовавших исследованию, СКР и КРД будут почти одинаковыми. В нашем случае СКР (2,9 ребенка на женщину) в два раза меньше КРД (4,8). Это показывает, что рождаемость в Туркменистане снизилась за последние три десятилетия. СКР ниже КРД как для городских, так и сельских женщин, в каждом регионе, для каждого уровня образования и этнической группы.

4.2 Тенденции рождаемости

Фактическое снижение уровня рождаемости в последние годы также подтверждается изменениями ПВКР по данным ПМДГ 2000 г. Таблица 4.3 и рисунок 4.3 представляет ПВКР за 5-летний период, предшествовавший исследованию, на основе данных из историй беременностей о детях, родившихся живыми. Снижение рождаемости в периоды времени от 5-9 до 0-4 года, предшествовавшие исследованию, наблюдается среди женщин всех возрастных групп (исключая женщин 45-49 лет, у которых не было родов, закончившихся рождением живых детей). Снижение на 25-30 процентов наблюдается среди женщин, не достигших 35 лет, и более выраженное снижение - среди женщин старших возрастных групп (на 37 и 65 процентов среди женщины 35-39 и 40-44 лет соответственно).

Таблица 4.3 Динамика повозрастных коэффициентов рождаемости

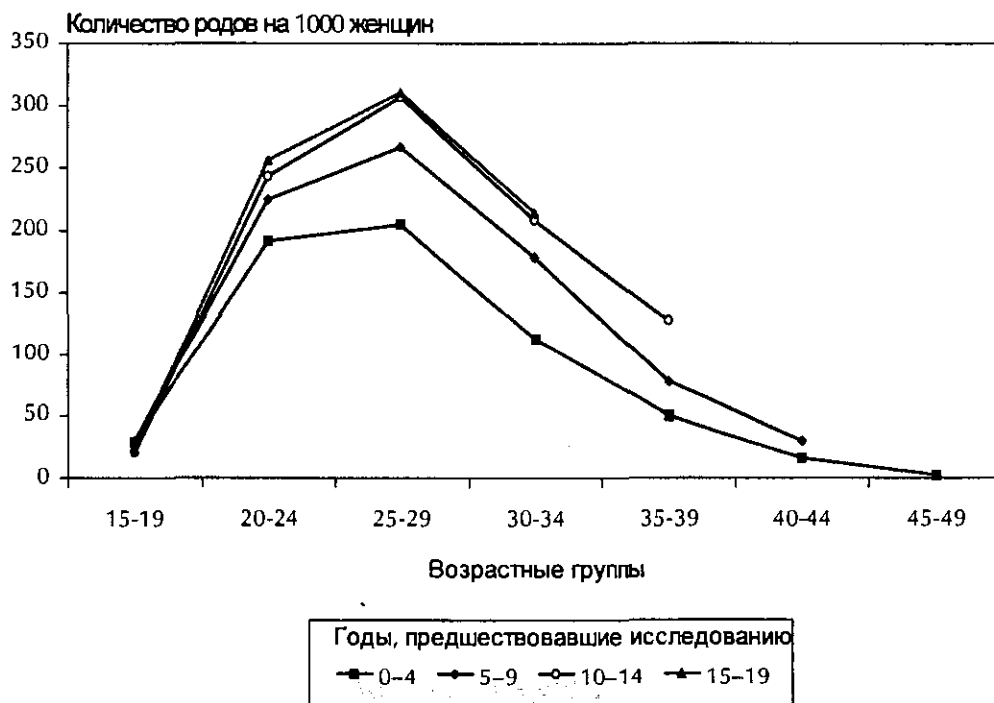
Повозрастные коэффициенты за пятилетние периоды, предшествовавшие исследованию, в зависимости от возраста матери к моменту родов. Туркменистан, 2000.

Возраст матери	Количество лет, предшествовавших исследованию			
	0-4	5-9	10-14	15-19
15-19	29	30	21	24
20-24	192	224	243	256
25-29	204	267	307	310
30-34	113	179	208	[214]
35-39	50	78	[128]	-
40-44	16	[30]	-	-
45-49	[2]	-	-	-

Примечание. Повозрастные коэффициенты рождаемости рассчитаны на 1000 женщин.

Цифры в квадратных скобках округлены.

Рисунок 4.3 Тенденции повозрастных показателей рождаемости



4.3 Сведения о родившихся и живых детях

В таблице 4.4 представлено распределение всех женщин и тех женщин, которые на данный момент находятся замужем, по количеству когда-либо рожденных детей. Основное различие между женщинами, в настоящий момент находящимися замужем, и общей выборкой касается женщин до 25 лет, основная часть которых является незамужними и детей не имеют. Таблица также показывает среднее число детей, когда-либо рожденных, по возрастным группам матерей, сгруппированным с 5-летним интервалом. Среднее число детей, когда-либо рожденных, в группе всех женщин составляет 2 ребенка; у женщин, которые в настоящий момент состоят в браке – 3 ребенка. Существенные различия между показателями имеются в основном из-за того, что молодые женщины еще не успели родить своих детей. Среднее число когда-либо рожденных постепенно увеличивается в течение жизни, достигая 5 детей на женщину в возрасте 45-49 лет.

Таблица 4.4 Количество детей когда-либо родившихся и живых

Процентное распределение всех женщин и замужних женщин 15-49 лет в зависимости от количества когда-либо родившихся детей (КРД) и среднего количества родившихся и живых детей и в соответствии с пятилетними группами. Туркменистан, 2000.

Возрастные группы	Число родившихся детей											Всего	Кол-во женщин	Среднее к-во живых детей	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10+			КРД	детей
ВСЕ ЖЕНЩИНЫ															
15-19	94.4	2.5	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	1,574	0.03	0.03
20-24	61.4	21.6	13.3	3.3	0.3	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	1,541	0.60	0.55
25-29	21.4	20.6	36.2	16.1	4.4	1.1	0.2	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	1,256	1.66	1.52
30-34	6.7	9.8	26.4	30.2	17.8	5.4	2.8	0.7	0.1	0.1	0.0	100.0	1,060	2.75	2.51
35-39	5.1	5.3	14.3	22.5	22.8	18.3	7.7	2.7	0.5	0.5	0.3	100.0	974	3.61	3.21
40-44	2.6	3.6	9.3	13.8	18.2	18.1	16.5	8.7	4.9	2.4	1.8	100.0	845	4.68	4.14
45-49	1.4	6.8	8.7	11.8	11.1	18.3	14.4	12.8	6.8	4.0	4.0	100.0	669	5.05	4.38
Всего	36.6	10.9	15.4	12.5	8.8	6.7	4.3	2.5	1.2	0.7	0.6	100.0	7,919	2.12	1.90
ЗАМУЖНИЕ ЖЕНЩИНЫ															
15-19	55.5	42.7	1.8	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	83	0.46	0.42
20-24	18.3	44.5	29.1	7.3	0.6	0.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	682	1.28	1.19
25-29	7.2	23.2	43.1	19.6	5.3	1.3	0.2	0.1	0.0	0.0	0.0	100.0	1,015	1.98	1.82
30-34	1.8	8.4	27.3	32.5	19.9	6.0	3.1	0.8	0.1	0.1	0.0	100.0	934	2.97	2.70
35-39	2.6	4.8	12.8	23.3	24.2	19.3	8.6	2.9	0.6	0.5	0.3	100.0	857	3.79	3.38
40-44	1.6	2.9	8.5	12.4	19.0	19.2	17.9	9.4	4.8	2.3	2.0	100.0	765	4.84	4.28
45-49	0.7	5.4	7.3	11.3	11.1	18.0	16.2	13.7	7.2	4.7	4.3	100.0	556	5.27	4.59
Всего	6.1	15.3	22.6	18.6	13.5	9.9	6.8	3.7	1.7	1.0	0.9	100.0	4,892	3.18	2.85

Предварительный анализ выживаемости детей может быть проведен путем сравнения среднего количества когда-либо родившихся со средним количеством выживших, что показано в таблице 4.4. В целом, 10 процентов живорожденных не выжило до момента проведения исследования. Количество умерших детей к моменту исследования медленно возрастает с 8 процентов для женщин в возрасте 20-24 лет до 13 процентов для женщин возрастной группы 45-49 лет.

4.4 Межродовой интервал

Продолжительность интервалов между родами является важным компонентом деторождения. Исследования показали, что дети, рожденные вскоре после предыдущей беременности, имеют повышенный риск смертности, в особенности, когда интервал между родами составляет менее 24 месяцев. Таблица 4.5 представляет процентное распределение вторых и последующих родов за пятилетний период, предшествующий исследованию, в зависимости от количества месяцев, прошедших со времени предыдущих родов. Средний интервал между родами составляет немногим больше двух лет - 27,7 месяцев. В целом, 36 процентов родов происходит в течение 24 месяцев с момента предыдущих родов (рис.4.4).

Две трети родов с коротким межродовым интервалом происходят у женщин в двадцатилетнем возрасте. Половина родов у этих женщин происходит через 24 месяца с момента последних. Последующие роды (вторые, третьи) также чаще происходят вскоре после предыдущих. Роды, которые произошли вскоре после смерти последнего ребенка, чаще происходят в течение 24 месяцев, чем роды следующие за рождением здорового ребенка (половина и одна треть соответственно).

В таблице 4.5 показано, что распределение родов по интервалам варьирует в зависимости от социально-биологических характеристик. Сорок процентов родов у сельских женщин происходит через 24 месяца после предыдущих, в то время как среди городских женщин повторные роды происходят через 24

Таблица 4.5 Межродовой интервал

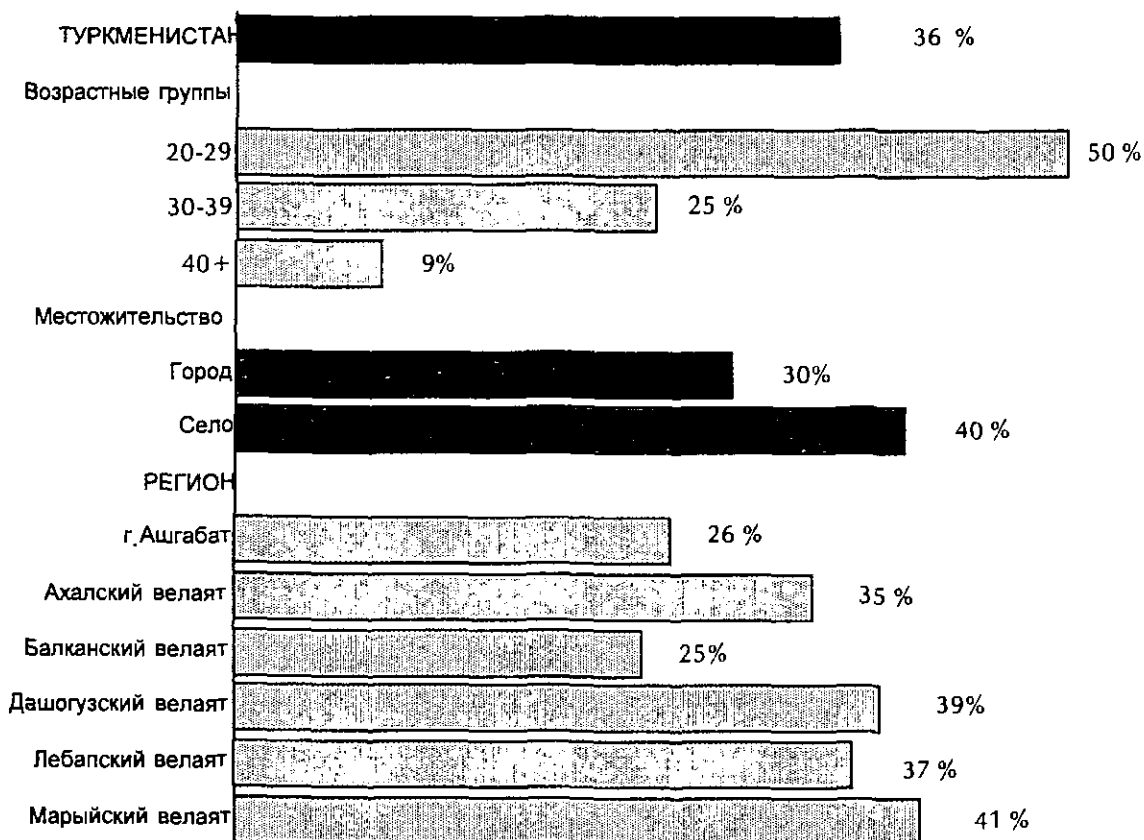
Процентное распределение вторых и последующих родов в течение пятилетнего периода, предшествовавшего исследованию, в зависимости от количества месяцев, прошедших со времени предыдущих родов, в соответствии с демографическими и социально-биологическими факторами. Туркменистан, 2000.

Показатели	Кол-во месяцев со времени предыдущих родов					Всего	Медиана к-ва месяцев со времени предыдущих родов	К-во родов
	7-17	18-23	24-35	36-47	48+			
Возраст матери, лет								
15-19	*	*	*	*	*	100.0	*	2
20-29	27.1	23.0	33.0	9.5	7.42	100.0	24.0	1,161
30-39	10.5	14.8	33.5	13.9	27.3	100.0	31.7	1,093
40+	2.6	6.2	19.5	17.0	54.8	100.0	55.0	146
Паритет родов								
2-3	21.3	20.7	32.3	10.9	14.9	100.0	26.1	1,666
4-6	11.6	12.4	33.0	13.8	29.3	100.0	32.3	626
7+	5.5	15.4	30.2	18.5	30.4	100.0	34.9	109
Пол ребенка, родившегося при предыдущих родах								
Мальчик	17.3	19.1	30.1	12.5	21.0	100.0	28.3	1,168
Девочка	18.8	17.5	34.5	11.4	17.8	100.0	27.3	1,233
Статус выживания детей								
Умершие	38.7	14.7	27.6	6.8	12.2	100.0	22.9	288
Живые	15.2	18.8	33.1	12.7	20.3	100.0	28.3	2,113
Местожительство								
Город	14.7	15.2	29.5	12.9	27.6	100.0	29.9	920
Село	20.1	20.2	34.2	11.4	14.2	100.0	26.4	1,481
Регион								
г. Ашгабат	14.4	11.9	34.9	9.2	29.6	100.0	30.0	220
Ахал	15.7	19.0	31.8	12.4	21.0	100.0	27.9	340
Балкан	12.3	12.2	28.1	16.6	30.7	100.0	34.8	177
Дашогуз	17.3	21.5	35.7	11.1	14.3	100.0	26.6	564
Лебап	18.2	18.9	30.2	14.2	18.5	100.0	27.3	480
Мары	22.7	18.4	31.7	10.5	16.7	100.0	26.9	620
Образование								
Начальное/Среднее	18.4	18.9	34.1	11.6	17.0	100.0	27.4	1,679
Средне-спец.	17.9	18.2	27.6	12.7	23.6	100.0	28.2	538
Высшее	14.9	13.0	30.9	13.7	27.5	100.0	30.6	184
Национальность								
Туркменки	18.8	18.8	32.6	11.9	17.8	100.0	27.3	1,994
Узбечки	14.9	18.1	34.5	14.0	18.6	100.0	28.2	276
Другие	13.9	10.5	24.2	8.2	43.2	100.0	36.5	132
Всего	18.0	18.3	32.4	12.0	19.3	100.0	27.7	2,401

Примечание. Первые роды исключены. Интервал при нескольких родах составляет количество месяцев со времени предыдущей беременности, завершившейся рождением живого ребенка. Звездочка указывает, что цифры основаны на менее 25 невзвешенных случаях и могут не учитываться. Цифры в скобках основаны на 25-49 невзвешенных случаях.

месяца после предыдущих у 30 процентов. Роды у женщин Марыйского, Дашогузского, Лебапского и Ахалского велаётов чаще происходят с интервалом в 24 месяца после предыдущих (35-41 процент), по сравнению с женщинами г.Ашгабата и Балканского велаёта, где только одна четвертая часть женщин рождает с таким интервалом. Такие же различия отмечаются в зависимости от уровня образования и этнической принадлежности. Тридцать семь процентов женщин с начальным, средним и средне-специальным образованием рожают с интервалом 24 месяца, среди женщин с высшим образованием таких 28 процентов. Тридцать восемь процентов женщин туркменок и тридцать три процента узбечек рожают с интервалом в 24 месяца, в то время как только 24 процента женщин других национальностей имеют такой же интервал.

Рисунок 4.4 Процент родов, произошедших в течение 24 месяцев после предыдущих родов



4.5 Возраст при первых родах

Возраст женщины, в котором начинается деторождение, является важным демографическим фактором, который отражается как на здоровье матери, так и ребенка. Раннее начало деторождения и недостаточное применение методов планирования семьи, как правило, ассоциируются с многодетностью семей и быстрым ростом популяции.

Таблица 4.6. Возраст при первых родах

Процентное распределение женщин 15-49 лет по возрасту при первых родах в соответствии с настоящим возрастом. Туркменистан, 2000.

Настоящий возраст, лет	Нерожавшие женщины	Возраст при первых родах, лет						Всего	Кол-во женщин	Средний возраст при первых родах
		<15	15-17	18-19	20-21	22-24	25+			
15-19	97.4	0.0	1.0	1.6	НП	НП	НП	100.0	1,574	*
20-24	61.4	0.1	1.8	12.6	14.8	9.4	0.0	100.0	1,541	*
25-29	21.4	0.1	1.7	11.0	22.4	30.6	12.9	100.0	1,256	23.3
30-34	6.7	0.1	0.8	9.1	21.8	38.1	23.5	100.0	1,060	23.4
35-39	5.1	0.0	1.5	8.6	24.7	34.9	25.3	100.0	974	23.3
40-44	2.6	0.0	1.2	17.7	30.0	30.6	18.0	100.0	845	22.1
45-49	1.4	0.2	3.9	21.5	28.8	28.7	15.6	100.0	669	21.7

НП = данные неприменимы

* Пропущено по причине того, что менее 50 процентов женщин возрастной группы X до X+4 имели роды к возрасту X

В таблице 4.6 представлено процентное распределение женщин в зависимости от возраста при первых родах в соответствии с настоящим возрастом. Начало деторождения плотно сконцентрировано в возрастной группе 20-24 года. Женщины в возрасте двадцати-тридцати лет реже начинают деторождение в двадцать лет, чем женщины, которым сейчас сорок лет. То есть, за последние примерно 20 лет средний возраст женщины к рождению первого ребенка увеличился на 1,5 года.

Таблица 4.7. Средний возраст при первых родах

Средний возраст при первых родах у женщин 25-49 лет в зависимости от настоящего возраста и некоторых социально-биологических факторов. Туркменистан, 2000

Социально-биологические факторы	Настоящий возраст, лет					Возраст 25-49 лет
	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	
Местожительство						
Город	22.8	23.1	23.2	22.1	21.9	22.7
Село	23.6	23.7	23.3	22.1	21.6	23.0
Регион						
г.Ашгабат	23.2	22.8	23.7	22.3	22.5	23.0
Ахал	23.6	23.2	23.2	22.2	21.5	22.9
Балкан	23.7	24.3	24.0	23.0	21.6	23.5
Дашогуз	23.9	24.3	23.5	21.9	21.8	23.2
Лебап	22.3	22.7	22.6	22.5	21.1	22.3
Мары	23.4	23.5	22.8	21.7	21.7	22.8
Образование						
Начальное/Среднее	23.1	23.3	23.0	21.7	21.4	22.5
Средне-специальное	23.0	23.2	23.4	22.7	21.7	23.0
Высшее	a	24/4	24/8	25.1	24.5	24.8
Национальность						
Туркменки	23.7	23.7	23.5	22.3	21.7	23.2
Узбечки	21.6	22.4	21.9	21.5	21.4	21.7
Другие	21.4	21.7	22.4	21.6	21.7	21.8
Всего	23.3	23.4	23.3	22.1	21.7	22.9

Примечание. ^a Пропущено по причине того, что менее 50 процентов женщин возрастной группы X до X+4 имели роды к возрасту X. Средние для когорты 15-19 и 20-24 года не были определены, поскольку половина женщин не имели родов.

Это небольшое увеличение возраста при первых родах для женщин 25-29 лет по сравнению с сорокалетними женщинами также видно из таблицы 4.7, которая представляет средний возраст при первых родах для когорты женщин 25 лет и более в зависимости от социально-биологических характеристик. Значимые различия отмечены в зависимости от этнической принадлежности женщин, женщины туркменки начинают деторождение, в среднем позднее, чем женщины узбекской и других национальностей. Женщины туркменки возрастной группы 25-29 лет имеют средний возраст при первых родах – 23,7, что на два года больше, чем у узбекских женщин (21,6) и женщин других национальностей (21,4).

4.6 Беременность и материнство среди женщин 15-19 лет

Рождаемость среди женщин 15-19 лет требует особого внимания, так как матери в этом юном возрасте, так же как и их дети, относятся к группе высокого риска социальных и медицинских проблем. По этому поводу было проведено много исследований, однако прояснить эти проблемы пока не удалось. Дети, рожденные юными матерями, чаще ассоциируются с высоким риском заболеваемости и смертности, чем дети, рожденные у матерей в более позднем возрасте.

Таблица 4.8 представляет процентное распределение женщин в возрасте 15-19 лет, которые являются матерями или впервые беременны. Исследование показывает, что раннее деторождение для Туркменистана не характерно, и практически не существует в возрасте младше 19 лет. В возрасте 19 лет начинают деторождение 20 процентов женщин, что соответствует современным медицинским рекомендациям.

Таблица 4.8 Беременность и материнство среди женщин 15-19 лет

Процент женщин 15-19 лет, являющихся матерями или впервые беременными, в зависимости от некоторых социально-биологических факторов. Туркменистан, 2000.

Социально-биологические факторы	Процент тех, кто:			Кол-во женщин
	Матери	Впервые беременные	Процент родивших	
Возраст, лет				
15	0.0	0.0	0.0	296
16	0.0	0.2	0.2	319
17	1.4	1.9	3.3	320
18	3.1	2.4	5.5	307
19	8.3	3.3	11.7	333
Местожительство				
Город	2.8	1.0	3.8	659
Село	2.5	2.1	4.6	915
Регион				
г. Ашгабат	0.0	0.0	0.0	157
Ахал	3.4	2.1	5.5	241
Балкан	4.1	2.9	7.0	128
Дашогуз	2.4	1.3	3.7	336
Лебал	2.8	2.2	5.0	349
Мары	2.8	1.3	4.1	364
Образование				
Начальное/Среднее	2.8	1.5	4.3	1,480
Средне-специальное	0.0	4.1	4.1	71
Высшее	*	*	*	23
Национальность				
Туркменки	2.5	1.4	3.9	1,263
Узбечки	4.3	2.0	6.3	178
Другие	1.8	3.6	5.4	132
Всего	2.6	1.6	4.3	1,574

Звездочка указывает, что цифры основаны на менее 25 невзвешенных случаях и могут не учитываться.

Ш.М.Тураева, Н.М.Бекмурадов, Кия Уинстайн

Главной задачей программ охраны репродуктивного здоровья семьи является пропаганда сознательного отношения к статусу родителей со стороны женщин и мужчин, а также представление семьям права самим решать вопрос о желаемом количестве детей и обеспечение их всеми средствами для достижения этой цели. Охрана репродуктивного здоровья семьи включает в себя оптимизацию репродуктивного поведения, времени зачатия, охрану плода, деторождение, предупреждение зачатия и прерывание нежелательной беременности. Служба охраны репродуктивного здоровья помогает супругам не только избежать нежелательной беременности, но также позволяет им выбирать определенное время деторождения. Контроль времени начала родительства позволяет оптимизировать выполнение программы деторождения в семье. Охрана репродуктивного здоровья имеет положительное влияние на здоровье матери и ребенка и содействует снижению материнской и неонатальной смертности, вторичного бесплодия. Действенность охраны репродуктивного здоровья зависит от знания методов контрацепции и их доступности для потенциальных пользователей. Доступность средств контрацепции, в свою очередь, зависит от качества и количества поставок и финансовых и технических возможностей семьи.

Тема методов контроля деторождения, обсуждаемая в этой главе, включает в себя сведения об осведомленности женщин о методах контрацепции, источниках их получения, использовании методов в прошлом и настоящем, причинах отказа, желании использовать в будущем, отношении женщин к популяризации методов контроля деторождения через средства массовой информации.

5.1 Осведомленность о методах контрацепции

Осведомленность о методах контрацепции является предпосылкой для их использования. Данные об этом были собраны путем опроса респондентов, при котором они должны были назвать методы и способы, с помощью которых женщины могут избежать или отложить беременность. Если респондент затруднялся назвать тот или иной метод самостоятельно, интервьюер описывал метод и затем выяснял, осведомлен ли респондент о нем. Таким образом, осведомленность о каком-либо методе контрацепции выяснялась так, как если бы респондент просто слышал о нем.

Методы контрацепции включают в себя современные и традиционные методы. Современные методы – это противозачаточные таблетки, ВМС, лактационная аменорея (ЛАМ), инъекции, импланты, женская и мужская стерилизация, экстренная контрацепция и барьерные методы (диафрагма, пена, гель, мужской и женский презерватив). Традиционные методы – это периодическое воздержание (календарный метод), прерванный акт, спринцевание.

Информация, касающаяся осведомленности женщин о методах контрацепции, представлена в таблице 5.1. Каждая замужняя женщина слышала о ВМС (99 процентов). Около одной трети замужних женщин знают пять современных методов: ВМС (99 процентов), ЛАМ (88 процентов), противозачаточные таблетки (79 процентов), инъекционные контрацептивы (75 процентов) и презервативы (68 процентов). О женской стерилизации знают 42 процента замужних женщин. Знания о традиционных методах контрацепции не столь универсальны: 39 процентов замужних женщин слышали о календарном методе, 47 процентов о прерванном половом акте. Данные, представленные в таблице 5.2, являются так же индикаторами информированности о методах планирования семьи. Замужние женщины знают в среднем шесть методов.

Незамужних женщин можно разделить на три категории: имеющие сексуальный опыт, но сексуально неактивные; сексуально активные незамужние женщины; незамужние не имеющие половых контактов. Незамужние женщины, имеющие сексуальный опыт, но сексуально неактивные имеют более низкий уровень осведомленности по сравнению с замужними женщинами. Это неудивительно, так как эта группа женщин в основном представлена вдовами или разведенными. Незамужними женщинами сексуально неактивными считались женщины, которые не имели половых отношений в течении 30 дней, предшествовавших

Таблица 5.1 Осведомленность о методах контрацепции

Процент всех женщин, замужних женщин, сексуально активных незамужних женщин и женщин, никогда не имевших половых отношений, осведомленных о методах контрацепции, в зависимости от определенного метода. Туркменистан, 2000.

Метод контрацепции	Все женщины	Замужние женщины	Незамужние женщины		Женщины, никогда не имевшие половых контактов
			Сексуально активные	Сексуально не активные	
Любой метод	93.5	99.3	100.0	98.7	81.5
Любой современный метод	93.5	99.3	100.0	98.7	81.5
Таблетки	67.1	79.2	42.3	78.8	41.8
ВМС	92.3	98.5	100.0	97.9	79.4
Инъекции	62.9	75.0	48.3	69.2	38.6
Диафрагма/колпачок	7.7	9.3	0.0	16.9	2.9
Пена/гель	13.4	16.3	0.0	24.8	5.9
Женский презерватив	6.3	7.5	16.4	10.4	3.4
Мужской презерватив	59.6	68.4	42.3	69.7	41.1
Женская стерилизация	34.2	42.3	0.0	44.1	17.0
Мужская стерилизация	8.9	10.9	0.0	16.1	3.7
Имплант	3.2	4.0	0.0	3.3	1.6
Экстренная контрацепция	7.7	9.6	0.0	12.9	3.1
Лактационная аменорея (ЛАМ)	64.6	87.5	45.0	80.6	17.9
Любой традиционный метод	44.6	61.2	6.0	57.1	10.6
Календарный метод	28.9	38.6	6.0	40.8	8.2
Прерванный акт	33.2	46.7	0.0	40.8	6.2
Другое	4.8	6.8	0.0	8.8	0.3
Среднее количество методов	4.9	6.0	3.0	6.1	2.7
Количество женщин	7,919	4,892	6	460	2,561

Незамужние сексуально активные женщины: незамужние женщины, имевшие сексуальный контакт в течение 30 дней, предшествовавших исследованию.

Незамужние сексуально не активные: незамужние женщины, имеющие сексуальный опыт, но не имевшие сексуальный контакт в течение 30 дней, предшествовавших исследованию.

Женщины, никогда не имевшие половых контактов.

ЛАМ: В осведомленность о лактационной аменорее включены также женщины использующие метод.

исследованию. Незамужних сексуально активных женщин оказалось только шесть, в связи с их не многочисленностью данные о них в таблице отсутствуют.

Женщины, никогда не имевшие половых контактов, смогли назвать хотя бы один метод контрацепции, большинство (более трех четвертей) женщин слышали о ВМС, и лишь немногие из них знали о других методах. В среднем, женщины, не имевшие половых контактов, осведомлены о 2,7 методах контрацепции. Женщины репродуктивного возраста, не имевшие половых контактов, наравне с сексуально активными заинтересованы в получении информации о методах планирования деторождения, так как уверены в том, что в ближайшее время выйдут замуж и будут сексуально активными.

В таблице 5.2 представлены данные о процентном распределении замужних женщин, знающих метод контрацепции (современный и традиционный), в зависимости от социально-биологических факторов. Каждая замужняя женщина осведомлена хотя бы об одном методе контрацепции. Все категории женщин за исключением возрастной группы 15-19 лет могут назвать 9-10 методов контрацепции.

5.2 Использование контрацепции когда-либо в прошлом

Всех респондентов, кто слышал хотя бы об одном методе контрацепции, спрашивали, использовали ли они (или их партнер) когда-либо этот метод; о каждом методе выясняли отдельно. Респонденткам, сообщившим о неприменении методов контрацепции, были заданы уточняющие вопросы для того, чтобы

удостовериться, что женщины действительно не используют контрацепцию. Результаты представлены в таблице 5.3 для всех женщин и для замужних женщин в возрасте 15-49 лет, разделенных на возрастные группы с 5-летним интервалом.

Так, 89 процентов замужних женщин использовали метод контрацепции в прошлом, 87 процентов из них использовали современный метод.

Самыми популярными современными методами явились ВМС (61 процент замужних женщин) и ЛАМ (63 процента замужних женщин). Другие современные методы использовало относительно малое число замужних женщин. Презервативы использовали 10 процентов замужних женщин. Другие современные методы также использовали около десяти процентов замужних женщин.

Из числа замужних женщин, использовавших современные и традиционные методы контрацепции, четверть женщин использовала традиционные. Из них шестьдесят процентов использовали прерванный половой акт и 8 процентов календарный метод.

Только 59 процентов женщин в возрасте 15-49 лет использовали метод контрацепции в прошлом. Уровень использования методов контрацепции среди всех женщин несколько ниже, чем среди замужних, поскольку к первым относятся и женщины, которые никогда

не имели половых контактов. Знание о контрацепции среди замужних значительно выше, чем среди женщин, никогда не имевших половых контактов, поэтому применение методов контрацепции женщинами второй группы в прошлом не подвергалось статистической обработке.

5.3 Использование методов контрацепции в настоящем

Таблица 5.4 представляет данные об уровне использования методов контрацепции в настоящем всеми женщинами и замужними женщинами в возрасте 15-49 лет, разделенными на возрастные группы с 5-летним интервалом. Рисунок 5.1 представляет распределение замужних женщин в зависимости от использования методов контрацепции.

Таблица 5.2 Осведомленность о методах контрацепции в зависимости от социально-биологических характеристик			
Процент замужних женщин, знающих хотя бы один метод контрацепции и знающих хотя бы один современный метод, в зависимости от некоторых социально-биологических характеристик. Туркменистан, 2000			
Социально-биологические факторы	Любой метод	Любой современный метод	Кол-во женщин
Возраст			
15-19	91.2	91.2	83
20-24	99.0	99.0	682
25-29	99.9	99.8	1,015
30-34	99.8	99.8	934
35-39	99.2	99.2	857
40-44	99.4	99.4	765
45-49	99.2	99.2	556
Местожителство			
Город	99.1	99.1	2,307
Село	99.6	99.5	2,575
Регион			
г.Ашгабат	98.9	98.9	639
Ахал	99.6	99.6	699
Балкан	98.1	98.1	424
Дашогуз	99.2	99.2	950
Лебал	99.3	99.2	1,030
Мары	100.0	100.0	1,150
Образование			
Начальное/среднее	99.1	99.1	3,347
Средне-специальное	99.9	99.9	1,149
Высшее	99.7	99.7	396
Национальность			
Туркменки	99.4	99.4	3,776
Узбечки	98.7	98.7	554
Другие	99.6	99.6	563
Всего	99.3	99.3	4,892

Каждая вторая замужняя женщина (53 процента) использует современный метод контрацепции, и лишь девять процентов женщин используют традиционный метод. Тридцать два процента респондентов никогда не имели половых контактов. Учитывая то, что большая часть незамужних женщин, не имели половых контактов, обсуждение использования методов контрацепции в настоящем будет касаться только замужних женщин.

Наиболее часто используемым контрацептивом является ВМС – 39 процентов замужних женщин используют ВМС. Среди традиционных методов чаще других используется лактационная аменорея - 18 процентов, среди женщин в возрасте 15-29 лет ЛАМ используют 15 процентов. Другие современные методы контрацепции замужними женщинами используются мало: презерватив и женская стерилизация (около 2 процентов), противозачаточные таблетки и инъекции (около 1 процента). Таким образом, наиболее распространенным методом контрацепции в Туркменистане является использование ВМС при довольно высоком уровне осведомленности о других методах (около 60 процентов замужних женщин осведомлены о противозачаточных таблетках, инъекциях и презервативах).

Рисунок 5.1 Использование методов контрацепции в настоящем среди замужних женщин в возрасте 15-49 лет

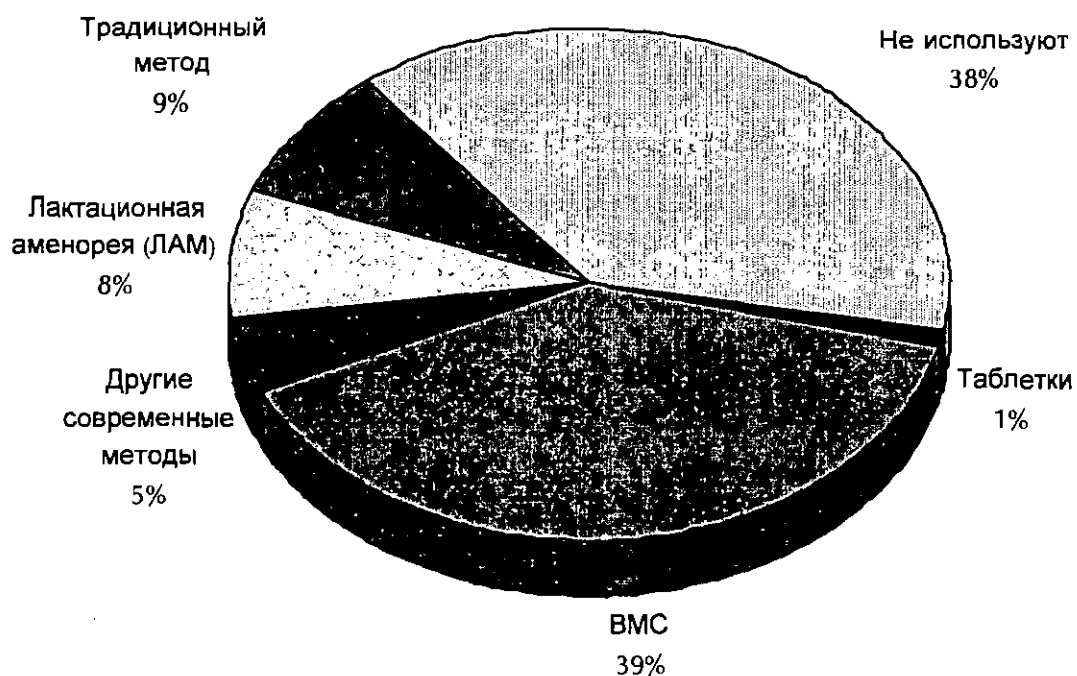


Таблица 5.3. Использование методов контрацепции в прошлом

Процент всех женщин и замужних женщин, когда-либо применявших любой метод контрацепции, в зависимости от конкретного метода и возраста. Туркменистан, 2000.

Возраст, лет	Современный метод								Традиционный метод								Кол-во женщин
	Любой метод	Любой современный метод	Таблетки	ВМС	Интъекции	Диафрагма/колпачок	Пена/гель	Женский презерватив	Мужской презерватив	Женская стерилизация	Экстренная контрацепция	Лактационная аменорея (ЛАМ)	Любой традиционный метод	Календарный метод	Прерванный акт	Другое	
ВСЕ ЖЕНЩИНЫ																	
15-19	2.2	2.1	0.0	0.6	0.0	0.0	0.0	0.0	0.2	0.0	0.0	1.7	0.4	0.0	0.3	0.1	1,574
20-24	35.4	34.4	2.1	15.5	0.9	0.1	0.6	0.0	2.6	0.1	0.1	28.5	7.4	1.9	4.4	2.3	1,541
25-29	75.7	73.2	5.6	43.6	2.7	0.0	0.3	0.0	9.1	0.6	0.7	56.5	19.6	5.3	13.5	3.8	1,256
30-34	88.5	86.2	6.3	64.2	3.6	0.0	1.1	0.2	12.7	1.1	0.4	61.6	24.4	9.1	15.5	4.1	1,060
35-39	89.5	87.4	8.1	71.2	4.0	0.1	0.4	0.0	11.8	3.1	0.0	58.9	25.5	8.3	16.1	5.1	974
40-44	92.2	90.2	8.1	74.8	3.6	0.0	0.9	0.1	9.5	3.6	0.2	61.5	26.5	11.2	16.9	3.9	845
45-49	87.3	84.5	5.8	63.8	4.2	0.6	1.3	0.0	8.9	3.2	0.3	57.5	24.0	9.9	12.4	5.0	669
Всего	59.4	57.8	4.5	40.8	2.3	0.1	0.6	0.0	6.9	1.3	0.2	41.7	15.9	5.5	10.0	3.1	7,919
ЗАМУЖНИЕ ЖЕНЩИНЫ																	
15-19	38.2	36.0	0.0	7.6	0.0	0.0	0.0	0.0	4.2	0.0	0.0	29.7	7.6	0.0	5.4	2.2	83
20-24	75.6	73.4	4.0	32.5	1.7	0.2	1.3	0.0	5.0	0.2	0.2	61.5	15.7	3.7	9.5	4.6	682
25-29	89.9	86.9	6.6	52.3	3.3	0.0	0.4	0.0	10.6	0.7	0.8	66.8	23.6	6.1	16.3	4.7	1,015
30-34	95.0	92.6	7.0	69.0	3.9	0.0	1.2	0.2	13.2	1.3	0.5	66.0	27.0	9.7	17.6	4.7	934
35-39	92.6	90.4	7.9	74.4	4.4	0.1	0.3	0.0	11.9	3.3	0.0	61.2	27.4	8.1	18.2	5.7	857
40-44	93.8	91.7	8.0	76.7	3.8	0.0	1.0	0.1	10.2	3.4	0.3	62.5	28.3	12.1	18.0	3.9	765
45-49	90.4	87.8	6.7	67.3	4.5	0.4	1.3	0.0	9.3	2.8	0.4	60.8	25.3	10.6	14.3	4.2	556
Всего	89.1	86.7	6.6	61.4	3.5	0.1	0.9	0.1	10.2	1.8	0.4	62.9	24.5	8.2	15.8	4.6	4,892

Таблица 5.4. Использование методов контрацепции в настоящем

Процентное распределение всех женщин и замужних женщин, в настоящее время применяющих метод контрацепции, в зависимости от конкретного метода и возраста. Туркменистан, 2000.

Возраст, лет	Современный метод							Традиционный метод							Кол-во женщин	
	Любой метод	Любой соврем. метод	Таблетки	ВМС	Инъекции	Пена/гель	Презерватив	Жен. стерилизация	Лакта-аме-норея	Любой метод	Календар. метод	Прерванный акт	Другое	Не используют		Всего
ВСЕ ЖЕНЩИНЫ																
15-19	1.5	1.2	0.0	0.4	0.0	0.0	0.1	0.0	0.7	0.3	0.0	0.2	0.1	98.5	100.0	1,574
20-24	24.1	21.6	0.3	12.1	0.2	0.0	0.4	0.1	8.4	2.5	0.3	1.4	0.7	75.9	100.0	1,541
25-29	50.2	45.0	1.5	29.1	0.6	0.0	2.2	0.6	10.9	5.2	0.8	3.8	0.7	49.8	100.0	1,256
30-34	63.2	54.8	1.2	42.2	1.0	0.2	2.8	1.1	6.3	8.4	1.7	5.4	1.3	36.8	100.0	1,060
35-39	66.9	57.2	1.1	46.5	1.0	0.0	1.4	3.1	4.1	9.6	3.0	5.2	1.4	33.1	100.0	974
40-44	63.4	52.5	1.5	42.9	1.6	0.0	2.2	3.6	0.7	10.9	3.4	6.7	0.8	36.6	100.0	845
45-49	33.1	26.6	0.0	22.3	0.6	0.0	0.4	3.2	0.1	6.5	1.9	3.6	1.0	66.9	100.0	669
Всего	39.2	33.8	0.8	24.9	0.6	0.0	1.3	1.3	4.9	5.4	1.3	3.3	0.8	60.8	100.0	7,919
ЗАМУЖНИЕ ЖЕНЩИНЫ																
15-19	26.6	20.9	0.0	5.1	0.0	0.0	2.0	0.0	13.9	5.6	0.0	3.5	2.2	73.4	100.0	83
20-24	52.7	47.1	0.8	25.7	0.5	0.0	1.0	0.2	18.9	5.6	0.6	3.3	1.7	47.3	100.0	682
25-29	61.5	55.0	1.9	35.7	0.7	0.0	2.7	0.7	13.3	6.5	1.0	4.7	0.9	38.5	100.0	1,015
30-34	70.3	60.8	1.3	46.6	1.0	0.2	3.2	1.3	7.2	9.5	1.9	6.1	1.5	29.7	100.0	934
35-39	74.1	63.2	1.3	51.4	1.2	0.0	1.6	3.3	4.5	10.9	3.4	5.9	1.6	25.9	100.0	857
40-44	67.5	55.5	1.6	45.5	1.8	0.0	2.5	3.4	0.7	12.0	3.7	7.4	0.8	32.5	100.0	765
45-49	37.8	30.0	0.0	25.8	0.7	0.0	0.5	2.8	0.1	7.8	2.3	4.3	1.2	62.2	100.0	556
Всего	61.8	53.1	1.2	39.0	1.0	0.0	2.0	1.8	7.9	8.7	2.1	5.3	1.3	38.2	100.0	4,892

Таблица 5.5 Использование методов контрацепции в настоящем в зависимости от социально-биологических факторов

Процентное распределение замужних женщин в зависимости от используемого метода контрацепции, в соответствии с некоторыми социально-биологическими факторами. Туркменистан, 2000.

Социально-биологические факторы	Современный метод							Традиционный метод						Всего	Кол-во женщин	
	Любой метод	Любой соврем. метод	Таблетки	ВМС	Иньекции	Пена/гель	Презерватив	Жен. стерилизация	Лактационная аменорея	Любой традиц. метод	Календарный метод	Прерванный акт	Другие методы			Не используют
Местожительство																
Город	62.3	52.6	2.0	38.2	1.3	0.1	3.4	1.9	5.6	9.7	3.2	4.8	1.7	37.7	100.0	2,307
Село	61.4	53.5	0.5	39.8	0.7	0.0	0.8	1.7	10.0	7.8	1.1	5.8	0.9	38.6	100.0	2,585
Регион																
г. Ашгабат	59.7	51.8	3.2	34.9	1.1	0.3	6.4	0.8	5.0	7.9	4.3	3.1	0.5	40.3	100.0	639
Ахал	66.3	60.9	2.2	43.5	0.8	0.0	3.4	2.6	8.4	5.4	0.9	4.4	0.2	33.7	100.0	699
Балкан	61.1	48.7	0.3	37.2	1.1	0.0	1.8	1.7	6.7	12.4	2.0	5.3	5.1	38.9	100.0	424
Дашогуз	55.8	54.8	0.5	40.5	0.5	0.0	0.5	1.1	1.8	1.0	0.3	0.7	0.0	44.2	100.0	950
Лебап	62.9	48.5	0.5	36.1	1.8	0.0	1.5	2.3	6.2	14.4	3.3	8.7	2.4	37.1	100.0	1,030
Мары	64.5	53.3	1.1	40.7	0.6	0.0	0.6	2.2	8.1	11.2	2.0	8.1	1.1	35.5	100.0	1,150
Образование																
Начальное/Среднее	60.1	52.6	1.0	39.0	0.7	0.0	1.3	1.7	8.9	7.5	1.0	5.3	1.2	39.9	100.0	3,347
Средне-специальное	64.7	54.5	1.9	39.8	2.0	0.0	2.1	2.4	6.3	10.2	4.1	4.6	1.5	35.3	100.0	1,149
Высшее	68.0	53.1	1.5	37.0	0.2	0.5	8.2	1.5	4.2	14.8	5.2	8.4	1.2	32.0	100.0	396
Национальность																
Туркменки	61.7	53.0	0.7	39.6	0.8	0.0	1.8	1.8	8.3	8.7	1.6	5.9	1.2	38.3	100.0	3,776
Узбечки	61.4	56.1	1.2	42.3	1.0	0.0	0.6	1.2	9.7	5.3	2.1	3.2	0.0	38.6	100.0	554
Другие	62.8	50.7	4.5	32.0	2.3	0.4	5.4	2.7	3.5	12.1	5.3	3.7	3.2	37.2	100.0	563
Количество живых детей																
0	5.3	4.7	1.1	1.5	0.2	0.0	1.6	0.3	0.0	0.6	0.0	0.6	0.0	94.7	100.0	330
1	47.7	40.4	1.8	18.5	0.7	0.2	2.8	0.8	15.7	7.4	0.8	4.6	2.0	52.3	100.0	821
2	69.6	60.5	1.6	45.2	0.7	0.0	2.3	2.2	8.5	9.1	2.6	4.9	1.6	30.4	100.0	1,264
3	74.8	64.8	0.8	49.8	1.3	0.0	2.6	1.9	8.3	10.0	3.1	5.4	1.5	25.2	100.0	927
4+	67.2	57.1	0.9	46.4	1.4	0.0	1.3	2.4	4.8	10.1	2.1	7.1	0.8	32.8	100.0	1,550
Всего	61.8	53.1	1.2	39.0	1.0	0.0	2.0	1.8	7.9	8.7	2.1	5.3	1.3	38.2	100.0	4,892

Таблица 5.6. Настоящее использование методов контрацепции в зависимости от статуса женщины

Процентное распределение замужних женщин, использующих метод контрацепции, в зависимости от некоторых показателей статуса женщины. Туркменистан, 2000.

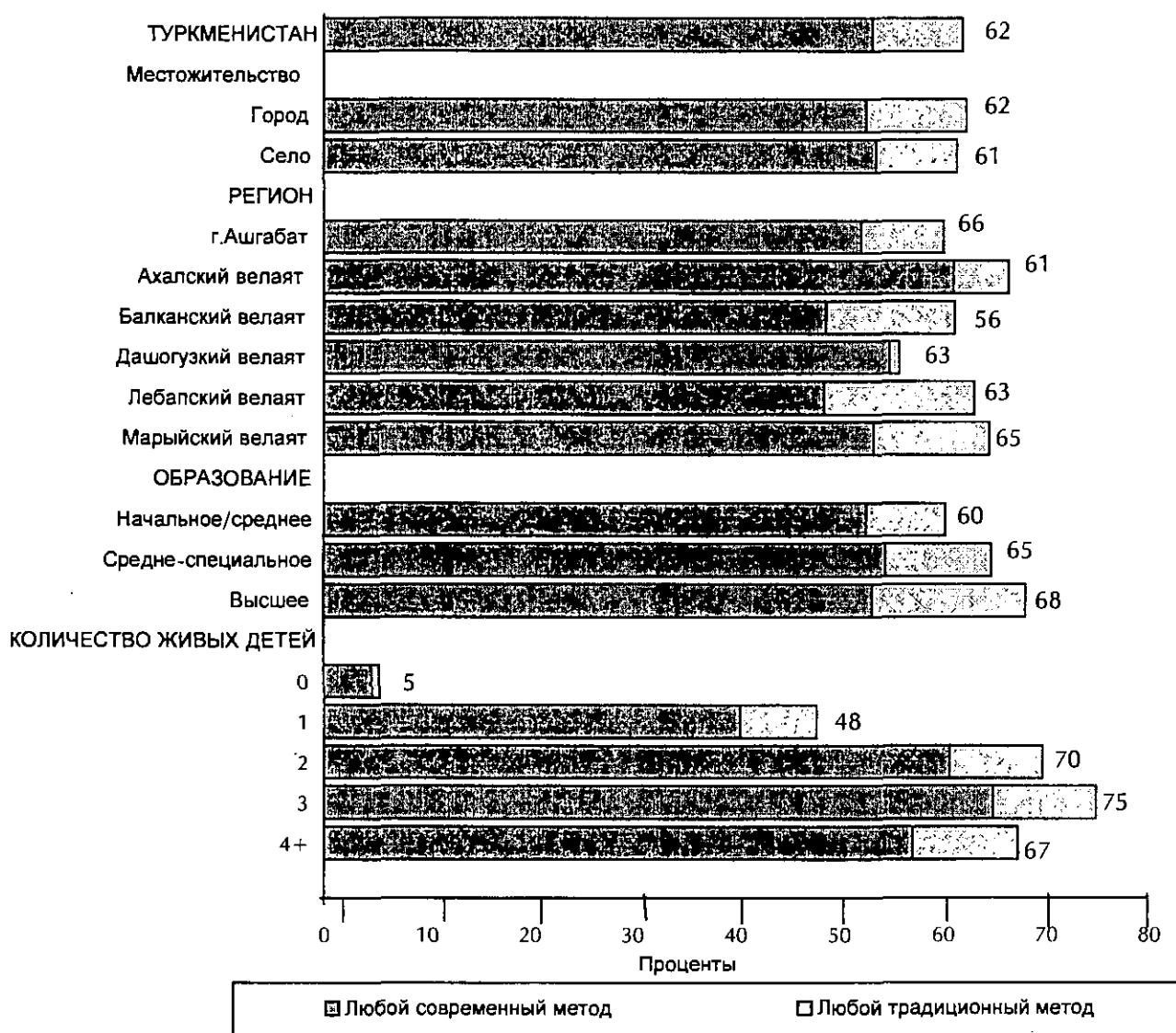
Показатель статуса женщины	Современный метод						Традиционный метод						Всего	Кол-во жен-щин		
	Любой метод	Любой соврем. метод	Таб-летки	ВМС	Инъек-ция	Пена/гель	Презер-ватив	Жен-стерили-зация	Лакта-ционная аменорея	Любой традиц. метод	Кален-дарный метод	Прер-ванный акт			Дру-гос	Не испол-зуют
Количество окончат-ельных решений																
0	44.1	39.6	0.6	22.7	0.5	0.0	2.5	0.5	12.8	4.5	0.0	3.4	1.1	55.9	100.0	235
1-2	57.6	51.2	0.2	34.2	0.1	0.0	1.5	1.6	13.6	6.4	1.5	3.7	1.3	42.4	100.0	675
3-4	62.8	53.1	1.3	38.8	0.9	0.0	2.3	2.2	7.4	9.7	2.1	5.8	1.8	37.2	100.0	998
5	63.8	54.6	1.5	41.5	1.2	0.1	2.0	1.9	6.4	9.3	2.4	5.7	1.1	36.2	100.0	2,984
Количество причин для отказа в секс-отнош-ях																
0	61.8	58.7	1.0	43.7	0.6	0.0	1.6	2.5	9.3	3.1	0.6	2.2	0.3	38.2	100.0	288
1-2	58.1	51.4	0.4	37.8	0.5	0.0	2.2	1.3	9.2	6.7	0.8	5.1	0.9	41.9	100.0	700
3-4	62.5	53.0	1.4	38.9	1.1	0.1	2.1	1.9	7.6	9.5	2.4	5.6	1.4	37.5	100.0	3,905
Всего	61.8	53.1	1.2	39.0	1.0	0.0	2.0	1.8	7.9	8.7	2.1	5.3	1.3	38.2	100.0	4,892

Каждая вторая женщина в возрасте 35-39 лет использует ВМС, это возрастной пик использования. Пик использования других современных методов контрацепции также приходится на возраст 35-39 лет с последующим снижением. Желание избежать беременности очень различно в течение репродуктивной жизни, использование контрацепции в зависимости от возраста и предпочтения рождаемости женщины рассматривается в следующей главе.

Использование методов контрацепции в зависимости от социально-биологических характеристик респондентов представлено в таблице 5.5 и рисунке 5.2. Возможно, самым существенным отличием явился высокий уровень использования ВМС в изучаемой популяции, в целом сохраняющийся при анализе всех социально-биологических характеристик респондентов: места жительства, образования и этнической принадлежности. Использование ВМС превышает использование любых методов, использование суммы современных методов также значительно по всем социально-биологическим характеристикам.

Значительные различия в использовании методов контрацепции обнаруживаются в зависимости от числа детей. Замужние женщины, не имеющие детей, редко используют методы контрацепции (только пять процентов используют современный или традиционный метод). Почти половина женщин, имеющих одного ребенка, используют методы контрацепции (48 процентов), в то же время каждая третья из четырех женщин, имеющих тырех живых детей, использует современный или традиционный метод контрацепции.

Рисунок 5.2 Использование методов контрацепции в настоящем в зависимости от социально-биологических факторов



Другая находка, отмеченная и разъясненная в таблице 5.5, заключается в частом использовании презервативов женщинами с высшим образованием (8 процентов замужних женщин с высшим образованием используют презерватив). Женщины, использующие презерватив, чаще встречаются среди женщин других национальностей, чем среди женщины-туркменок и узбечек. Использование ЛАМ и использование традиционных методов меняются в зависимости от образования. Девять процентов женщин с начальным и средним образованием сообщили об использовании ЛАМ, использование его снижается с повышением уровня образования, до 4 процентов среди женщины с высшим образованием. Использование традиционных методов, как и любых, снижается со снижением образования. Восемь процентов женщин с начальным и средним образованием сообщили, что используют традиционный метод контрацепции, и использование их повышается до 15 процентов среди женщины с высшим образованием. Процент замужних женщин, не использующих метод контрацепции, повышается со снижением уровня образования, с 32 процентов женщин с высшим образованием до 40 процентов у женщин с начальным и средним образованием.

Конечно, социально-экономические характеристики не единственный фактор, влияющий на использование контрацептивов. На способность женщин использовать метод контрацепции с целью контроля деторождения, вероятно, влияет ее статус и степень равноправия. В ходе выполнения ПМДТ, была собрана информация по показателям прав женщины: количество решений, в которых женщина принимает участие;

Таблица 5.7 Количество детей при первом использовании контрацепции

Процентное распределение замужних женщин по количеству живых детей при первом использовании методов контрацепции и среднее количество детей при первом использовании в зависимости от настоящего возраста. Туркменистан, 2000.

Настоящий возраст	Никогда не применяла методы контрацепции	Количество живых детей при первом использовании методов контрацепции					Пропущено	Всего	Среднее количество детей при первом использовании методов контрацепции	Кол-во женщин
		0	1	2	3	4+				
15-19	63.9	1.1	35.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	0.5	93
20-24	25.2	2.8	60.4	9.1	1.1	0.0	1.5	100.0	0.6	729
25-29	10.8	2.9	60.9	20.8	3.7	0.6	0.2	100.0	0.7	1,065
30-34	7.6	0.9	53.8	22.3	10.7	5.4	0.3	100.0	0.9	1,015
35-39	8.2	0.3	46.6	19.5	10.8	14.4	0.1	100.0	1.0	950
40-44	7.1	0.6	46.7	14.8	10.3	20.4	0.0	100.0	1.0	838
44-49	12.3	1.3	47.8	9.1	6.1	23.1	0.3	100.0	0.9	665
Всего	12.2	1.5	52.4	16.5	7.2	9.8	0.4	100.0	0.8	5,356

количество причин, по которым женщина вправе отказать в половых отношениях своему мужу; Первый индикатор, имеет рамки от 0 до 5 и основывается на общем числе решений из пяти специфических решений (см.табл.3.10) с разделением респондентов. Эти индикаторы положительно связаны с репродуктивными правами женщины и отражают степень контроля решений женщиной, ее способность использовать их в реальной жизни. Второй показатель, имеет рамки от 0 до 4 общих количеств обстоятельств по отношению к четырем специфическим обстоятельствам (см. таблицу 3. 11), в которых респондентки считают, что женщина вправе отказать в сексуальной близости своему мужу. Этот индикатор отражает понимание сексуальной роли и прав женщины, и положительно связан с самооценкой женщины и ее правами. Таблица 5.6., представляет методы контрацепции, которые используют замужние женщины в возрасте 15–49 лет в соответствии с двумя индикаторами прав женщины. Женщины, которые более самостоятельны в решениях, более способны контролировать все аспекты своей жизни, включая и рождаемость. Таблица 5.6. отражает использование женщиной методов контрацепции, которое сильно зависит от участия женщины в решениях по домовладению. Только 44 процента женщин, которые не участвуют во многих решениях по домовладению, используют метод контрацепции по сравнению с 63-64 процентами женщин, участвующих почти во всех или всех (3-5) решениях. В частности, интересен факт использования ВМС, очень популярного современного метода, а также какого-либо традиционного метода.

5.4 Количество детей при первом использовании контрацепции

Для выяснения возможных мотивов в использовании контрацептивных средств женщинам задавали вопросы о количестве детей при первом их применении. Женщины, использовавшие контрацептивы до рождения детей, очевидно, желали отложить сроки их рождения на некоторый период времени в будущем.

Женщины с одним и двумя детьми, впервые применяющие средства контрацепции, хотят отложить сроки рождения следующего ребенка или ограничить деторождение одним или двумя детьми. Женщины, имеющие нескольких детей, в первый раз начинают применять контрацепцию, вероятно, с целью прекращения деторождения, а не удлинения интергенетического интервала.

В таблице 5.7 представлены процентные распределения всех и замужних женщин по количеству живых детей, имевшихся ко времени первого использования метода контрацепции. Использование контрацепции с целью отсрочить первую беременность для Туркменистана нехарактерно (только 2 процента женщин делают это). Однако, начало использования контрацепции после первых беременностей в общем встречается чаще, чем можно было предположить. Одна четвертая часть из сорока восьми процентов женщин использовали метод контрацепции, имея одного ребенка, в то же время из шестидесяти процентов женщин

двенадцать начали использовать метод контрацепции сразу после первого ребенка. Таблица 5.7 демонстрирует среднее количество детей при первом использовании метода контрацепции, медиана вычислена только для использовавших метод контрацепции. Примечание – медиана для молодых женщин рассчитана на малом числе молодых женщин, использовавших метод контрацепции, имеющих низкий паритет.

5.5 Осведомленность о периоде зачатия

Осведомленность о репродуктивной физиологии – важная предпосылка успешной практики контрацепции, таких как прерванный половой акт, презерватив и спринцевание. Для успешной практики календарного метода женщина должна определить, когда в течение овуляторного цикла она имеет вероятность забеременеть. Все женщины сообщили, что были внимательны в течение месячного цикла, когда была высокая вероятность забеременеть, и отмечали день когда это было. Таблица 5.8 представляет процентное распределение использования и не использования календарного метода в зависимости от осведомленности о времени возможного зачатия.

Только четверть всех женщин правильно отмечали середину цикла, когда имеется большая вероятность забеременеть. Большинство респондентов не отмечали время высокой вероятности (32 процента всех женщин), или просто этого не знали (34 процента всех женщин). Как и в других случаях, большинство женщин, которые используют календарный метод, знают о изменении вероятностей забеременеть. Восемьдесят процентов женщин, которые используют календарный метод, могут отметить время, в течение которого могут забеременеть.

5.6 Источники средств контрацепции

Все женщины, использующие современные средства контрацепции в настоящем, отметили недавнее приобретение этого средства. Таблица 5.9. представляет процентное распределение всех пользователей современных контрацептивных средств по последнему источнику их приобретения.

Почти все женщины приобрели свои контрацептивные средства в государственном секторе (99 процентов). Сорок четыре процента приобрели свои средства в Домах здоровья, 35 процентов в госпитале и 16 процентов приобрели их в женской консультации. Источник приобретения зависит от способа его применения. Приобретение противозачаточных таблеток сильно отличается по сравнению с другими методами, последний раз приобретение этого средства было в государственных госпиталях (25 процентов), Домах здоровья (29 процентов), женской консультации (15 процентов) и государственных аптеках (27 процентов). Большинство использующих презервативы приобрели их в государственных аптеках (57 процентов). Большинство женщин, использующих инъекционные контрацептивы, приобрели их в Домах здоровья (70 процентов). Большая часть женщин, использующих ВМС, получили его в Домах здоровья, одна треть в госпиталях и оставшаяся часть получили их в женской консультации.

Таблица 5.8 Осведомленность о времени возможного зачатия

Процентные показатели женщин, которые используют календарный метод, и женщин которые не используют календарный метод, и всех женщин в зависимости от осведомленности о времени возможного зачатия в течение овуляторного цикла. Туркменистан, 2000.

Вероятность забеременеть	Использующие календарный метод	Не использующие календарный метод	Все женщины
В течение всего цикла	0.0	0.8	0.8
В течение менструации	0.8	0.3	0.3
В начале и конце цикла	7.0	8.0	8.0
В середине цикла	88.5	23.9	24.8
Точного времени нет	1.2	32.7	32.3
Другое	0.0	0.0	0.0
Не знает	2.5	34.2	33.7
Пропущено	0.0	0.1	0.1
Всего	100.0	100.0	100.0
Количество женщин	102	7,817	7,919

Таблица 5.9 Источник обеспечения современными контрацептивными средствами

Процентное распределение пользователей современными контрацептивными средствами по последнему источнику приобретения в зависимости от конкретных методов. Туркменистан, 2000.

Источник приобретения	Таб- летки	ВМС	Инъек- ции	Пена/ гель	Презер- ватив	Женская стерили- зация	Все методы
Государственный сектор	(96.4)	99.2	(100.0)	*	84.0	100.0	98.5
Государственный стационар	(25.0)	34.3	(13.1)	*	1.1	93.4	34.8
Городской или сельский Дом здоровья	(29.2)	46.8	(69.8)	*	19.9	0.6	43.5
Женская консультация	(15.4)	17.6	(15.0)	*	1.6	0.0	16.0
Аптека	(26.8)	0.6	(0.0)	*	57.2	0.0	3.8
Другое	(0.0)	0.1	(2.1)	*	4.2	6.0	0.6
Частный медицинский сектор	(3.6)	0.6	(0.0)	*	9.8	0.0	1.0
Госпиталь/клиника	(0.0)	0.5	(0.0)	*	0.0	0.0	0.5
Аптека	(3.0)	0.0	(0.0)	*	2.4	0.0	0.2
Врач	(0.7)	0.1	(0.0)	*	0.0	0.0	0.1
Другое	(0.0)	0.0	(0.0)	*	7.4	0.0	0.3
Другое	(0.0)	0.0	(0.0)	*	3.0	0.0	0.2
Не знает	(0.0)	0.1	(0.0)	*	3.3	0.0	0.3
Всего	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Количество женщин	60	1,971	49	2	100	104	2,286

Примечание. Цифры в скобках, основаны на невзвешенных данных по 25-49 женщинам.

Звездочка указывает на то, что цифры основаны на менее 25 случаях и могут не учитываться.

5.7 Информированность о методах контрацепции

Женщины предпочитают принимать решения относительно использования методов контрацепции после получения полной информации о различных методах, их побочных действиях и риске, связанном с использованном методом.

В ходе ПМДТ 2000 года женщин, использующих современный метод контрацепции в настоящем, спрашивали о том, были ли они информированы о побочных действиях. Результаты представлены в таблице 5.10. В Туркменистане большинство женщин, использующих современный метод контрацепции, используют ВМС, около половины женщин осведомлены о возможных побочных эффектах и риске, связанным с использованием этого метода. Женщины г.Ашгабата менее информированы о побочных эффектах использования ВМС (38 процентов) по сравнению с 65 процентами женщин Лебапского велаята. Женщины, использующие противозачаточные таблетки и инъекционные контрацептивы, более осведомлены о побочных эффектах и риске, связанном с его использованием (80 процентов), хотя они составляют меньшинство из всех использующих метод контрацепции.

Женщины, которым была проведена операция по стерилизации, были информированы о том, что они больше не смогут иметь детей. Таких женщин было всего 104. Из них семьдесят семь процентов женщин были информированы о невозможности иметь детей после операции.

Женщин также просили назвать другие средства контрацепции, помимо используемого. Сорок один процент опрошенных женщин смогли назвать альтернативу своему средству. Это отражает высокую информированность о наличии других методов контрацепции в Туркменистане.

5.8 Прекращение использования контрацепции в течение 12 месяцев

Обстоятельства прекращения использования метода контрацепции весьма интересны для службы охраны репродуктивного здоровья в связи с выработкой стратегии обеспечения населения информацией.

Таблица 5.10 Информированность о выборе

Процент пользователей современными методами контрацепции в зависимости от того, были ли они информированы об эффектах контрацептивных методов и о других методах, в соответствии с видом современного метода контрацепции, источника обеспечения и социально-биологическими факторами. Туркменистан, 2000

Факторы	Информированы о том, что больше не смогут иметь детей ¹	Информированы о побочных эффектах ²	Информированы о том, что делать в случае появления побочных эффектов ²	Информированы о других методах ³
Метод				
Таблетки	-	(82.8)	(77.5)	(77.7)
ВМС	-	48.4	46.9	38.1
Инъекции	-	(83.8)	(83.8)	(83.8)
Женская стерилизация	87.7	37.4	31.6	16.2
Другое ⁴	-	-	-	48.0
Источник приобретения				
Государственный сектор	87.7	49.7	47.9	40.5
Госпиталь	87.5	45.1	43.7	36.1
Дом здоровья	*	53.9	52.1	43.7
Женская консультация	-	47.5	44.8	39.9
Аптека	-	*	*	*
Другое	*	*	*	*
Частный медицинский сектор	-	*	*	*
Госпиталь/клиника	-	*	*	*
Аптека	-	*	*	*
Врач	-	*	*	*
Другое	-	*	*	*
Другое	-	*	*	*
Не знает	-	*	*	*
Местожительство				
Город	83.3	46.0	43.4	39.1
Село	(93.0)	53.1	52.1	41.8
Регион				
г. Ашгабат	*	37.9	32.3	35.8
Ахал	*	45.0	45.0	29.3
Балкан	*	45.9	44.9	32.0
Дашогуз	*	53.0	52.3	47.8
Лебап	*	64.5	62.2	52.8
Мары	*	45.0	43.5	37.1
Образование				
Начальное/среднее	92.5	46.9	45.5	36.9
Средне-специальное	(82.3)	56.7	54.6	48.4
Высшее	*	49.8	44.9	48.0
Национальность				
Туркменки	94.0	50.0	48.6	39.5
Узбечки	*	55.4	53.9	49.0
Другие	*	41.2	36.6	38.1
Всего	87.7	49.6	47.8	40.5
Количество женщин	104	2,184	2,184	2,577

Примечание. Цифры, указанные в скобках, основаны на невзвешенных данных по 25-49 женщинам. Звездочка указывает, что цифры основаны на менее чем 25 невзвешенных случаях и могут не учитываться.

1 Только для женщин, которым проведена операция стерилизации

2 Исключены, использующие презерватив и другие современные методы

3 Исключены, использующие презерватив

4 Другое включает пену/гель и ЛАМ

Таблица 5.11 представляет процентное распределение причин прекращения использования методов контрацепции в первый год. Это процент женщин, которые начали использовать методы контрацепции в какое-либо время в течение 5 лет, предшествовавших исследованию, и прекратили использование каждого метода в течение 12 месяцев после начала. Как и ожидалось, частота менялась от качества и естественности метода. Так, ВМС обычно не является методом короткого срока, и уровень прекращения его использования достаточно низок (12 процентов). С другой стороны, использование методов, имеющих непосредственное отношение к половому акту, прекращается чаще – 59 процентов использовавших презерватив прекратили их применение в течении 1 года. около половины пользователей презервативов переключились на другие методы. Желание забеременеть –

основная причина прекращения использования метода контрацепции, только у 3-х процентов женщин, прекративших использование методов контрацепции в течение 12 месяцев, были другие причины.

Таблица 5.12 представляет процентное распределение причин прекращения использования всех методов контрацепции за последние 5 лет. Основной причиной прекращения использования ВМС явилось желание забеременеть и беспокойство о здоровье, это отметила одна треть прекративших использование. Примечание – более четверти женщин прекратили использование ЛАМ, что может быть связано с характером регистрации метода ЛАМ у женщин кормящих грудью и являющимся необходимым условием ЛАМ. Девяносто два процента прекращения использования ЛАМ не связано с причинами прекращения использования методов контрацепции.

5.9 Намерение использовать метод контрацепции

Намерение женщины использовать метод контрацепции в будущем является базой для прогнозирования потенциальных потребностей в службах охраны репродуктивного здоровья. В ходе ПМДТ 2000 года был проведен опрос замужних женщин, не использующих методы контрацепции, о намерении использовать их в будущем. Таблица 5.13 представляет процентное распределение женщин, не применяющих методы контрацепции, в зависимости от их намерения использовать методы контрацепции в будущем, в соответствии с количеством живых детей.

Видно, что 47 процентов замужних женщин, не использующих методы контрацепции, намерены применять их в будущем, 39 процентов не собираются применять и 14 процентов не уверены, что будут применять методы контрацепции в будущем. Женщины, имеющие одного или двух детей, чаще намерены использовать методы контрацепции, чем женщины с тремя и более детьми. Фактически, 60 процентов женщин с одним или двумя детьми, намерены использовать методы контрацепции в будущем. Большинство женщин (89 процентов), намеренных начать применение контрацептивных средств в будущем, ответили, что будут использовать ВМС (таблица 5.14).

5.10 Причины отказа от методов контрацепции

Как видно из таблицы 5.13, процент замужних женщин, которые не будут начинать использование методов контрацепции, повышается с увеличением количества детей, с 23 процентов среди женщин с одним ребенком до 65 процентов среди женщин с четырьмя и более детьми. Причины отказа от методов контрацепции женщины в возрасте до 30 лет и старше представлены в таблице 5.15. Наиболее частой причиной среди молодых женщин, не использующих методы контрацепции, было желание иметь больше детей

Таблица 5.11 Показатели причин прекращения использования контрацептивных методов в первый год

Процентные показатели прекращения использования методов контрацепции в первый год из-за контрацептивной неудачи, желая забеременеть, причин, связанных со здоровьем, и других причин в зависимости от конкретных методов. Туркменистан, 2000

Метод контрацепции	Контрацептивная неудача	Желание забеременеть	Переход на другой метод	Другие причины	Все причины
Таблетки	6.6	12.3	26.6	27.3	72.8
ВМС	0.8	3.0	1.9	5.9	11.7
Презерватив	2.3	16.9	27.9	11.3	58.5
Прерванный акт	12.0	3.4	8.7	19.6	43.6
ЛАМ	0.6	0.5	22.3	61.3	84.6
Другое	16.3	6.3	12.8	10.0	45.4
Все методы	2.2	2.5	15.3	38.0	58.0

(41 процент). Около 30 процентов женщин в возрасте до 30 лет и старше были против использования методов контрацепции в связи с менопаузой и другими причинами. Несколько женщин в возрасте старше 30 лет ответили, что причиной отказа от методов контрацепции является желание иметь больше детей.

Таблица 5.12 Причины прекращения использования методов контрацепции в последние пять лет

Процентное распределение прекращений использования методов контрацепции в течение последних лет в зависимости от главной причины прекращения. Туркменистан, 2000.

Причина отказа от методов контрацепции	Таблетки	ВМС	Иньекции	Диафрагма/гель	Презерватив	Календарный метод	Прерванный акт	Лактац. аменорея	Другое	Все методы
Забеременела	8.3	4.8	0.0	*	5.4	19.7	25.4	1.0	27.3	4.7
Желание забеременеть	13.4	33.0	10.2	*	26.6	14.9	11.7	0.5	14.2	10.3
Муж не одобряет	0.9	0.6	0.0	*	19.7	2.9	5.9	0.0	1.2	1.3
Побочные эффекты	21.1	10.5	17.6	*	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	3.2
Беспокойство о здоровье	22.1	34.6	29.6	*	1.4	2.5	0.0	0.0	0.0	8.8
Недоступно/далеко	1.0	0.0	0.0	*	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Поиск более эффект. метода	12.3	4.4	11.9	*	23.2	8.0	10.1	2.5	20.0	5.1
Неудобство при использовании	6.2	0.3	0.0	*	6.6	1.4	0.3	0.0	0.0	0.5
Редкие половые отношения	4.2	3.6	2.9	*	3.9	3.2	0.0	0.1	0.0	1.2
Стоимость	0.0	0.0	0.0	*	0.9	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Бесплодие/менопауза	0.0	3.9	0.0	*	0.6	0.0	0.4	0.0	0.0	0.9
Неудачи в семье/разведена	1.3	0.1	0.0	*	3.0	2.2	0.8	0.0	0.0	0.2
Другое	0.0	1.5	2.6	*	0.0	0.0	0.4	3.9	20.0	3.2
Не знает	0.0	0.0	0.0	*	0.0	0.0	0.2	0.0	0.0	0.0
Пропущено	9.1	2.8	25.8	*	8.8	45.2	44.8	91.9	17.2	60.4
Всего	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Количество женщины	140	1,090	76	13	158	85	308	2,949	121	4,940

Звездочка указывает на то, что цифры основаны на менее чем 25 невзвешенных случаях и могут не учитываться.

Таблица 5.13 Будущее использование методов контрацепции

Процентное распределение замужних женщин, не применяющих методы контрацепции, в зависимости от намерения использовать в будущем, в соответствии с количеством живых детей. Туркменистан, 2000.

Намерение использовать в будущем	Количество живых детей					Все женщины
	0	1	2	3	4+	
Все замужние, не использующие метод						
Намерена использовать позже	47.4	61.2	60.1	46.1	24.1	46.6
Не уверена в намерении	18.9	14.8	14.3	12.0	10.4	13.5
Не намерена использовать	32.6	22.5	24.1	40.5	65.1	38.9
Пропущено	1.0	1.5	1.4	1.5	0.3	1.1
Всего	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Количество женщины	197	432	424	278	537	1,868

Таблица 5.14 Предпочтения использования метода контрацепции в будущем

Процентное распределение замужних женщин, не использующих метод контрацепции и намеренных использовать его в будущем в зависимости от предпочтения конкретного метода. Туркменистан, 2000.

Предпочитаемый метод	Все женщины
Таблетки	2.6
ВМС	89.0
Инъекции	1.8
Презерватив	2.0
Календарный метод	0.7
Прерванный акт	0.3
Лактационная аменорея	0.6
Пена и гель	0.4
Другое	0.1
Пропущено	2.5
Всего	100.0
Количество женщин	870

Таблица 5.15 Причины отказа от метода контрацепции

Процентное распределение замужних женщин, не применяющих методы контрацепции и не намеренных использовать их в будущем, в зависимости от главной причины. Туркменистан, 2000.

	Возраст		Всего
	<30	30+	
Хочет иметь детей	41.2	6.6	10.1
Боязнь побочных эффектов	0.0	0.7	0.6
Беспокойство о здоровье	6.9	4.7	4.9
Недоступно/далеко	0.0	0.1	0.1
Религиозные причины	1.4	0.5	0.6
Респондент против	21.2	28.6	27.8
Супруг против	1.4	0.5	0.6
Редкие половые отношения	4.5	12.1	11.3
Бесплодие	18.9	13.2	13.8
Менопауза/гистерэктомия	0.4	30.6	27.5
Другое	2.0	1.9	1.9
Не знает/пропущено	2.2	0.5	0.6
Всего	100.0	100.0	100.0
Количество женщин	73	653	726

5.11. Популяризация методов контрацепции в средствах массовой информации

Средства массовой информации обеспечивают возможность широким слоям населения получить информацию о методах контрацепции. В ходе ПМДТ респондентам задавали вопросы об их информированности относительно методов контрацепции посредством радио или телевидения в течение нескольких месяцев, предшествовавших исследованию. Их также спрашивали, какие они видели сообщения в газетах и журналах. Результаты анализа информированности о методах контрацепции по радио и телевидению представлены в таблице 5.16 и через средства печати в таблице 5.17.

Телевидение – наиболее распространенный из трех источников массовой информации, касающейся охраны репродуктивного здоровья (телевидение, радио, печать). 9 из 10 женщины Туркменистана сообщили, что смотрят телевизор ежедневно, одна из трех женщин ежедневно слушает радио (данные представлены в главе 2). Так, 39 процентов респондентов видели передачи, касающиеся методов контрацепции, в течение нескольких месяцев, предшествовавших исследованию.

Таблица 5.16 Информированность о методах контрацепции по радио и телевидению

Процентное распределение женщин в зависимости от того, получали ли они информацию о методах контрацепции по радио или телевидению в течение последних нескольких месяцев, предшествовавших исследованию, в соответствии с некоторыми социально-биологическими факторами. Туркменистан, 2000.

Социально-биологические факторы	Информированность о методах контрацепции по радио и телевидению					Всего	Кол-во женщин
	По радио и телевидению	Только по радио	Только по телевидению	Нет информации	Пропущено		
Возраст, лет							
15-19	7.5	0.4	17.8	73.9	0.3	100.0	1,574
20-24	12.0	0.6	24.1	62.8	0.4	100.0	1,541
25-29	16.6	0.5	27.0	56.0	0.0	100.0	1,256
30-34	16.7	0.4	29.1	53.3	0.5	100.0	1,060
35-39	17.4	0.3	24.2	57.9	0.3	100.0	974
40-44	17.6	0.5	27.5	54.3	0.0	100.0	845
45-49	15.8	0.7	26.3	57.1	0.2	100.0	669
Местожительство							
Город	15.8	0.4	27.2	56.4	0.2	100.0	3,691
Село	12.5	0.5	22.2	64.4	0.3	100.0	4,228
Регион							
г.Ашгабат	19.7	0.4	35.5	44.1	0.3	100.0	1,038
Ахал	1.0	0.5	23.1	75.3	0.1	100.0	1,145
Балкан	3.0	0.1	20.9	76.1	0.0	100.0	709
Дашогуз	29.0	1.2	11.2	58.6	0.0	100.0	1,628
Лебап	11.6	0.2	18.4	69.6	0.2	100.0	1,607
Мары	12.1	0.3	38.2	48.8	0.7	100.0	1,791
Образование							
Начальное/среднее	12.0	0.5	22.2	64.9	0.3	100.0	5,800
Средне-специальное	18.7	0.6	29.1	51.7	0.0	100.0	1,556
Высшее	22.2	0.0	35.9	41.7	0.2	100.0	563
Национальность							
Туркменки	12.4	0.5	23.7	63.1	0.3	100.0	6,191
Узбечки	22.4	0.5	15.5	61.6	0.0	100.0	857
Другие	17.3	0.5	39.6	42.3	0.3	100.0	871
Всего	14.0	0.5	24.5	60.7	0.3	100.0	7,919

Информированность через телевидение различается в зависимости от места жительства: в два раза больше респондентов проживающих в г.Ашгабате и Марыйском веляте (50-55 процентов) получили такую информацию о методах контрацепции по сравнению с Ахалским и Балканским велятами (24 процентов). В то

Таблица 5.17 Информированность о методах контрацепции из средств печати

Процент женщин, получивших информацию о методах контрацепции из периодической печати (газеты и журналы) в течение последних нескольких месяцев, предшествовавших исследованию, в соответствии с некоторыми социально-биологическими факторами. Туркменистан, 2000.

Социально-биологические факторы	Видели сообщения о методах контрацепции в периодической печати				Кол-во женщин
	Да	Нет	Пропущено	Всего	
Возраст, лет					
15-19	17.4	82.4	0.2	100.0	1,574
20-24	23.9	75.6	0.5	100.0	1,541
25-29	30.9	69.1	0.0	100.0	1,256
30-34	28.1	71.4	0.5	100.0	1,060
35-39	29.5	70.1	0.3	100.0	974
40-44	29.4	70.5	0.1	100.0	845
45-49	25.9	74.1	0.0	100.0	669
Местожительство					
Город	31.3	68.5	0.2	100.0	3,691
Село	20.8	78.9	0.3	100.0	4,228
Регион					
г.Ашгабат	37.7	69.0	0.3	100.0	1,038
Ахал	2.8	97.0	0.2	100.0	1,145
Балкан	21.1	78.9	0.0	100.0	709
Дашогуз	37.2	62.8	0.0	100.0	1,628
Лебап	27.4	72.5	0.1	100.0	1,607
Мары	23.3	75.9	0.8	100.0	1,791
Образование					
Начальное/среднее	19.9	79.8	0.3	100.0	5,800
Средне-специальное	38.7	61.2	0.1	100.0	1,556
Высшее	49.8	50.0	0.2	100.0	563
Национальность					
Туркменки	22.7	77.0	0.3	100.0	6,191
Узбечки	31.2	68.8	0.0	100.0	857
Другие	41.6	58.0	0.4	100.0	871
Всего	25.7	74.0	0.3	100.0	7,919

время как просмотр телепередач не зависит от уровня образования, вероятность просмотра телепередач о методах контрацепции возрастает с повышением уровня образования. Так, если 34 процента респондентов с начальным и средним образованием недавно просматривали телепередачи о методах контрацепции, то среди женщин со средним специальным и высшим образованием этот показатель был равен 48 и 58 процентам.

В целом, 30 процентов женщин сообщили о том, что они читают газеты и журналы, по меньшей мере, один раз в неделю (данные представлены в главе 2). Двадцать восемь процентов респондентов отметили газеты и журналы как основной источник информации о методах контрацепции. Женщины г.Ашгабата и Дашогузского веляята более часто читали информацию о них (38 процентов), тогда как среди женщин Ахалского веляята таких было всего 3 процента. Женщины других национальностей чаще, чем женщины-туркменки и узбечки читали печатные издания и просматривали телепередачи о методах контрацепции. Не удивительно, что информированность из средств печати возрастает с повышением уровня образования, с 20 до 50 процентов.

Таблица 5.18 Контакт пользователей методов контрацепции с работниками службы репродуктивного здоровья семьи

Процентное распределение женщин, не применяющих методы контрацепции, в зависимости от того, посещались ли они работниками служб репродуктивного здоровья семьи или беседовали с работниками медицинского учреждения в течение последних 12 месяцев, предшествовавших исследованию, в соответствии с некоторыми социально-биологическими факторами. Туркменистан, 2000.

Социально-биологические факторы	Посещались работниками службы охраны РЗ						Пропущено	Посещались работниками РЗ	Не посещались работниками служб РЗ и не обсуждали МК в мед. учрежд. ²	Всего	Кол-во женщин	
	Да		Нет		Нет							
	Посещали мед. учреждение											
	Обсуждали методы контрацепции		Обсуждали методы контрацепции		Обсуждали методы контрацепции							
Да	Нет	Да	Нет	Да	Нет	Да	Нет	Да	Нет	Да	Нет	
Возраст, лет												
15-19	1.5	0.4	5.0	0.4	13.5	79.0	0.1	0.0	92.5	100.0	1,550	
20-24	3.9	1.3	6.5	2.2	22.7	63.4	0.0	0.0	86.1	100.0	1,170	
25-29	10.0	2.8	7.6	6.3	27.6	45.7	0.0	0.0	73.3	100.0	625	
30-34	10.4	3.1	8.8	4.8	25.1	47.4	0.0	0.4	72.4	100.0	390	
35-39	12.4	2.3	8.2	6.2	23.3	46.9	0.0	0.6	70.2	100.0	323	
40-44	4.5	2.2	12.7	2.5	24.3	53.5	0.0	0.2	77.8	100.0	309	
45-49	4.8	1.4	10.1	2.1	29.2	52.4	0.0	0.0	81.6	100.0	447	
Местожителство												
Город	5.5	1.4	5.4	3.3	25.4	58.7	0.0	0.2	84.1	100.0	2,182	
Село	4.9	1.5	8.7	2.1	17.8	64.9	0.1	0.0	82.7	100.0	2,632	
Регион												
г.Ашгабат	3.3	0.6	2.2	3.8	30.2	59.3	0.0	0.6	89.5	100.0	633	
Ахал	1.6	0.5	1.9	1.2	24.5	70.4	0.0	0.0	94.8	100.0	679	
Балкан	0.7	0.4	2.2	4.3	15.7	76.5	0.2	0.0	92.2	100.0	440	
Дашогуз	6.9	1.7	12.3	2.6	10.3	66.2	0.0	0.1	76.4	100.0	1,086	
Лебап	8.7	2.2	13.0	3.0	25.2	47.9	0.0	0.0	73.1	100.0	942	
Мары	5.5	2.3	5.2	1.9	24.1	60.9	0.2	0.0	85.0	100.0	1,034	
Образование												
Начальное/среднее	3.9	1.2	7.1	2.3	20.0	65.4	0.1	0.1	85.4	100.0	3,745	
Средне-специальное	9.3	2.7	8.0	4.1	25.6	50.2	0.0	0.0	75.9	100.0	782	
Высшее	10.3	1.7	6.3	3.4	25.9	51.5	0.0	0.8	77.4	100.0	288	
Национальность												
Туркменки	5.0	1.5	7.0	2.4	21.2	62.8	0.1	0.0	84.0	100.0	3,809	
Узбечки	7.8	1.9	10.2	3.1	13.9	63.0	0.0	0.1	76.9	100.0	508	
Другие	3.7	1.0	5.7	4.3	29.3	55.7	0.0	0.4	85.0	100.0	497	
Всего	5.2	1.5	7.2	2.7	21.3	62.1	0.0	0.1	83.4	100.0	4,815	

¹ Беседовали с медицинскими работниками учреждения о методах контрацепции

² Не посещались на дому работниками службы охраны репродуктивного здоровья и не посещали медицинского учреждения в течение последних 12 месяцев или посещали медицинское учреждение, но не беседовали о методах контрацепции.

5.12 Контакт респондентов, не использующих методы контрацепции, с работниками службы охраны репродуктивного здоровья

Успешность применения методов контрацепции зависит от уровня информированности населения в этих вопросах. Информированность о методах контрацепции через теле- и радиовещание и средства печати далека от необходимого индивидуального контакта. Всякий раз, когда женщины репродуктивного возраста обращаются к медицинским работникам, они считают наиболее подходящим индивидуальные беседы о методах контрацепции со специалистами. В ходе ПМДТ женщин спрашивали, посещали ли их медицинские работники и беседовали ли они с работниками медицинских учреждений в течение последних 12 месяцев, предшествовавших исследованию. Женщины отметили, что их посещали работники медицинских учреждений и беседовали с ними о методах контрацепции. Данные относительно женщин, не применяющих методы контрацепции, представлены в таблице 5.18. Большинство респондентов (83 процентов) не беседовали о методах контрацепции с работниками медицинских учреждений в предыдущем. Это может быть связано как с тем, что некоторые женщины не посещали медицинские учреждения, так и с тем, что женщины посещали медицинские учреждения, но не беседовали о методах контрацепции. Необходимо отметить, что более чем половине женщин в возрасте старше 25 лет (56 процентов), не использующих методы контрацепции, это непременно потребуется в будущем. Учреждения здравоохранения не предоставляют информации, необходимой для населения. Одна из пяти женщин, не использующая методы контрацепции, посещала учреждения здравоохранения в прошлом, но не беседовала о методах контрацепции. В г.Ашгабате 30 процентов женщин, не использующих методы контрацепции, посещали медицинские учреждения и ни разу не беседовали о методах контрацепции. Только 9 процентов женщин, не использующих методы контрацепции, беседовали о них с работниками этой службы.

5.13 Обсуждение супругами методов контрацепции

Непременным условием использования методов контрацепции является совместное обсуждение супругами применения методов контрацепции. Таблица 5.19 представляет процентное распределение замужних женщин, обсуждавших с мужьями методы контрацепции в течение 12 месяцев, предшествовавших исследованию. Одна треть всех женщин не обсуждала методы контрацепции с мужем. От двадцати пяти до тридцати процентов женщин в возрасте пика деторождения не обсуждали методы контрацепции с мужьями.

Женщины не могли решиться обсудить методы контрацепции с супругом, предполагая его отрицательное отношение к методам контрацепции. Замужним женщинам также задавали вопрос, относительно их мнения и мнения супруга об использовании методов контрацепции. Процентное распределение замужних женщин и их мнений по этому вопросу представлены в таблице 5.20. Высокая частота одобрения отмечена среди замужних женщин в возрасте 15-19 лет, из них только одна четверть женщин неодобрительно отнеслась к методам контрацепции. Двадцать девять процентов женщин не знали, как отнесётся к этому муж. Женщины, вступающие в репродуктивный период, должны быть объектом для проведения бесед о методах контрацепции. Женщины Ахалского велаята не обсуждали с мужьями использование методов контрацепции, тогда как в г.Ашгабате только 8 процентов отметили, что муж не одобряет использование методов контрацепции. Подавляющее большинство женщин Туркменистана (9 из десяти) одобряют использование методов контрацепции и восемь женщин из десяти сообщают, что их мужья одобряют методы контрацепции

Таблица 5.19 Обсуждение методов контрацепции с мужьями

Процентное распределение замужних женщин обсуждавших с мужьями методы контрацепции, в течение прошедшего года в зависимости от возраста. Туркменистан, 2000.

Возраст	Никогда	Один-два раза	Более часто	Всего	Кол-во женщин
15-19	56.5	35.7	7.9	100.0	75
20-24	29.2	56.0	14.7	100.0	675
25-29	24.7	58.7	16.6	100.0	1,014
30-34	25.7	56.4	17.8	100.0	932
35-39	32.2	52.0	15.9	100.0	851
40-44	34.6	51.2	14.2	100.0	761
45-49	52.4	39.0	8.6	100.0	552
Всего	32.0	52.9	15.0	100.0	4,860

Таблица 5.20 Мнение респондентов об отношении их супругов к методам контрацепции

Процентное распределение замужних женщин в зависимости от отношения мужей к методам контрацепции в соответствии с их мнением об этом вопросе, в зависимости от социально-биологических факторов. Туркменистан, 2000.

Социально-биологические факторы	Респондент одобряет МК			Респондент не одобряет МК			Не уверена	Всего	Процент женщин одобряющих МК	Процент мужей одобряющих МК	Кол-во женщин
	Муж одобряет	Муж не одобряет	В отношении мужа не уверена	Муж одобряет	Муж не одобряет	В отношении мужа не уверена					
Возраст, лет											
15-19	40.5	5.6	28.3	1.6	5.0	0.8	18.1	100.0	74.4	47.7	75
20-24	73.6	3.2	12.1	0.6	0.9	1.9	7.8	100.0	88.9	76.4	675
25-29	81.7	2.8	8.3	0.7	1.7	0.3	4.5	100.0	92.9	84.2	1,014
30-34	85.3	2.5	5.2	1.4	1.9	0.6	3.3	100.0	92.9	88.0	932
35-39	83.4	1.8	5.3	0.8	1.6	1.1	6.0	100.0	90.5	86.3	851
40-44	83.4	1.5	6.0	1.8	1.0	1.4	4.9	100.0	91.0	87.2	761
45-49	74.8	3.0	7.6	2.5	3.5	2.7	5.8	100.0	85.4	79.2	552
Местожителство											
Город	81.3	2.8	6.9	1.6	1.9	0.9	4.6	100.0	91.0	84.7	2,286
Село	79.6	2.2	8.2	0.9	1.6	1.4	6.1	100.0	90.0	82.5	2,574
Регион											
г. Ашгабат	78.3	3.5	6.4	1.4	4.1	1.4	4.9	100.0	88.1	81.6	632
Ахал	79.0	1.8	12.4	0.2	1.2	0.9	4.6	100.0	93.2	79.9	696
Балкан	81.6	1.7	6.6	1.5	1.0	2.0	5.7	100.0	89.9	84.6	416
Дашогуз	80.0	3.3	6.6	0.8	2.2	1.6	5.5	100.0	89.9	82.8	943
Лебап	83.3	1.8	4.5	1.9	1.0	0.8	6.7	100.0	89.6	88.1	1,023
Мары	79.8	2.6	9.2	1.4	1.4	0.8	4.8	100.0	91.7	83.0	1,150
Образование											
Начальное/среднее	77.3	2.5	9.0	1.3	1.9	1.4	6.5	100.0	88.8	80.9	3,317
Средне-специальное	85.9	2.9	4.5	1.0	1.5	0.7	3.5	100.0	93.3	88.1	1,147
Высшее	90.3	1.3	4.7	0.8	0.9	0.5	1.6	100.0	96.3	92.4	395
Национальность											
Туркменки	79.6	2.2	8.0	1.3	1.8	1.2	5.9	100.0	89.9	83.0	3,753
Узбечки	83.8	2.3	5.7	1.4	1.8	1.2	3.8	100.0	91.8	86.9	546
Другие	82.2	4.3	6.5	0.7	1.7	1.2	3.4	100.0	93.0	83.9	561
Всего	80.4	2.5	7.6	1.2	1.7	1.2	5.4	100.0	90.5	83.5	4,860

А.С.Эзимова, А.Ю.Хаитова, Г.А.Акмурадова

Индукцированный аборт как метод контроля рождаемости имеет длинную историю в Туркменистане, как и в других бывших республиках Советского Союза. Аборт стал легальным в Туркменистане, когда он входил в состав СССР, в 1920 году. В 1936 году вследствие проводимой в СССР про-наталистской политики, предусматривавшей рост численности населения, аборт был запрещен. Это решение было пересмотрено в 1956 году, когда проведение аборта не по медицинским показаниям было вновь официально разрешено на всей территории бывшего Советского Союза.

Информация об абортах была собрана в соответствии с разделом индивидуальной анкеты женщины, касающимся репродуктивного здоровья (Приложение Е). Раздел начинается с вопросов о количестве родов, завершившихся рождением живых детей, индуцированных аборт, выкидышей и мертворождений, имевших место в течение жизни респондента. Когда респонденту задавался вопрос о количестве индуцированных аборт, то уточнялись и беременности, завершившиеся вакуум-аспирацией (мини-абортами)¹. История беременности собиралась в порядке следования одной беременности за другой. Для каждой беременности были зарегистрированы ее исход, год и месяц.

Сбор истории беременности проводился таким образом, чтобы данные по абортам были как можно более полными, особенно в течение периода непосредственно перед исследованием. Данные были собраны в обратном хронологическом порядке (т.е. информация собиралась сначала о самой последней беременности, затем о предыдущей и т.д.). Сбор информации подобным образом должен был привести к более полному учету данных за последние несколько лет, предшествовавших исследованию, чем сбор информации в хронологическом порядке. В конце раздела интервьюеры должны были проверять, соответствуют ли собранные данные по общему количеству беременностей их количеству по истории беременности. При интервале между беременностями в 4 и более лет интервьюеры должны были проверять, не была ли пропущена беременность, приходящаяся на этот период времени.

6.1 Исходы беременностей

В таблице 6.1 представлено процентное распределение исходов всех беременностей, завершившихся в течение трехлетнего периода, предшествовавшего исследованию (т.е. с середины 1997 до середины 2000 годов). В Туркменистане 72 процента беременностей завершилось рождением живых детей и 28 процентов составили фетальные потери – индуцированный аборт, выкидыши или мертворождения. Из них на долю аборта приходится 18 процентов, что составляет 65 процентов от всех фетальных потерь.

В таблице 6.1 показано процентное распределение исходов беременностей в зависимости от основных характеристик. Женщины всех групп используют индуцированный аборт как метод контроля рождаемости. У городских женщин беременность заканчивается аборт в 25 процентах. У женщин сельской местности 13 процентов беременностей имеют исходом аборт.

Уровень использования индуцированных аборт также меняется в зависимости от регионов, образования и этнической принадлежности. Так, наивысший уровень аборт отмечен в г.Ашгабат (29 процентов), а наименьший в Ахалском (11 процентов) и Дашогузском (13 процентов) веляятах. В трех веляятах – Марыйском, Лебапском и Балканском отмечен средний уровень аборт (18-22 процента).

Доля аборт в исходах беременностей выше среди женщин с высоким уровнем образования (30 процентов), по сравнению с женщинами с начальным и средним образованием (14 процентов). Существенно выше уровень аборт у женщин других национальностей (41 процент), чем у туркменок (16 процентов) и узбечек (17 процентов).

¹Термин "аборт", используемый в отчете, включает мини-аборт, если нет никаких других ссылок

Таблица 6.1 Исходы беременностей в зависимости от социально-биологических факторов

Процентное распределение беременностей, завершившихся рождением живого ребёнка, индуцированным абортom, выкидышем, мертворождением, в зависимости от некоторых социально-биологических факторов. Туркменистан, 2000

Социально-биологические факторы	Исход беременности				Всего	Кол-во беременностей
	Живой ребенок	Индуцированный аборт	Выкидыш	Мертворождение		
Местожительство						
Город	63.3	25.1	10.8	0.7	100.0	1,309
Село	78.1	13.1	8.0	0.9	100.0	1,643
Регион						
г. Ашгабат	60.4	29.3	10.3	0.0	100.0	352
Ахал	79.3	10.7	9.5	0.5	100.0	385
Балкан	74.1	20.4	5.5	0.0	100.0	219
Дашогуз	78.4	12.8	7.3	1.5	100.0	599
Лебап	67.1	22.0	10.5	0.4	100.0	654
Мары	70.5	18.0	10.1	1.4	100.0	743
Образование						
Начальное/среднее	75.3	14.0	9.8	0.8	100.0	2,015
Средне-спец.	63.5	27.1	8.5	1.0	100.0	697
Высшее	63.1	29.9	7.0	0.0	100.0	240
Национальность						
Туркменки	73.4	16.1	9.8	0.7	100.0	2,357
Узбечки	74.4	16.7	8.1	0.8	100.0	335
Другие	50.7	41.4	6.1	1.8	100.0	259
Всего	71.6	18.4	9.2	0.8	100.0	2,952

В таблице 6.2 представлено процентное распределение исходов беременностей в зависимости от некоторых показателей статуса женщин. Данные показатели характеризуют уровень реализации репродуктивных прав. Чем большими репродуктивными правами обладает женщина, тем легче ей контролировать все стороны своей жизни, включая и более приемлемое для нее репродуктивное поведение. Проанализировать вышесказанное позволяют следующие два показателя: количество решений, которые принимает женщина; количество причин, по которым женщина вправе отказать в половых отношениях своему мужу. Первый индикатор показывает, как через принятие самостоятельных решений женщина контролирует свое положение в обществе, свою жизнь и свое окружение. Второй показатель отражает понимание женщины своей сексуальной роли и женского права распоряжаться своим телом и сексуальностью. Подробное описание см. глава 3.2.

Первый из показателей прямо связан с числом беременностей, закончившихся абортom, т.е. процент абортов возрастает по мере увеличения числа решений, которые женщина принимает самостоятельно. Эта тенденция довольно устойчивая. Второй показатель не демонстрирует явной связи с исходами беременностей.

Интерпретация данных результатов должна быть в достаточной мере осторожной, так как сфера контроля фертильности и принятия решений очень сложна для того, чтобы сделать окончательное заключение.

6.2 Индуцированные аборты в течение всей жизни респондента

В таблице 6.3 представлены индуцированные аборты в течение жизни женщины. Данные о количестве женщин, имевших в анамнезе аборт, основаны на опросе всех женщин в возрасте 15-49 лет, с учетом их риска забеременеть.

Таблица 6.2 Исходы беременностей в зависимости от статуса женщин

Процентное распределение исходов беременностей, в течение трех лет, предшествовавших исследованию, в зависимости от некоторых индикаторов статуса женщин. Туркменистан, 2000

Индикаторы статуса женщин	Исход беременности				Всего	Кол-во беременностей
	Живой ребенок	Индукцированный аборт	Выкидыш	Мертворождение		
Количество окончательных решений						
0	82.4	6.8	10.6	0.3	100.0	217
1-2	79.7	9.3	10.0	1.0	100.0	546
3-4	70.1	19.3	9.2	1.3	100.0	646
5	67.8	22.9	8.8	0.6	100.0	1,543
Количество причин для отказа в секс.отношениях						
0	75.7	16.7	7.2	0.4	100.0	153
1-2	73.3	15.8	10.7	0.3	100.0	466
3-4	70.9	19.0	9.1	0.9	100.0	2,333
Всего	71.6	18.4	9.2	0.8	100.0	2,952

В целом в Туркменистане 18 процентов женщин репродуктивного возраста имели, по меньшей мере, один аборт. Разумеется, процент женщины, имевших индуцированный аборт, увеличивается с возрастом, показательна доля молодых женщин, еще не имевших контакта (например, 94 процента женщин до 20 лет не имели никаких контактов). Более трети женщин в возрасте 35 лет и выше имели аборт. Отмеченные различия наиболее выражены в группе женщин, имевших по меньшей мере один аборт. Городские женщины чаще делают аборт, чем сельские, различие более чем двукратное. Выражены региональные колебания показателя: от 11 процентов среди женщин Ахала и Дашогуза, до 29 процентов в г.Ашгабат. Женщины со средне-специальным и высшим образованием чаще выбирают аборт чем женщины с начальным и средним образованием (30 и 13 процентов соответственно). Из женщин других национальностей 43 процента имели аборт, и только 14 процентов женщин-туркменок имели в анамнезе индуцированный аборт

В таблице 6.3 представлена также информация о повторных случаях индуцированного аборта. Среди женщин, имевших аборт, половина (48 процентов) имела более одного аборта. Уровень повторных аборт достаточно высок. Женщины, проживающие в городской местности чаще прибегают к аборту (25 против 11 процентов), и чаще используют его повторно (55 против 34 процентов). Уровень образования и этническая принадлежность также влияют на частоту индуцированного аборта.

Таблица 6.3 Индуцированные аборт в течение жизни женщины

Процент женщин, имевших, по крайней мере, один аборт, и среди этих женщин процентное распределение количества аборт и среднее количество аборт в зависимости от некоторых социально-биологических факторов. Туркменистан, 2000.

Социально-биологические факторы	Процент женщин, у которых были аборт	Количество аборт среди женщин					Среднее	Всего	Кол-во женщин
		1	2-3	4-5	6+				
Возраст, лет									
<20	0.1	100.0	0.0	0.0	0.0	1.0	100.0	1,574	
20-24	5.0	75.0	22.5	2.4	0.0	1.3	100.0	1,799	
25-34	21.6	61.2	33.9	4.4	0.5	1.6	100.0	2,058	
35+	34.6	44.7	43.0	8.2	4.1	2.1	100.0	2,488	
Количество родов									
1	0.6	44.5	55.5	0.0	0.0	1.7	100.0	2,942	
2-3	18.7	56.0	32.2	11.0	0.6	1.9	100.0	946	
4-5	30.7	50.2	38.5	8.1	3.2	2.0	100.0	2,381	
6+	30.3	54.7	40.4	2.9	2.1	1.7	100.0	1,199	
	24.1	49.2	43.0	3.2	4.6	2.1	100.0	451	
Местожительство									
Город	25.3	45.0	42.5	8.7	3.8	2.1	100.0	3,691	
Село	10.9	66.2	31.1	2.4	0.3	1.5	100.0	4,228	
Регион									
г. Ашгабат	28.9	37.7	45.4	12.1	4.8	2.4	100.0	1,038	
Ахал	10.7	49.7	45.1	3.6	1.6	1.8	100.0	1,145	
Балкан	16.4	57.0	35.7	3.7	3.6	1.8	100.0	709	
Дашогуз	10.7	62.1	32.6	3.8	1.5	1.7	100.0	1,628	
Лебап	21.1	51.0	39.9	5.7	3.4	1.9	100.0	1,607	
Мары	19.2	59.4	33.6	6.3	0.7	1.7	100.0	1,791	
Образование									
Начальное/среднее	12.9	59.5	35.0	4.1	1.4	1.7	100.0	5,800	
Средне-спец.	30.8	43.5	42.8	9.4	4.4	2.2	100.0	1,556	
Высшее	29.6	42.7	44.1	10.0	3.2	2.2	100.0	563	
Национальность									
Туркменки	14.0	59.6	35.1	3.6	1.7	1.7	100.0	6,191	
Узбечки	18.2	55.8	38.7	3.9	1.6	1.7	100.0	857	
Другие	42.7	32.5	47.2	14.9	5.4	2.5	100.0	871	
Семейное положение									
Не была замужем	0.0	-	-	-	-	-	100.0	2,563	
Замужем/живут вместе	25.6	52.2	39.1	6.2	2.4	1.9	100.0	4,892	
Была замужем	31.4	49.7	35.2	10.1	4.9	2.3	100.0	453	
Всего	-	-	-	-	-	-	100.0	7,919	

6.3 Показатели индуцированных аборт

В настоящем разделе представлены коэффициенты индуцированных аборт за трехлетний период, предшествующий ПМДТ (т.е. с середины 1997 до середины 2000 годов). Повозрастные коэффициенты аборт рассчитываются на 1000 женщин и подразумевают, что женщины какого-либо определенного возраста будут иметь один аборт в течение одного года.

В таблице 6.4 представлены значения повозрастных коэффициентов индуцированных аборт в Туркменистане в зависимости от местожительства и этнической принадлежности. Характер изменений повозрастных коэффициентов таков, что для женщин младше 35 лет коэффициенты аборт ниже, чем коэффициенты рождаемости, и, наоборот, для женщин старших возрастных групп коэффициенты рождаемости ниже коэффициентов аборт. Если среди женщин проживающих в городской местности пик коэффициента рождаемости приходится на возрастную группу 20-24 года (165 родов на 1000 женщин), то аборт достигают пика среди женщин в возрасте 25-29 лет (63 аборт на 1000 женщин). В то время как среди женщин, проживающих в сельской местности, пик коэффициентов рождаемости отмечается в возрасте 25-29

Таблица 6.4 Коэффициенты индуцированных аборт

Повозрастной, суммарный и общий коэффициенты аборт за трехлетний период, предшествовавший исследованию, в зависимости от местожительства и национальности. Туркменистан, 2000

Возраст, лет	Местожительство		Национальность			Всего ¹
	Город	Село	Туркменки	Узбечки	Другие	
15-19	01	01	03	02	01	01
20-24	27	11	15	15	48	18
25-29	63	33	42	50	96	48
30-34	55	43	44	51	83	49
35-39	38	33	36	32	37	35
40-44	20	16	14	12	41	18
45-49	00	00	00	(00)	(00)	00
СКА 15-49	1.02	0.69	0.75	0.81	1.53	0.85
СКА 15-44	1.02	0.69	0.75	0.81	1.53	0.85
ОКА	34	20	23	24	50	26
ОКА	8.0	4.7	-	-	-	6.2

Примечание. Коэффициенты даны за период 1-36 месяцев, предшествовавших исследованию.

СКА: суммарный коэффициент индуцированных аборт на одну женщину

ОКА: общий коэффициент индуцированных аборт (количество индуцированных аборт, деленное на количество женщин 15-44 лет) на 1000 женщин

¹ Включает туркменок, узбечек и другие этнические группы

лет (244 родов на 1000 женщин) и аборт на возрастную группу 30-34 лет (43 аборт на 1000 женщин). Существенных различий в зависимости от этнической принадлежности не обнаружено: как у женщин-туркменок, так и у женщин узбекской и других национальностей пик коэффициентов рождаемости приходится на возрастную группу 25-29 лет (213 и 195 родов на 1000 женщин соответственно), и пик частоты индуцированных аборт на возраст 30-34 лет (44 и 49 аборт на 1000 женщин соответственно).

Возрастные особенности показаны на рис.6.1.

Суммарный коэффициент аборт (СКА) - рассчитывается на одну женщину и является суммарным показателем повозрастных коэффициентов. Под СКА подразумевается количество аборт, которое женщина могла бы иметь в течение всей своей жизни, если бы сохранила имеющийся повозрастной коэффициент на протяжении всего репродуктивного периода. В Туркменистане СКА за период с середины 1997 до середины 2000 годов составил 0,85 аборт на женщину. Аналогичные показатели, полученные в ходе исследований в Казахстане (за период с середины 1996 до середины 1999 годов) - составили 1,44 аборт на женщину, и в Узбекистане (за период с середины 1993 до 1996 годов) - 0,67 аборт на женщину.

Таблица 6.5 Индуцированные аборт в зависимости от социально-биологических факторов

Суммарные коэффициенты аборт за трехлетние периоды, предшествовавшие исследованию и среднее число индуцированных аборт у женщин в возрасте 40-49 лет в зависимости от некоторых социально-биологических факторов. Туркменистан, 2000.

Социально-биологические факторы	Суммарный коэффициент индуцированных аборт ¹	Среднее число аборт у женщин 40-49 лет
Местожительство		
Город	1.02	1.21
Село	0.69	0.38
Регион		
г.Ашгабат	1.12	1.58
Ахал	0.48	0.40
Балкан	0.75	0.62
Дашогуз	0.60	0.47
Лебап	1.16	1.00
Мары	0.94	0.77
Образование		
Начальное/среднее	0.68	0.59
Среднее спец.	1.17	1.51
Высшее	1.25	0.99
Национальность		
Туркменки	0.75	0.53
Узбечки	0.85	0.83
Другие	1.53	2.02
Всего	0.85	1.06

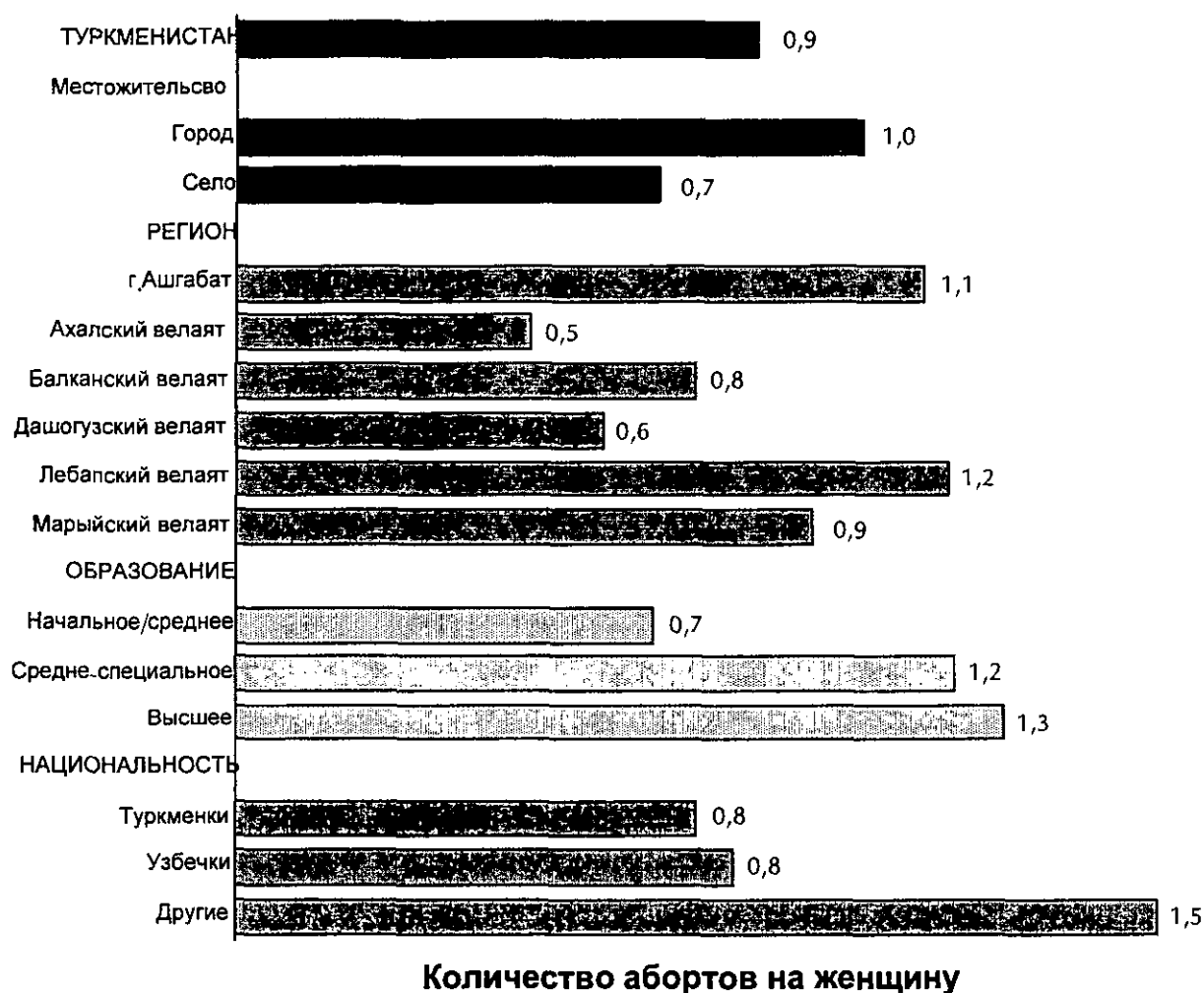
¹ Женщины в возрасте 15-49 лет.

Рисунок 6.1 Повозрастные коэффициенты рождаемости (ПВКР) и аборт (ПВКА)



В таблице 6.5 представлены показатели индуцированных абортов в зависимости от места жительства, образования и этнической принадлежности. Обнаружены существенные различия СКА по изучаемым характеристикам. Наименьший показатель СКА отмечен в Ахалском велаяте (0,48 аборта на женщину) и наивысший в Лебапском велаяте (1,6 аборта на женщину). СКА женщин с высшим образованием (1,25 аборта на женщину) вдвое превышает данный показатель у женщин с начально-средним уровнем образования (0,68 аборта на женщину). Различия повозрастных коэффициентов в зависимости от этнической принадлежности более выражены: СКА для женщин других национальностей (1,53 аборта на женщину) в два раза выше показателя для женщин-туркменок (0,75 аборта на женщину). Уровень абортов в Туркменистане по сравнению с другими странами невысокий.

Рисунок 6.2 Суммарные коэффициенты аборт в зависимости от социально-биологических факторов



6.4 Тенденции индуцированных абортов

Для того, чтобы судить о тенденциях индуцированных абортов в течение определенного периода времени можно сравнить СКА и среднее число абортов у женщин в возрасте 40-49 лет (т.е. в конце репродуктивного периода). Таблица 6.5 показывает, что в целом по стране уровень СКА (0,85 абортов на женщину) достаточно близок к среднему числу абортов у женщин 40-49 лет (0,82 аборта на женщину).

Таблица 6.5 также показывает, что СКА выше, чем среднее число количество абортов среди женщин старших возрастных групп, среди проживающих в сельской местности (0,69), среди женщин с высшим образованием (1,25) и женщин туркменской национальности (0,75). СКА ниже среднего числа абортов среди женщин старших возрастных групп, у женщин проживающих в городской местности (1,2), женщин г.Ашгабата (1,1), женщин со средне-специальным образованием (1,2) и женщин других национальностей (1,5).

Таблица 6.6 представляет изменение по возрастным коэффициентам индуцированных абортов среди женщин, разделенных на возрастные группы с 5-летним интервалом. Повозрастные коэффициенты абортов возрастают среди женщин старше 25 лет. Повозрастные коэффициенты индуцированных абортов позволяют, оценить СКА в возрастных границах от 15 до 44 лет. СКА повысилось на 14 процентов за период 5-9 и 0-4 лет, предшествовавших исследованию с 0,7 до 0,8 аборта на женщину.

Таблица 6.7 Использование методов контрацепции до беременности

Процентное распределение родов, завершившихся рождением живого ребенка, индуцированным абортom, выкидышем, мертворождением, и всех беременностей в течение трех лет, предшествовавших исследованию, в зависимости от используемого метода контрацепции. Туркменистан, 2000.

Метод контрацепции	Живой ребенок	Индуцированный аборт	Выкидыш	Мертворождение	Все беременности
Не использовала	89.8	67.9	82.0	(93.4)	85.1
Любой метод	10.2	32.1	18.0	(6.6)	14.9
Любой современный метод	2.4	13.3	8.0	(1.2)	4.9
Таблетки	0.2	1.3	1.3	(0.0)	0.5
ВМС	1.8	9.8	6.0	(1.2)	3.7
Иньекции	0.0	0.0	0.0	(0.0)	0.0
Презерватив	0.2	2.2	0.7	(0.0)	0.6
Пена/гель	0.1	0.0	0.0	(0.0)	0.1
Любой традиционный метод	7.8	18.9	10.0	(5.4)	10.0
Лактационная аменорея	4.1	6.7	4.1	(0.0)	4.6
Календарный метод	0.4	1.9	0.9	(0.0)	0.7
Прерванный акт	2.4	9.0	4.9	(5.4)	3.9
Другое	0.9	1.3	0.0	(0.0)	0.9
Всего	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Количество беременностей	2,093	541	275	23	2,933

6.6 Использование методов контрацепции до проведения аборта

По каждой беременности, завершившейся индуцированным абортom в течение трехлетнего периода, предшествовавшего исследованию, женщинам были заданы вопросы о том, применяли ли они до беременности метод контрацепции и, если да, то какой именно.

В таблице 6.7 представлены соответствующие статистические данные. Тридцать два процента индуцированных абортов случились вследствие контрацептивных неудач, из них больше половины случаев - вследствие использования современных методов, преимущественно ВМС, и 38 процентов - вследствие использования традиционных методов контрацепции. Очевидно, что применение более надежных методов контрацепции уменьшило бы уровень индуцированных абортов.

6.7 Место и методы проведения абортов

Всем женщинам, у которых был произведен аборт в течение трех лет, предшествовавших исследованию, задавались вопросы о месте и методе проведения аборта. В

Таблица 6.6 Тенденции по возрастным коэффициентам индуцированных абортов

Повозрастной коэффициент абортов за пятилетний период, предшествовавший исследованию Туркменистан, 2000

Возраст, лет	Количество лет, предшествовавших исследованию			
	0-4	5-9	10-14	15-19
15-19	1	4	5	1
20-24	21	21	20	25
25-29	40	38	41	48
30-34	44	40	45	(56)
35-39	32	23	(40)	-
40-44	18	(9)	-	-
45-49	(0)	-	-	-
СКА	0.78	0.68	-	-

Примечание. Повозрастные коэффициенты индуцированных абортов даны 1000 женщин.

СКА: суммарный коэффициент индуцированных абортов на одну женщину

таблице 6.8 указывается, что в подавляющем большинстве случаев аборт проводился в госпиталях (87 процентов) и 6 процентов в женских консультациях.

В таблице 6.8 также приведены данные о методе проведения аборта. Выскабливанием было проведено 28 процентов абортов, в то время как вакуум-аспирацией – 72 процента.

Всех женщин, имевших в анамнезе аборт в течение трехлетнего периода, предшествовавшего исследованию, спрашивали на каком сроке беременности была произведена данная процедура. В таблице 6.9 показано, что две трети абортов были произведены на втором месяце беременности. Существенные различия отмечены в зависимости от местожительства. Большое число абортов при сроке три месяца и выше отмечено в Ахалском велаяте (цифры, основаны на не взвешенных данных по 25-49 женщинам), наименьшее число абортов при данном сроке в Лебапском велаяте. Женщины Лебапского велаята демонстрируют высокий суммарный коэффициент индуцированных абортов, чаще всего произведенных в течение первых двух месяцев беременности (82 процента).

Таблица 6.8 Место и метод проведения аборта

Процентное распределение абортов за трехлетний период, предшествовавших исследованию, в зависимости от места и метода проведения аборта. Туркменистан, 2000.

Показатели	Процент
Место проведения	
Родильный дом	24.3
Государственный стационар	39.9
Платные медицинские услуги	22.5
Женская консультация	6.2
Семейный врач	0.6
Пропущено	6.5
Метод	
Выскабливание	28.1
Вакуум-аспирация	71.9
Всего	100.0
Количество индуцированных абортов	541

Таблица 6.9 Сроки проведения индуцированных абортов

Процентное распределение индуцированных абортов в течение трех лет, предшествовавших исследованию, в зависимости от социально-биологических факторов. Туркменистан, 2000.

Социально-биологические факторы	Срок беременности (в месяцах)			Всего	Кол-во беременностей
	1	2	3+		
Местожительство					
Город	1.2	64.7	34.1	100.0	327
Село	2.7	60.3	36.9	100.0	215
Регион					
г. Ашгабат	0.0	75.7	24.3	100.0	103
Ахал	(0.0)	(15.2)	(84.8)	100.0	41
Балкан	0.0	78.1	21.9	100.0	45
Дашогуз	1.0	65.9	33.1	100.0	77
Лебап	1.5	82.3	16.2	100.0	144
Мары	5.1	40.0	54.9	100.0	132
Образование					
Начальное/среднее	1.5	60.1	38.3	100.0	281
Среднее специальное	2.5	63.8	33.7	100.0	189
Высшее	1.0	71.7	27.2	100.0	72
Национальность					
Туркменки	1.4	63.2	35.4	100.0	378
Узбечки	1.3	67.0	31.7	100.0	56
Другие	3.4	60.1	36.5	100.0	107
Всего	1.8	63.0	35.2	100.0	541

6.8 Отношение к аборту

В ходе выполнения ПМДТ была предпринята попытка оценить отношение женщин к индуцированному аборту с целью контроля фертильности. Для этого, респондентам задавали три вопроса:

Таблица 6.10 Отношение женщин к индуцированному аборту

Процентное распределение отношения женщин к индуцированному аборту среди всех респондентов. Туркменистан, 2000.

Социально-биологические факторы	Отношение к аборту					Предпочтут аборт при наступлении нежелательной беременности				Предпочтут и аборт методу контрацепции				Кол-во женщин	
	Одобрят	Не одобряют	Полагаются на аборт	Не знают	Пропущено	Нет	Да	Не знают	Пропущено	Предпочтут метод	Полагаются на аборт	Ничего не предпримут	Не знают		Пропущено
Место жительства															
Город	8.5	60.0	20.7	9.1	1.7	48.2	29.3	20.6	1.9	70.1	1.3	11.1	15.1	2.3	3,691
Село	6.7	62.0	14.8	15.3	1.2	55.5	17.8	25.4	1.3	64.7	0.5	9.3	23.3	2.2	4,228
Регион															
г. Ашгабат	7.9	54.9	29.3	6.6	1.3	41.6	38.3	18.3	1.8	72.6	1.4	10.7	13.1	2.2	1,038
Ахал	8.0	55.1	14.9	20.3	1.7	52.7	16.9	28.5	2.0	64.9	0.3	5.9	26.3	2.6	1,145
Балкан	3.2	61.3	24.0	10.2	1.3	60.2	14.8	23.6	1.4	68.4	1.2	12.7	16.2	1.5	709
Дашогуз	2.7	60.4	22.9	13.2	0.8	61.0	14.9	23.2	0.9	73.2	0.7	6.1	18.9	1.1	1,628
Лебап	17.1	65.6	3.3	12.1	1.9	48.6	30.8	18.7	1.9	68.3	1.8	11.6	16.1	2.2	1,607
Мары	4.7	64.7	17.9	11.2	1.6	49.4	22.4	26.5	1.7	58.7	0.2	13.9	23.8	3.4	1,791
Образование															
Нач.-сред.	6.7	60.6	16.2	15.3	1.2	54.4	19.5	26.7	1.4	63.2	0.8	10.6	23.3	2.0	5,800
Сред. спец.	10.0	62.8	19.8	5.1	2.4	51.9	32.3	13.3	2.5	77.2	1.2	8.9	9.3	3.3	1,556
Высшее	10.3	60.5	25.3	2.5	1.4	48.7	35.8	14.1	1.4	81.1	0.7	8.3	8.4	1.5	563
Национальность															
Туркменки	7.4	61.4	16.1	13.9	1.2	53.3	20.4	24.9	1.4	65.9	0.7	10.2	21.3	1.9	6,191
Узбечки	5.5	64.8	18.4	10.2	1.1	59.5	22.2	17.1	1.2	74.3	2.2	7.1	15.0	1.4	857
Другие	11.1	54.6	27.3	4.0	3.1	35.8	44.0	17.0	3.1	69.8	0.8	12.9	11.2	5.3	871
Всего	7.6	61.0	17.6	12.4	1.4	52.1	23.2	23.2	1.6	67.2	0.9	10.1	19.5	2.2	7,919

"Одобрите ли Вы или не одобряете, когда женщины делают аборт?", "Будете ли Вы применять аборт в будущем, если произойдет нежелательная беременность?" и "Предпочтете ли Вы применение метода контрацепции в будущем или будете полагаться на аборт, или ничего не предпримете?". Как следует из данных таблицы 6.10, шестьдесят один процент женщин не одобрили аборт. Около четверти (23 процента) женщин ответили, что будут использовать аборт в случае наступления нежелательной беременности, и четверть женщин не знала, как поступит в данном случае. Ни одна из женщин не отдала предпочтения аборту как средству контроля деторождения, две трети женщин предпочли метод контрацепции.

Ч.М.Назаров, Г.К.Эзизова, Дана Шарман

Эта глава посвящена анализу основных факторов, кроме контрацепции и абортов, которые влияют на риск возникновения беременности. Они включают вступление в брак, сексуальную активность, послеродовую аменорею и абстиненцию (половое воздержание). Брак является основным индикатором подверженности риску возникновения беременности. Другими критериями, имеющими непосредственное отношение к сексуальной активности, являются возраст при первом половом контакте и частота половых контактов. Послеродовая аменорея и абстиненция влияют на межродовой интервал. Эти факторы определяют продолжительность и ритм репродуктивной активности и, следовательно, важны при анализе рождаемости.

7.1 Семейное положение

Таблица 7.1 и рисунок 7.1 показывают процентное распределение всех женщин по семейному положению на момент исследования. Термин «семейный» относится также к неформальным союзам (гражданским или религиозным, а также к сожительству). В последующих таблицах эти две категории комбинируются и представляются совместно как «замужем в настоящее время» или в «настоящее время в союзе». Овдовевшие, разведенные и не живущие вместе (живущие раздельно) лица составляют остальные категории: «были когда-либо замужем» или «были когда-либо в союзе».

Почти 60 процентов обследованных женщин состояли в браке. В возрасте 15-19 лет 5,3 процента женщин состоят в браке и в возрастной группе 20-24 года уже половина женщин замужем. Девять из десяти женщин в возрасте 30-44 лет находятся в браке. В возрасте 45-49 лет процент замужних женщин начинает снижаться, а число вдов начинает расти. Только 4 процента женщин в разводе, либо не живут смужем. В целом, около 60 процентов женщин репродуктивного возраста в настоящий момент замужем, основное число незамужних женщин приходится на возрастную категорию 15-24 года.

Таблица 7.1 Семейное положение

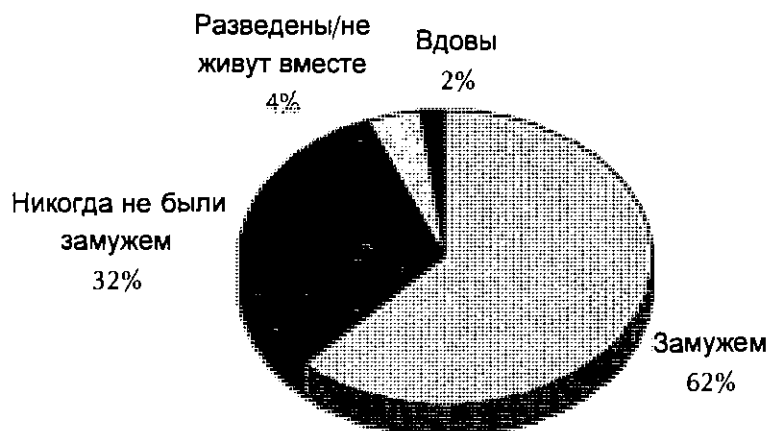
Процентное распределение женщин по семейному положению в зависимости от возраста. Туркменистан, 2000.

Возраст, лет	Семейное положение							Кол-во женщин
	Никогда не состоял(а) в браке	Замужем	Живет вместе	Вдова	Разведена	Не живет вместе	Всего	
15-19	94.1	5.3	0.0	0.0	0.4	0.2	100.0	1.574
20-24	52.7	43.3	1.0	0.3	2.3	0.5	100.0	1.541
25-29	15.2	77.3	3.5	0.6	2.5	0.9	100.0	1.256
30-34	4.2	85.6	2.5	1.7	4.7	1.3	100.0	1.060
35-39	2.5	85.4	2.6	4.0	4.6	0.9	100.0	974
40-44	0.8	87.5	3.1	4.5	3.7	0.5	100.0	845
45-49	0.5	79.6	3.6	10.1	4.9	1.4	100.0	669
Всего	32.4	59.7	2.0	2.2	2.9	0.7	100.0	7.919

Примечание. Цифры могут не составлять в сумме 100 по причине округления.

Для каждой возрастной группы обобщенные проценты ограничиваются нижней возрастной границей. Например, для группы 20-24 лет обобщенный процент замужних женщин рассчитывался в отношении 20-летнего возраста

Рисунок 7.1 Семейный статус женщин в возрасте 15-49 лет



7.2 Возраст при первом браке

Брак является важным демографическим и социальным показателем. Он обычно обозначает момент жизни человека, когда родительство становится желанным. Информация о возрасте вступления в первый брак была получена путем выяснения у всех состоявших когда-либо в браке респондентов месяца и года начала совместной жизни с их первым спутником.

Таблица 7.2 Возраст вступления в первый брак

Процент замужних женщин, вступивших в первый брак к возрасту 15, 18, 20, 22 и 25 лет; средний возраст вступления в брак в соответствии с настоящим возрастом. Туркменистан, 2000

Настоящий возраст, лет	Процент вступивших в брак к указанному возрасту, лет					Процент не состоявших в браке	Кол-во женщин	Средний возраст вступления в брак
	15	18	20	22	25			
15-19	0.1	НП	НП	НП	НП	94.1	1.574	а
20-24	0.0	9.1	26.2	НП	НП	52.7	1.541	а
25-29	0.2	6.5	26.4	51.5	77.4	15.2	1.256	21.9
30-34	0.7	4.4	22.3	48.9	82.2	4.2	1.060	22.1
35-39	0.1	4.8	23.5	51.5	81.5	2.5	974	21.9
40-44	0.3	9.0	38.8	66.7	88.4	0.8	845	20.8
45-49	0.6	16.8	49.1	75.6	90.8	0.5	669	20.1
25-49	0.3	7.9	29.2	53.0	74.4	17.0	6.344	21.5

НП - данные неприемлемы

^а Пропущено по причине того, что менее 50 процентов женщин в возрастной группе X-X+4, были замужем в возрасте X

Примечание: средняя для женщин в возрасте 20-49 лет не определялась из-за того, что лишь 50 процентов женщин в возрасте 20-24 лет вступили в брак в 20 лет.

Рисунок 7.2 Процент женщин, вступивших в первый брак в возрасте 15, 18, 20, 22 и 25 лет

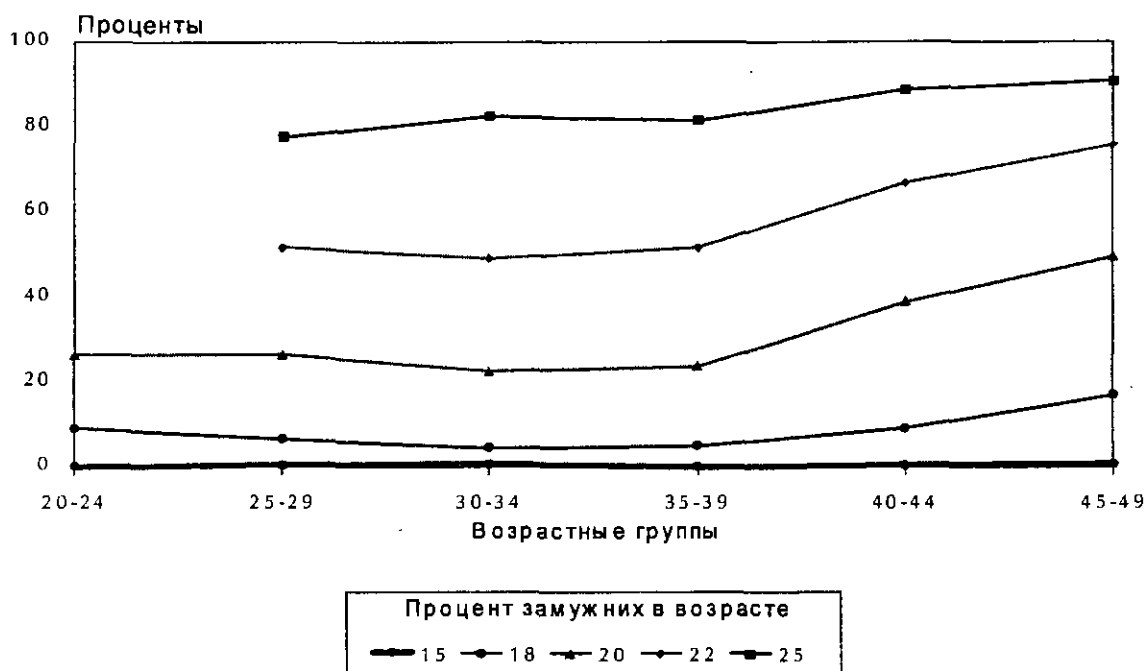


Таблица 7.3 Средний возраст при первом браке

Средний возраст при первом браке среди женщин 25-49 лет в зависимости от настоящего возраста и некоторых социально-биологических факторов. Туркменистан, 2000

Социально-биологические факторы	Настоящий возраст, лет					Для женщин 25-49
	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	
Местожительство						
Город	21.4	21.7	21.9	20.8	20.1	21.2
Село	22.3	22.4	21.9	20.8	20.0	21.6
Регион						
г.Ашгабаг	21.5	21.4	22.3	20.6	20.4	21.6
Велаят Ахал	22.3	21.8	21.5	20.5	19.7	20.9
Велаят Балкан	22.4	23.0	22.4	21.0	19.6	21.5
Велаят Дашогуз	22.4	22.9	22.2	20.7	20.3	21.2
Велаят Лебап	21.1	21.5	21.4	21.5	19.8	21.3
Велаят Мары	21.9	22.2	21.6	20.5	20.2	21.6
Образование						
Начальное/Среднее	21.7	21.9	21.5	20.3	19.8	20.0
Средне-спец.	21.7	21.9	22.1	21.5	20.1	21.1
Высшее	23.9	23.2	23.7	23.6	22.5	23.2
Национальность						
Туркменки	22.4	22.4	22.1	20.9	20.0	21.7
Узбечки	20.5	20.8	20.6	20.2	20.1	20.7
Другие	19.9	20.4	20.0	20.3	20.2	20.8
Всего	21.9	21.1	21.9	20.8	20.1	21.2

Примечание. Средняя для женщин 15-19 и 20-24 лет не была определена, поскольку процент состоявшихся в браке в возрасте 15 и 20 лет составил менее 50-ти во всех подгруппах, указанных в таблице.

В таблице 7.2 представлено обобщенное распределение женщин, находящихся в браке, по возрасту. Эти данные позволяют изучить когортные изменения по возрасту вступления в брак. Половина женщин в возрасте 45-49 лет вышли замуж в возрасте 20 лет, в то время как только одна четвертая женщин, находящихся сейчас в возрасте двадцати лет, вышла замуж к 20 годам. Три четверти женщин, которым сейчас 45-49 лет, вышли замуж в возрасте 22 года, в то время как только половина женщин которым сейчас 25-39 лет вышли замуж к 22 годам. Рисунок 2 графически представляет динамику уровня брачности в зависимости от возраста в исследованных возрастных когортах. Эти выводы подтверждаются также увеличением медианы (средней) возраста вступления в брак, также показанной в таблице 7.2. Средний возраст увеличился с 20 лет для женщин 45-49-летнего возраста до 20.8 для женщин возраста 40-44 года и до 22 лет для женщин 25-39-летнего возраста. Около половины женщин ждут до 22 лет, чтобы выйти замуж.

В таблице 7.3 представлен средний возраст вступления в брак в зависимости от социально-биологических факторов. Возможно наиболее значительной находкой в таблице 7.3 является факт, что увеличение медианы вступления в брак происходит за счет изменения репродуктивного поведения туркменских женщин, для которых средний возраст вступления в брак увеличился с 20 до 21-22 лет за последние десятилетия. Средний возраст вступления в брак для женщин узбекской и других национальностей не показал значительных изменений с течением времени, составляя в среднем 20-21 лет.

Женщины, которым сейчас 25-29 лет, различаются по данному параметру в зависимости от места жительства, эта разница не выявлена для других более старших когорт. Женщины, проживающие в сельской местности, приблизительно на год позже выходят замуж, чем городские женщины. Другое различие, показанное в таблице 7.3 является сходным и для других обществ - возраст вступления в брак возрастает с увеличением уровня образования.

Обычно возраст вступления в первый брак соответствует началу половой жизни, но не всегда эти два события точно совпадают. Некоторые люди могут вступать в половые отношения до брака, при этом процент семейных не будет отражать процент сексуально активных. В ходе ПМДТ женщин просили указать возраст, при котором они впервые имели половой контакт. Результаты представлены в таблицах 7.4 и 7.5. показали, что в Туркменистане время вступления в первый половой контакт совпадает с моментом вступления в брак.

Таблица 7.4 Возраст при первом половом контакте

Процент женщин, миевших первый половой контакт к возрасту 15, 18, 20, 22 и 25 лет, и средний возраст при первом половом контакте в зависимости от настоящего возраста. Туркменистан, 2000

Настоящий возраст, лет	Процент имевших первый половой контакт к указанному возрасту, лет					Процент никогда не имевших половых контактов	Кол-во женщин	Средний возраст при первом половом контакте
	15	18	20	22	25			
15-19	0.1	НП	НП	НП	НП	94.1	1.574	а
20-24	0.0	9.0	25.9	НП	НП	52.6	1.541	а
25-29	0.2	6.7	25.7	49.7	74.9	15.2	1.256	21.9
30-34	0.6	4.4	21.4	47.0	79.9	4.2	1.060	22.1
35-39	0.0	4.8	22.8	49.3	78.5	2.5	974	21.9
40-44	0.3	9.0	38.5	65.5	86.5	0.8	845	20.8
45-49	0.6	16.1	46.6	72.6	86.7	0.5	669	20.1
20-49	0.3	7.9	28.5	51.4	72.3	17.0	6.345	-
25-49	0.3	7.5	29.3	55.0	80.4	5.6	4.804	21.6

НП - данные неприемлемы

^а Пропущено по причине того, что менее 50 процентов женщин в возрастной группе X-X+4, были замужем в возрасте X
Примечание. Средняя для когорты респондентов 15-19 лет не была определена, поскольку процент женщин, имевших

Таблица 7.5 Средний возраст при первом половом контакте

Средний возраст при первом половом контакте среди женщин 25-49 лет в зависимости от настоящего возраста и некоторых социально-биологических факторов. Туркменистан, 2000

Социально-биологические факторы	Настоящий возраст, лет						Женщины 25-49
	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50+	
Местожительство							
Город	21.6	21.8	22.1	20.8	20.3	-	21.4
Село	22.4	22.6	22.0	20.7	20.1	-	21.8
Регион							
г.Ашгабат	21.9	21.4	22.4	20.6	20.4	-	21.3
Ахал	22.4	21.9	21.6	20.5	19.7	-	21.4
Балкан	23.0	23.1	22.6	21.0	19.9	-	22.1
Дашогуз	22.6	23.1	22.4	20.8	20.5	-	22.0
Лебап	21.3	21.9	21.6	21.6	20.0	-	21.4
Мары	21.9	22.3	21.9	20.5	20.4	-	21.5
Образование							
Начальное/Среднее	21.9	22.1	21.7	20.4	19.9	-	19.9
Средне-спец.	21.9	22.0	22.2	21.5	20.3	-	20.3
Высшее	24.0	23.2	23.7	23.8	22.7	-	22.7
Национальность							
Туркменки	22.4	22.5	22.3	21.0	20.2	-	20.2
Узбечки	20.8	21.0	20.7	20.4	20.5	-	20.5
Другие	19.8	20.4	21.5	20.3	20.2	-	20.2
Всего женщин	22.0	22.2	22.1	20.8	20.2	-	20.2

Примечание. Средняя для когорты респондентов 15-19 лет не была определена, поскольку процент женщин, имевших первый половой контакт к возрасту 15, составил менее 50 процентов.

При отсутствии использования контрацептивов частота половых отношений является непосредственным показателем риска возникновения беременности. В таблице 7.6 показано процентное распределение женщин по их сексуальной активности в течение 4-х недель, предшествовавших исследованию. Данные по женщинам включают информацию о том, имели или нет сексуально неактивные женщины в недавнем времени роды (послеродовая абстиненция). Респонденты считаются сексуально активными, если у них были половые отношения, по крайней мере, один раз в течение 4-х недель, предшествовавших исследованию.

В целом 56 процентов всех обследованных женщин были сексуально активными в течение этого времени. Менее чем у 2 процентов женщин имела место послеродовая абстиненция, 10 процентов были сексуально неактивными из-за причин, не связанных с рождением ребенка, и 32 процента никогда не имели сексуальных отношений. Большинство женщины, которые не были сексуально активны, вообще не имели опыта половых контактов. Около 82 процентов женщин в возрасте от 30 до 44 лет были сексуально активны.

Не удивительно, что женщины, пользующиеся приемами планирования семьи, более склонны быть сексуально активными, чем женщины которые этих методов не применяют. Причем, спирали являются наиболее распространенным методом контрацепции и 92 процента женщин использующих их, говорят, что они сексуально активны. Одна треть женщин, которые не применяют ни одного метода контрацепции, являются сексуально активными.

Таблица 7.6. Половая активность в последнее время

Процентное распределение женщин по их половой активности в течение 4-х недель, предшествовавших исследованию; сексуально неактивных по продолжительности периода абстиненции, послеродовой и непослеродовой, в зависимости от некоторых социально-биологических факторов и использования методов контрацепции в настоящем. Туркменистан, 2000

Социально-биологические факторы/ метод контрацепции	Сексуально неактивные в течение последних 4-х недель								Кол-женщин
	Сексуально активные в течение последних 4-х недель	Послеродовая абстиненция		Непослеродовая абстиненция		Пропущено	Никогда не имели полового контакта	Всего	
		0-1 года	2+года	0-1 года	2+ года				
Возраст, лет									
15-19	3.9	0.4	0.0	1.4	0.0	0.1	94.1	100.0	1574
20-24	37.8	3.0	0.2	5.1	1.1	0.3	52.6	100.0	1541
25-29	74.1	2.5	0.2	5.6	1.5	0.8	15.2	100.0	1256
30-34	82.4	0.8	0.3	6.5	4.9	0.8	4.2	100.0	1060
35-39	83.3	0.6	0.1	6.2	6.4	0.9	2.5	100.0	974
40-44	81.6	0.4	0.1	10.3	6.4	0.4	0.8	100.0	845
45-49	71.0	0.0	0.4	13.7	12.9	1.5	0.5	100.0	669
Продолжительность брака, лет									
Никогда не была замужем	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.0	99.9	100.0	2,563
0-4	80.5	6.5	0.4	10.7	0.9	0.9	0.1	100.0	1132
5-9	86.9	1.3	1.4	7.0	3.5	0.8	0.0	100.0	1188
10-14	86.8	0.8	0.2	5.7	5.4	1.0	0.0	100.0	976
15-19	84.5	0.5	0.1	7.3	6.7	0.9	0.0	100.0	791
20-24	81.9	0.0	0.1	9.5	8.2	0.3	0.0	100.0	633
25-29	71.0	0.2	0.1	15.6	11.4	1.6	0.0	100.0	526
30+	(66.5)	(0.0)	(0.0)	(16.9)	16.0	(0.6)	(0.0)	100.0	110
Местожителство									
Город	56.1	1.2	0.2	7.9	5.3	0.8	28.6	100.0	3,691
Село	55.7	1.4	0.1	4.4	2.3	0.5	35.6	100.0	4,228
Регион									
г.Ашгабат	54.4	1.0	0.4	9.3	6.5	1.3	27.1	100.0	1,038
Ахал	56.2	1.1	0.1	4.4	3.1	0.3	34.8	100.0	1,145
Балкан	54.7	0.8	0.5	6.0	4.4	0.4	33.2	100.0	709
Дашогуз	53.0	1.3	0.1	4.7	3.0	0.7	37.2	100.0	1,628
Лебап	58.4	1.6	0.1	6.4	3.4	0.3	29.9	100.0	1,607
Мары	57.3	1.5	0.1	6.2	2.9	0.7	31.2	100.0	1,791
Образование									
Начальное/Среднее	52.0	1.2	0.1	5.5	2.9	0.5	34.2	100.0	5,800
Средне-спец.	67.6	2.4	0.3	7.5	6.1	1.1	28.9	100.0	1,556
Высшее	63.9	1.1	0.6	7.2	4.6	0.8	22.7	100.0	563
Национальность									
Туркменки	55.4	1.2	0.1	5.6	3.0	0.5	34.2	100.0	6,191
Узбечки	58.4	2.4	0.1	5.2	3.9	1.1	28.9	100.0	857
Другие	57.1	1.1	0.3	9.8	7.9	0.8	22.7	100.0	871
Метод контрацепции									
Нет	33.6	1.0	0.3	6.1	5.1	0.7	53.2	100.0	4,815
Таблетки	96.7	0.0	0.0	3.3	0.0	0.0	0.0	100.0	60
ВМС	91.8	0.0	0.0	6.1	1.7	0.4	0.0	100.0	1,971
Стерилизация	71.8	2.9	0.0	15.0	10.2	0.0	0.0	100.0	104
Период воздержания	95.7	0.0	0.0	4.3	0.0	0.0	0.0	100.0	102
Другие	88.7	6.1	0.0	4.8	0.0	0.4	0.0	100.0	867
Всего	55.9	1.3	0.2	6.1	3.7	0.6	32.3	100.0	7,919

Примечание. Цифры, указанные в скобках, основаны на невзвешенных данных по 25-49 женщинам.

7.3 Послеродовая аменорея, абстиненция и невосприимчивость

Лактационная аменорея относится к периоду между родами до восстановления нормальной менструации. В течение этого периода риск беременности снижен. Продолжительность сниженного риска во многом зависит от двух факторов: продолжительности и интенсивности кормления грудью, которое супрессирует созревание яйцеклетки и от продолжительности периода до возвращения к половой активности. Женщины с аменореей, либо отказывающиеся от контакта, считаются не подверженными риску беременности.

Процент родов в течение последних трех лет среди тех матерей, у которых в настоящее время имеет место послеродовая аменорея, воздержание или невосприимчивость, в зависимости от количества месяцев,

Таблица 7.7 Послеродовая аменорея, абстиненция и невосприимчивость

Процент родов за пятилетний период, предшествующий исследованию, среди матерей с послеродовой аменореей, абстиненцией и невосприимчивостью в зависимости от количества месяцев, прошедших со времени родов; медиана и средняя продолжительность. Туркменистан, 2000

Месяцы со времени родов	Амено-рея	Абстинен-ция	Невос-приим-чивость	Кол-во родов
<2	89.1	76.3	92.5	97
2-3	72.3	16.7	75.8	136
4-5	59.9	6.0	62.9	126
6-7	44.9	2.3	45.9	118
8-9	31.9	1.1	31.9	112
10-11	31.4	3.7	34.9	130
12-13	17.6	0.9	18.5	141
14-15	21.7	2.0	22.4	98
16-17	10.5	0.3	10.8	117
18-19	8.2	0.0	8.2	113
20-21	5.0	0.0	5.0	107
22-23	3.4	1.2	4.0	114
24-25	4.2	3.2	7.4	136
26-27	4.6	0.6	5.2	119
28-29	0.8	0.0	0.8	113
30-31	0.7	0.8	1.5	92
32-33	0.6	0.0	0.6	117
34-35	(0.0)	(0.0)	(0.0)	107
Всего	22.9	5.9	24.1	2.093
Медиана	5.9	1.7	6.2	-
Средняя	8.4	2.7	8.8	-
Распространение/ среднее число случаев ¹	8.1	2.1	8.6	-

¹ Распространение/среднее число случаев - количество детей, у чьих матерей была аменорея (распространение), деленное на среднее количество родов в месяц (число случаев).

прошедших со времени родов, показан в таблице 7.7. Эти сведения основаны на данных к моменту исследования, т.е. на количестве родов, имевших место в течение 10 месяцев до исследования, для тех матерей, у которых все еще имеют место аменорея, воздержание и невосприимчивость. В таблице 7.8 представлены показатели средней продолжительности аменореи, абстиненции и невосприимчивости. Данные по распространенности/среднему числу случаев отражают количество детей, матери которых были с аменореей (распространенность), деленное на среднее число родов за месяц (число случаев). Данные сгруппированы в двухмесячные интервалы для снижения расхождений в показателях.

Таблица 7.8 Средняя продолжительность послеродовой аменореи, абстиненции и невосприимчивости в зависимости от социально-биологических факторов

Среднее количество месяцев послеродовой аменореи, послеродовой абстиненции, и послеродовой невосприимчивости в зависимости от социально-биологических факторов. Туркменистан, 2000

Социально-биологические факторы	Послеродовая аменорея	Послеродовая абстиненция	Послеродовая невосприимчивость	Кол-во родов
Возраст, лет				
<30	5.8	1.8	6.1	1.452
30+	6.2	1.3	6.2	641
Местожительство				
Город	4.9	1.7	5.2	823
Село	6.7	1.8	6.9	1.270
Регион				
г.Ашгабат	4.2	1.4	4.2	213
Ахал	6.0	1.8	6.2	302
Балкан	6.4	1.6	6.4	161
Дашогуз	7.3	1.7	7.4	466
Лебап	5.6	1.5	5.7	436
Мары	4.7	2.2	5.8	515
Образование				
Начально/Среднее	6.5	1.7	6.7	1.502
Средне-специ.	4.8	2.1	5.3	440
Высшее	3.6	0.6	3.6	151
Национальность				
Туркменки	6.2	1.6	6.4	1.717
Узбечки	6.2	2.0	6.5	246
Другие	4.0	2.7	4.4	131
Всего	5.9	1.7	6.2	2.093

Примечание. Средние основаны на текущем статусе

Как послеродовая аменорея, так и послеродовая абстиненция, безусловно, являются по длительности короткими, первая из них несколько длиннее и, следовательно, является основной детерминантой, характеризующей продолжительность послеродовой невосприимчивости. Почти все женщины (93 процента) не в состоянии забеременеть в течение первых двух месяцев после родов. Только некоторые женщины воздерживаются от контактов в течении двух-трех месяцев после родов. Средняя продолжительность воздержания составила 1,7 месяца. После 4-5 месяцев после родов одна треть женщин уже подвержены риску забеременеть, а после 10-11 месяцев, уже две трети женщин подвержена риску повторной беременности.

Средняя продолжительность аменореи составляет 6,2 месяца, после 6 месяцев после родов половина женщин уже опять восприимчивы .

В таблице 7.8 представлены средняя продолжительность лактационной аменореи, воздержания и невосприимчивости по дополнительным характеристикам. Средняя продолжительность послеродового воздержания в общем коротка и варьирует от одного до трех месяцев. Средняя продолжительность аменорей варьирует в зависимости от места жительства, уровня образования и национальности. Сельские женщины имеют среднюю продолжительность лактационной аменореи почти на два месяца длиннее (1,8) чем городские женщины, а женщины Дашогузского велаята имеют период аменореи на три месяца длиннее, чем в среднем женщины города Ашгабата. Средняя продолжительность лактационной аменореи снижается с повышением образовательного уровня, от 6,5 месяцев для женщин с начальным и средним уровнем образования до 3,6 месяцев для женщин с высшим образованием. Женщины других национальностей имеют более короткий период лактационной аменореи (4 месяца), чем женщины туркменской и узбекской национальностей, у которых продолжительность аменорей составляет 6,2 месяца.

7.4 Менопауза

После 30 лет, с возрастом уменьшается вероятность возникновения беременности, а также увеличивается число женщин с менопаузой. Хотя начало менопаузы трудно определить для каждой женщины, существуют методы ее оценки для популяции в целом. В таблице 7.9 представлен процент женщин в возрасте 30 лет и выше с менопаузой; это те, у кого не было менструаций 6 и более месяцев, или же те, кто сами сообщили, что у них менопауза. После 40 лет удельный вес женщин с менопаузой увеличивается с возрастом - от 8 процентов среди женщин в возрасте 42-43 лет до 54 процентов в возрасте 48-49 лет.

Таблица 7.9 Менопауза

Показатели менопаузы среди замужних женщин 30-49 лет в зависимости от возраста. Туркменистан, 2000

Возраст, лет	Процент женщин с менопаузой ¹	Кол-во женщин
30-34	1.1	913
35-39	2.7	907
40-41	5.5	323
42-43	8.0	324
44-45	13.1	325
46-47	34.8	288
48-49	54.1	233
Всего	10.5	3,313

¹ Процент небеременных замужних без аменореи женщины, у которых последние менструации имели место за 6 и более месяцев до проведения исследования, или у которых менопауза.

Ш. М. Тураева, Э. А. Хелленов, Г. С. Мурыкова

В ходе ПМДТ 2000 г. женщинам была задана серия вопросов для выяснения их отношения к рождению детей: хотят ли они иметь больше детей, и сколько времени они предпочитают ждать до их появления. Эти данные позволили количественно оценить отношение респондентов к рождению детей, а также составить прогноз потребностей в планировании семьи в популяции. Респондентов также спрашивали о том, какое количество детей они считают идеальным. Эти данные с учетом имеющегося количества детей позволяют оценить уровень нежелательной рождаемости.

8.1 Отношение к рождению детей

Таблица 8.1 и рисунок 8.1 представляют результаты опроса замужних женщин об их отношении к рождению детей. Подавляющее большинство замужних женщин (53 процента) не хотят иметь больше детей, 2-м процентам проведена операция по стерилизации и 5 процентов бесплодны. Около одной трети (32 процента) хотели бы иметь детей в будущем: из них 9 процентов хотели бы отложить его рождение по меньшей мере на 2 года или еще не приняли решения о сроках рождения следующего ребенка. Оставшиеся 13 процентов замужних женщин хотели иметь ребенка в течение ближайших двух лет.

Таблица 8.1 также показывает, что желание иметь детей в значительной мере определяется числом детей, которых уже имеет женщина. Пятьдесят три процента женщин, которые на момент исследования еще не начали деторождение хотят родить сына. Более 75 процентов женщин, имеющих одного ребенка, вскоре желают иметь следующего; большинство (40 процентов) женщин, имевших одного ребенка, хотели бы иметь ребенка в течение ближайших двух лет. Среди женщин, имевших более одного ребенка, желание прекратить деторождение увеличивалось с увеличением количества живых детей, с 41 процента у женщин с двумя детьми до 90 процентов у женщин с шестью и более детьми.

Таблица 8.1 Отношение к деторождению в зависимости от количества детей

Процентное распределение замужних женщин по их желанию иметь детей в зависимости от количества имеющихся детей. Туркменистан, 2000.

Желание иметь детей	Количество имеющихся живых детей ¹							Всего
	0	1	2	3	4	5	6+	
Иметь другого ребенка скоро ²	53.1	29.9	13.3	6.8	2.9	1.2	0.6	12.8
Иметь другого позже ³	2.4	40.3	25.9	13.2	4.2	1.4	0.0	17.1
Иметь другого, но не решила когда	4.2	5.1	2.6	1.8	0.5	0.3	0.2	2.2
Не решила	3.5	7.8	11.8	10.3	4.6	1.8	3.4	7.8
Не хочет иметь более	2.7	10.3	40.9	62.7	83.6	89.1	89.6	53.2
Проведена стерилизация	0.5	0.8	2.2	1.8	2.4	2.4	2.1	1.8
Бесплодие	32.6	5.9	3.4	3.3	1.8	3.9	4.0	5.0
Пропущено	1.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.0	0.1	0.1
Всего	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Количество женщин	215	824	1,304	971	686	468	242	4,892

¹ Включает текущую беременность
² Хочет иметь следующего ребенка в течение 2-х лет
³ Хочет отложить рождение ребенка на 2 и более года

Рисунок 8.1 Отношение замужних женщин в возрасте 15-49 лет к рождению детей

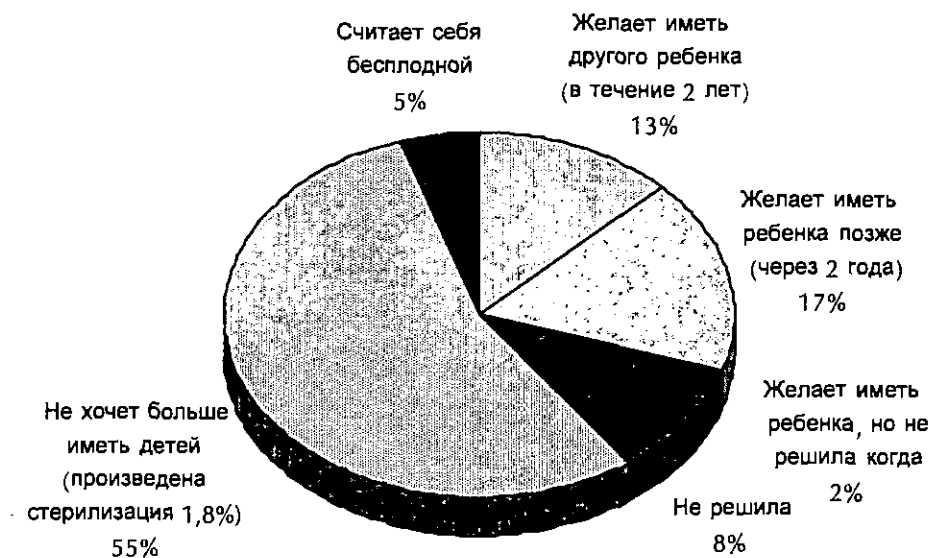


Таблица 8.2 представляет данные об отношении к рождению детей замужних женщин в зависимости от их возраста. Желание не иметь больше детей выше среди женщин старшего возраста, чем среди молодых женщин. Доля женщин, не желающих больше иметь детей, среди юных женщин составляет только 6 процентов, повышается до 15 процентов в возрастной группе 20-24 года, и достигает 87 процентов среди женщин 40-44 лет. Потенциальное желание удлинить межродовой интервал присуще молодым женщинам. Среди женщин 15-19 и 20-24 лет значительное число (40 и 46 процентов) ответили, что хотели бы отложить рождение ребенка по меньшей мере на два года. Значительное число женщин младше 30 лет имеют потенциальное желание удлинить межродовой интервал. Потенциальная потребность в планировании семьи больше среди женщин старше 30 лет и сосредоточена на желании ограничить рождение детей.

Таблица 8.3 представляет процент замужних женщин, не желающих иметь более детей, в зависимости от количества живых детей и некоторых социально-биологических характеристик (места жительства, образования, национальности). Результаты показывают, что городские женщины чаще выражают желание ограничить размер семьи при низком паритете, чем сельские. Так, 52 процента городских женщин, имеющих 2 детей, желают прекратить деторождение по сравнению с 32 процентами сельских женщин, имеющих двух детей. Разница между городом и селом в желании иметь детей уменьшается среди женщин, имеющих четырех и более детей.

Рассматривая различия в зависимости от места жительства, следует отметить, что замужние женщины, проживающие в Балканском велаяте, реже желают ограничивать деторождение. Более 50 процентов замужних женщин, имеющих двух детей, проживающих в г.Ашгабате, не желают иметь больше детей.

Число желающих не иметь более детей повышается с увеличением уровня образования и имеет тесное отношение к любому паритету, т.е. женщины с высшим образованием чаще желают прекратить деторождение. Число респондентов другой национальности, не желающих иметь более детей, значительно превышает число женщин-туркменок, особенно среди тех респондентов, которые имеют не менее трех живых детей.

Таблица 8.2 Отношение к деторождению в зависимости от возраста

Процентное распределение замужних женщин по их желанию иметь детей в зависимости от возраста. Туркменистан, 2000.

Желание иметь детей	Возраст							Всего
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	
Иметь другого ребенка скоро ¹	30.8	23.5	19.8	15.7	8.2	2.6	0.9	12.8
Иметь другого позже 2	39.5	45.7	31.8	14.7	3.4	0.5	0.3	17.1
Иметь другого, но не решила когда	9.8	3.2	2.7	4.0	1.0	0.1	0.5	2.2
Не решила	8.2	8.3	13.4	10.9	5.6	2.4	2.0	7.8
Не хочет иметь более	5.5	15.3	27.4	49.4	73.8	86.9	82.1	53.2
Проведена стерилизация	0.0	0.2	0.7	1.3	3.3	3.4	2.8	1.8
Бесплодие	6.1	3.8	4.0	4.1	4.5	4.1	11.3	5.0
Пропущено	0.0	0.0	0.1	0.0	0.2	0.1	0.0	0.1
Всего	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Количество женщин	83	682	1,015	934	657	765	556	4,892

¹ Хочет иметь следующего ребенка в течение 2-х лет

² Хочет отложить рождение ребенка на 2 и более года

Таблица 8.3 Желание прекратить деторождение

Процентное распределение замужних женщин, желающих прекратить деторождение, в зависимости от количества имеющихся детей и некоторых социально-биологических характеристик. Туркменистан, 2000.

Социально-биологические факторы	Количество имеющихся живых детей ¹							Всего
	0	1	2	3	4	5	6+	
Местожительство								
Город	3.8	16.8	52.0	68.5	85.4	89.6	88.9	55.5
Село	2.6	4.9	32.2	60.6	85.3	92.5	93.0	54.6
Регион								
г. Ашгабат	*	25.7	59.2	66.6	(84.6)	*	*	53.7
Ахал	(0.0)	6.7	39.2	63.2	86.7	84.2	97.1	55.1
Балкан	*	7.8	38.2	54.2	78.4	(82.8)	82.7	47.1
Дашогуз	*	5.1	39.7	58.1	80.0	86.7	88.2	54.2
Лебап	(1.9)	5.1	44.0	69.0	86.4	97.2	94.7	58.4
Мары	*	12.0	37.4	68.4	93.1	98.5	94.0	56.4
Образование								
Начальное/среднее	2.9	7.6	39.1	64.4	85.9	92.5	92.8	55.8
Средне-спец.	(5.3)	16.6	49.5	61.1	85.0	82.9	87.6	52.3
Высшее	*	20.6	49.1	76.7	(89.2)	*	*	57.0
Национальность								
Туркменки	3.9	6.7	36.9	62.6	86.9	92.1	91.8	54.3
Узбечки	(1.2)	3.5	36.9	59.7	78.5	88.1	87.6	51.5
Другие	(1.6)	32.6	77.4	82.4	(85.6)	*	*	63.7
Всего	3.2	11.1	43.0	64.5	85.9	91.5	91.7	55.0

Примечание. Женщины, которым была проведена операция по стерилизации, рассматривались как не желающие иметь детей. Звездочка указывает, что цифры основаны на менее чем 25 невзвешенных случаях и могут не учитываться. Цифры в скобках основаны на 25-49 невзвешенных случаях.

¹ Включает текущую беременность

Таблица 8.4 Потребность в услугах планирования семьи среди замужних женщин

Процент замужних женщин с нереализованными потребностями в методах планирования семьи, с реализованными потребностями и общей потребностью в них в зависимости от социально-биологических факторов. Туркменистан, 2000.

Социально-биологические факторы	Нереализованные потребности в методах планирования семьи 1			Реализованные потребности в методах планирования семьи 2			Общая потребность в методах планирования семьи			Процент удовлетворенной потребности	Кол-во женщин
	Перенос срока рождения	Ограничение рожdenия	Всего	Перенос срока рождения	Ограничение рожdenия	Всего	Перенос срока рождения	Ограничение рожdenия	Всего		
Возраст, лет											
15-19	13.1	1.2	14.3	23.2	3.4	26.6	36.3	4.6	40.9	65.0	83
20-24	12.8	1.0	13.8	41.5	11.1	52.7	55.2	12.1	67.3	79.5	682
25-29	8.5	1.9	10.4	39.6	21.8	61.5	48.7	23.7	72.4	85.6	1,015
30-34	5.3	5.3	10.6	29.2	41.1	70.3	34.7	46.4	81.0	86.9	934
35-39	2.0	6.2	8.2	8.9	65.2	74.1	10.8	71.5	82.4	90.1	857
40-44	0.4	8.9	9.3	2.0	65.5	67.5	2.5	74.4	76.8	87.9	765
45-49	0.1	7.7	7.8	1.2	36.7	37.8	1.3	44.3	45.6	82.9	556
Местожитeльство											
Город	4.2	5.1	9.3	22.5	39.8	62.3	27.1	44.9	72.1	87.0	2,307
Село	6.1	4.7	10.8	21.5	39.9	61.4	27.1	44.6	72.3	85.0	2,585
Регион											
г. Ашгабат	4.4	4.6	9.0	20.7	39.0	59.7	25.6	43.6	69.3	87.0	639
Ахал	3.9	3.3	7.2	22.6	43.6	66.3	26.5	47.0	73.5	90.2	699
Балкан	3.9	4.8	8.7	29.8	31.3	61.1	34.5	36.2	70.7	87.7	424
Дашогуз	6.9	6.1	12.9	18.9	36.9	55.8	25.9	43.0	68.9	81.2	950
Лебап	6.2	4.4	10.6	22.0	40.9	62.9	28.7	45.3	74.0	85.6	1,030
Мары	4.7	5.6	10.3	22.0	42.5	64.5	26.7	48.1	74.8	86.2	1,150
Образование											
Начальное/среднее	5.3	5.0	10.3	20.7	39.3	60.1	26.3	44.4	70.7	85.4	3,347
Средне-спец.	4.6	5.4	10.0	25.0	39.7	64.7	29.9	45.1	75.1	86.6	1,149
Высшее	6.2	2.5	8.7	23.8	44.2	68.0	30.0	46.7	76.1	88.6	396
Национальность											
Туркменки	5.4	4.9	10.3	22.3	39.5	61.7	27.9	44.4	72.3	85.8	3,776
Узбечки	6.6	4.1	10.6	24.9	36.5	61.4	31.5	40.6	72.1	85.2	554
Другие	3.0	5.6	8.5	17.3	45.5	62.8	20.7	51.1	71.8	88.1	563
Всего	5.2	4.9	10.1	22.0	39.8	61.8	27.5	44.7	72.2	86.0	4,892

1 Нереализованные потребности включают потребности беременных женщин, у которых беременность была несвоевременной, женщин с аменореей, чья последняя беременность была несвоевременной, а также женщин, у которых нет аменореи и которые никогда не беременели и не использовали никакого метода планирования семьи, но заявляющих, что хотели бы перенести рождение ребенка на 2 и более года. Также в эту категорию включены женщины, которые не уверены хотят ли они иметь другого ребенка, и тех, которые хотят, но не решили, когда. Нереализованные потребности относятся к беременным женщинам с нежеланной беременностью, женщинам с аменореей, у которых последний ребенок был нежеланным, и женщинам, никогда не беременевшим, без аменореи и никогда не использовавшим методы планирования семьи и не желающим иметь больше детей. Из этой категории были исключены женщины с менопаузой и бесплодием.

2 Использование относится к тем женщинам, которые используют какой-либо метод и хотят иметь другого ребенка или не решили, хотят ли они иметь другого ребенка. Использование относится к тем женщинам, которые используют методы планирования семьи и не хотят иметь более детей. Заметим, что использование специфических методов здесь не учитывается.

8.2 Потребность в планировании семьи

Одной из главных забот службы охраны здоровья матери является определение числа тех женщин, у которых есть потенциальная потребность в планировании семьи, и выявление женщин, потребности которых в планировании семьи были не реализованы. Замужние женщины, которые или не хотят больше иметь детей, или хотят отложить рождение следующего ребенка, по меньшей мере, на 2 года, но не использующие методы контрацепции, относятся к той категории женщин, чьи потребности в планировании семьи не реализованы. У респондентов, применяющих методы планирования семьи в настоящее время, потребности в планировании семьи реализованы. *Общий объем потребностей* в планировании семьи является суммой реализованных и нереализованных потребностей.

Согласно таблице 8.4 нереализованная потребность в планировании семьи в Туркменистане составляет 10 процентов; половина связана с желанием удлинить межродовой интервал, и другая половина с ограничением деторождения. Объем реализованных потребностей в планировании семьи (т.е. процент замужних женщин, использующих контрацепцию) составляет 62 процента..

Таким образом, общая потребность в планировании семьи среди замужних женщин Туркменистана составляет 72 процента. Такой процент общей потребности в планировании семьи связан с тем, что 8 из 10 замужних женщин нуждается в планировании семьи с использованием контрацептивов. Восемьдесят шесть процентов общего объема потребностей в планировании семьи в Туркменистане удовлетворены, уровень реализованной потребности ниже среди молодых женщин.

Таблица 8.5. Идеальное количество детей								
Процентное распределение всех женщин в зависимости от желаемого количества детей и среднее желаемое количество детей для всех женщин с учетом количества имеющихся живых детей. Туркменистан, 2000.								
Желаемое количество детей	Количество имеющихся живых детей ¹							Всего
	0	1	2	3	4	5	6+	
0	0.1	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1
1	2.6	5.1	1.3	0.8	0.3	0.3	0.0	1.9
2	53.3	47.5	36.9	13.7	6.4	4.5	3.8	34.3
3	11.6	14.3	16.3	19.7	2.2	2.9	1.3	11.8
4	21.8	26.9	39.8	51.4	68.3	31.8	19.1	34.3
5	1.3	2.1	2.0	7.0	7.8	29.9	5.8	4.9
6+	0.9	2.1	1.5	3.5	10.1	23.2	53.8	6.8
Не определено желаемое количество детей	8.3	2.2	2.0	3.8	4.9	7.5	16.2	5.9
Всего	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Количество женщин	2,826	949	1,427	1,038	734	491	454	7,919
Все женщины:								
Среднее идеальное кол-во ²	2.7	2.8	3.1	3.6	4.2	4.8	6.0	3.3
Кол-во женщин	2,590	929	1,399	999	698	454	380	7,449
Замужние женщины:								
Среднее идеальное кол-во ²	3.2	2.9	3.1	3.6	4.2	4.8	6.0	3.7
Кол-во женщин	200	805	1,280	937	657	435	357	4,670

1 Включает текущую беременность

2 Включает женщин которые не определили желаемое число

3 Хочет отложить рождение ребенка на 2 и более года

8.3 Идеальный размер семьи

Обсуждение отношения к деторождению в предыдущей главе было сосредоточено на желаниях респондентов в будущем. Число детей, которых уже имела женщина, имело очевидное влияние на ее предпочтения. Чтобы выяснить мнение респондентов об идеальных размерах семьи, им были заданы два вопроса. Респондентов, не имеющих детей, спрашивали, сколько детей они хотели бы иметь, если бы у них был выбор. Респондентов, имеющих детей, спрашивали, сколько детей они хотели бы иметь, если бы они могли вернуться к тому периоду жизни, когда у них не было детей. Эти вопросы задавались с целью выяснения представлений об идеальном количестве детей независимо от фактического количества детей, имеющихся у респондентов. Обычно прослеживается корреляция между идеальным и фактическим числом детей. Эта корреляция возможна потому, что люди, желающие иметь большую семью, рожают много детей, или потому, что респонденты реализуют свое представление об идеальном числе детей в своей семье или за счет комбинации обоих факторов.

Таблица 8.5 представляет распределение всех женщин и замужних женщин в зависимости от идеального числа детей и с учетом имеющихся живых детей. Таблица 8.5 показывает, что для общей популяции обследованных женщин средним идеальным числом детей является 3.3, в группе замужних женщины среднее идеальное детей - 3.7.

Таблица 8.5 также показывает идеальное число детей в зависимости от числа уже имеющихся детей. Так, среднее идеальное число детей возрастает с 2.7 среди бездетных женщины до 6.0 среди женщин, имеющих 6 и более детей.

Таблица 8.6 Среднее желаемое количество детей в зависимости от социально-биологических характеристик

Среднее желаемое количество детей для всех женщин в зависимости от возраста и некоторых социально-биологических факторов. Туркменистан, 2000.

Социально-биологические факторы	Возраст							Всего
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	
Местожительство								
Город	2.5	2.7	3.0	3.2	3.4	3.9	4.0	3.1
Село	2.7	2.9	3.3	3.7	4.1	4.7	5.5	3.5
Регион								
г.Ашгабат	2.4	2.6	2.9	3.1	3.1	3.4	3.0	2.9
Ахал	2.6	3.0	3.3	3.6	4.2	4.9	5.1	3.5
Балкан	2.8	2.7	3.1	3.3	4.0	4.5	5.1	3.4
Дашогуз	2.7	2.8	3.2	3.6	4.0	4.7	5.5	3.5
Лебап	2.6	2.8	3.1	3.5	3.7	4.1	4.8	3.3
Мары	2.6	2.9	3.2	3.6	3.7	4.2	4.6	3.4
Образование								
Начальное/среднее	2.6	2.9	3.3	3.6	4.0	4.7	5.1	3.4
Средне-спец.	2.6	2.7	2.9	3.4	3.5	3.4	3.6	3.2
Высшее	*	2.8	3.1	3.1	3.1	3.6	3.5	3.1
Национальность								
Туркменки	2.6	2.9	3.2	3.6	4.0	4.5	5.1	3.4
Узбечки	2.7	3.0	3.3	3.4	4.0	4.7	5.1	3.5
Другие	2.2	2.4	2.3	2.7	2.5	3.1	2.8	2.6
Всего	2.6	2.8	3.1	3.5	3.8	4.3	4.6	3.3

Примечание. Звездочка указывает на то, что цифры основаны на менее 25 невзвешенных случаях и могут не учитываться.

Таблица 8.6 представляет информацию о среднем идеальном числе детей для всех женщин в зависимости от пятилетних возрастных групп и социально-биологических факторов. Идеальное число увеличивается с возрастом респондентов: от 2.6 для женщин в возрасте 15-19 лет до 4.6 для женщин в возрасте 45-49 лет. Различия в зависимости от социально-биологических факторов оказались значимыми. Женщины, проживающие в сельской местности в идеале желают иметь наибольшее число детей. Наиболее выраженные различия наблюдаются в зависимости от регионов и этнической принадлежности: женщины, проживающие в г. Ашгабате, и женщины других национальностей желают иметь наименьшее число детей.

8.4. Желаемая и нежелательная рождаемость

В ходе ПМДТ 2000 женщинам были заданы серии вопросов относительно каждого из их детей, рожденных за последние 5 лет, и относительно каждой текущей беременности, чтобы определить, хотела ли женщина в то время, когда была беременной, этой беременности (запланированная), хотела ли ее позже (несвоевременная) или вообще не хотела ее (нежелательная).

Таблица 8.7 показывает процентное распределение всех родов за 5 лет, предшествовавших исследованию, в зависимости от того, были ли они желаемыми тогда, позже или нежелательными совсем. Девяносто шесть процентов родов за последние 5 лет были желаемыми, то есть либо запланированными (94 процента), либо желаемыми позже (2 процента). Как и ожидалось, процент нежелательных родов был выше (несколько больше 1 процента) среди женщин более старшего возраста и среди женщин с высоким паритетом родов.

Таблица 8.8 демонстрирует коэффициенты желаемой рождаемости. Они представляют теоретический уровень рождаемости, который имел бы место, если бы все нежелательные роды были предупреждены. Нежелательное количество родов - это фактическое количество родов, которое превышает идеальное число, названное респондентом. Сравнение общего уровня желаемой и фактической рождаемости может отражать степень контроля рождаемости населением.

Таблица 8.7 Статус планирования деторождения						
Процентное распределение родов (включая текущую беременность) в течение пяти лет, предшествовавших исследованию, в зависимости от планирования деторождения с учетом возраста матери и паритета родов. Туркменистан, 2000.						
Паритет родов и возраст матери	Планирование сроков деторождения				Всего	Кол-во родов
	Желала тогда	Желала позже	Не желала	Пропущено		
Паритет родов						
1	97.1	0.8	0.2	2.0	100.0	1,282
2	92.6	4.1	0.9	2.4	100.0	1,137
3	93.8	3.0	1.2	2.0	100.0	709
4+	92.7	1.3	3.3	2.6	100.0	805
Возраст при родах						
<19	97.1	1.2	0.1	1.6	100.0	247
20-24	94.3	2.7	0.6	2.4	100.0	1,481
25-29	94.6	2.6	0.7	2.2	100.0	1,291
30-34	94.4	1.7	1.5	2.4	100.0	597
35-39	94.0	0.5	3.4	2.1	100.0	244
40-44	82.6	0.0	16.0	1.4	100.0	68
45-49	*	*	*	*	100.0	3
Всего	94.3	2.2	1.2	2.2	100.0	3,933

Примечание. Паритет родов включает текущую беременность. Звездочка указывает на то, что цифры основаны на менее 25 случаях родов (текущих беременностей) и могут не учитываться.

В Туркменистане не обнаружено значительных различий между уровнем фактической и желаемой рождаемости (2.9 ребенка и 2.7 ребенка соответственно). Уровни фактической и желаемой рождаемости значительно различались среди сельских женщин и женщин с высшим образованием.

Таблица 8.8 Показатели желаемой рождаемости

Показатели желаемой и общей фактической рождаемости за трехлетний период, предшествовавший исследованию, в зависимости от некоторых социально-биологических факторов. Туркменистан, 2000

Социально - биологические факторы	Общая желаемая рождаемость	Общая фактическая рождаемость
Местожительство		
Город	2.29	2.46
Село	3.00	3.30
Регион		
г. Ашгабат	1.96	2.10
Ахал	2.75	2.91
Балкан	2.53	2.68
Дашогуз	2.88	3.14
Лебап	2.66	2.97
Мары	2.81	3.09
Образование		
Начальное/среднее	2.80	3.03
Средне-спец.	2.37	2.59
Высшее	2.29	2.59
Национальность		
Туркменки	2.78	3.02
Узбечки	2.71	2.90
Другие	1.56	1.78
Всего	2.66	2.89

Примечание. Показатели основаны на родах женщин 15-49 лет в течение 1-36 месяцев, предшествовавших исследованию. Аналогичные показатели отражены в таблице 4.2

В.Р. Чарыева, Е.Ю. Самаркина, Джереми М. Салливан

В данной главе представлена информация о младенческой и детской смертности по данным Министерства здравоохранения и медицинской промышленности Туркменистана и результатам ПМДТ 2000 г. Для описания ситуации в Туркменистане в целом показатели смертности даны за период 1985-2000 гг. Для того, чтобы определить группы населения с особенно высокой смертностью, показатели смертности рассчитаны в связи с основными характеристиками женщин и демографическими показателями. Перинатальная смертность также представлена в этой главе.

9.1 Показатели младенческой смертности по данным МЗ и МПТ

Туркменистан имеет достаточно большой опыт сбора медико-демографической информации - прежде всего через национальную систему регистрации. О случаях рождения или смерти ребенка МЗ и МПТ получает сведения от местных медицинских учреждений на основе первичной регистрационной документации. Далее сведения передаются по иерархии на региональный (везаят) уровень и далее в МЗ и МПТ. Официальные данные по младенческой смертности публикуются ежегодно в статистических отчетах.

В таблице 9.1 представлены основные показатели смертности по данным МЗ и МПТ. Все коэффициенты рассчитаны на 1000 живорожденных. В таблице представлены следующие ежегодные и пятилетние коэффициенты смертности:

- **Неонатальная смертность (НС):** вероятность наступления смерти в течение 28 дней после рождения
- **Постнеонатальная смертность (ПНС):** арифметическая разница между младенческой и неонатальной смертностью.
- **Младенческая смертность (${}_1q_0$):** вероятность наступления смерти на первом году жизни.

При рассмотрении таблицы 9.1 видно уменьшение смертности по всем показателям. Такая же тенденция снижения отмечается при анализе за пятилетние периоды. В целом за период 1986-90 и 1996-2000 годы младенческая смертность снизилась с 53 до 32 на 1000, то есть приблизительно на 40процентов.

Важно отметить, что данные МЗ и МПТ по рождаемости и детской смертности рассчитывались согласно протоколам, разработанным в бывшем Советском Союзе. Определения живорожденности и младенческой смертности согласно данным протоколам отличаются от определений, утвержденных Всемирной Организацией Здравоохранения. Наиболее значительная разница имеется в определении исхода окончания беременности, завершающейся при сроке гестации менее 28 недель. Согласно критериям бывшего Советского Союза исход такой беременности классифицировался как поздний выкидыш (даже при наличии у ребенка признаков жизни в момент родов). Только в случае выживания преждевременно родившегося ребенка в течение 7 дней, он рассматривался как живорожденный¹. По критериям ВОЗ любые роды, завершившиеся рождением ребенка, с любыми признаками жизни (дыхание, сердцебиение или произвольное сокращение мышц) классифицируются как живорождение, независимо от гестационного срока в момент завершения беременности (ВОЗ, 1993).

¹ В случаях, когда срок беременности был неизвестен и она завершилась рождением ребенка весом менее 1000 граммов и длиной менее 35 сантиметров, беременность считалась недоношенной и ее исход классифицировался как поздний выкидыш.

Таблица 9.1 Младенческая и детская смертность

Уровни младенческой и детской смертности в течение пятилетних периодов, предшествовавших исследованию. Туркменистан, 2000.

Календарный период ^a , г.г.	Неонатальная смертность (НН)	Постнеонатальная смертность (ПНН)	Младенческая смертность (‰)
2000	6.5	14.8	21.3
1999	8.1	17.3	25.4
1998	8.0	24.8	32.8
1997	9.5	28.4	37.9
1996	11.0	31.0	42.0
1995	8.4	34.4	42.8
1994	11.9	31.0	42.9
1993	14.0	30.2	44.2
1992	12.8	30.4	43.2
1991	15.4	31.6	46.9
1990	-	-	45.2
1989	-	-	54.8
1988	-	-	54.1
1987	-	-	55.7
1986	-	-	57.3
1985	-	-	51.5
1996-00	8.6	23.3	31.9
1991-95	12.5	31.5	44.0
1986-90	-	-	53.4

Источники: 1985-1998. World Health Organization, Database; 1999-2000 НКЦ ОЗМР, Ашагабат, Туркменистан.

Второе различие между советской и ВОЗ-овской системами регистрации касается определения исходов беременности при сроке 28 недель и более. Данные исходы беременности классифицировались как живорождение, если ребенок дышал, и как мертворождение, если не было дыхания как основного признака жизни. В то время как ВОЗ определяет эти исходы как живорождение при наличии любых признаков жизни (дыхание, сердцебиение или произвольное сокращение мышц), и лишь при отсутствии признаков жизни исходы беременностей расцениваются как мертворождение.

Данные официальной статистики по младенческой смертности и в других республиках бывшего СССР основаны на такой же системе регистрации, как и в Туркменистане. Эти данные также оказались заниженными как было выявлено и в ПМДТ. Например, по данным ПМД Казахстана младенческая смертность составила 62 на 1000 (1992-1997гг.), что было в 2 раза выше по сравнению с данными официальной статистики (26 на 1000). Таким же образом характеризовалась ситуация в Кыргызстане (ПМДК 1992-97гг.), где младенческая смертность по данным исследования составила 61 на 1000, что приблизительно в 2 раза выше данных официальной статистики (29 на 1000).

9.2 Младенческая и детская смертность

В процессе выполнения ПМДТ собрана информация по репродуктивному здоровью 7919 женщин. Респонденты опрашивались для установления всех случаев беременностей и их исходов согласно классификации ВОЗ (1993). Как живорожденность определялся любой случай рождения ребенка независимо от срока беременности, когда после отделения плода от матери, плод проявлял любые признаки жизни (дыхание, сердцебиение или произвольной сокращение мышц). В случае живорождения уточнялись дата рождения (месяц, год), пол ребенка, статус выживания и настоящий возраст (если ребенок жив) или возраст в момент смерти (для умерших детей). Младенческая смертность определялась как смерть ребенка в возрасте до одного года (ВОЗ, 1993)

Показатели смертности по результатам ПМДТ 2000 представлены в таблице 9.2. Кроме показателей неонатальной, постнеонатальной и младенческой смертности, рассчитаны еще:

- **Детская смертность ($4q_1$):** вероятность наступления смерти в возрастном промежутке от года до пяти лет.
- **Смертность до пяти лет ($5q_0$):** вероятность наступления смерти с момента рождения до наступления пятилетнего возраста.

Таблица 9.2 Младенческая и детская смертность						
Уровни младенческой и детской смертности в течение пятилетних периодов, предшествовавших исследованию. Туркменистан, 2000.						
Годы, предшествовавшие исследованию	Календарный период ^a , г.г.	Неонатальная смертность (НН)	Постнеонатальная смертность (ПНН)	Младенческая смертность ($1q_0$)	Детская смертность ($4q_1$)	Смертность до пяти лет ($5q_0$)
0-4	1995-00	33.8	40.1	73.9	22.0	94.3
5-9	1990-95	32.1	37.4	69.5	14.2	82.7
10-14	1985-90	26.9	56.8	83.7	17.6	99.8

^a Периоды времени с середины года до середины года. Полевые работы настоящего исследования начаты

Все показатели таблицы 9.2 рассчитаны на 1000 живорожденных, за исключением детской смертности ($4q_1$), которая рассчитывается на 1000 выживших к первому году жизни.

Точность коэффициентов смертности, полученных в ходе ПМДТ 2000 зависит от ошибок, не связанных с выборкой (т.е. от полноты и точности, с какой были сообщены и записаны данные о родившихся и умерших) и от степени вариабельности самой выборки. Краткое изложение ошибок, не связанных с выборкой, рассматривается в этом разделе.

В ходе выполнения ПМДТ респонденты опрашивались о событиях, происшедших в прошлом. Хорошо известно, что наиболее частым источником ошибки является неполное информирование о случаях смерти ребенка, что ведет к недооценке показателей смертности. Можно предположить, что респонденты не дадут завышенной информации о смерти детей. Поэтому, необходимо уделить большое внимание факту неполного информирования.

Чаще неполное информирование о случаях смерти характерно для неонатального периода. Если имеет место факт недоучета случаев смерти в раннем неонатальном периоде, то это может привести к искаженно низкому соотношению неонатальной смертности к младенческой смертности (ООН, 1082). В ретроспективных исследованиях процент недоучтенных случаев ранней младенческой смертности обычно приходится на более отдаленные по времени случаи. В связи с этим, популяционные показатели следует тщательно анализировать, так как при ретроспективном сборе данных серьезным источником ошибок, не связанных с выборкой, является неполное информирование респондентами о случаях рождения и смерти (United Nations, 1982). Такое неполное информирование может привести к недооценке коэффициентов смертности ².

Уровень неонатальной и младенческой смертности, полученный в ходе ПМДТ, представлен в таблице 9.2. Значение соотношения неонатальной к младенческой смертности для периодов 1985-1990, 1990-95 и 1995-2000 составляет 0,32-0,46-0,46 соответственно. В странах с относительно полным учетом смертности уровень младенческой смертности колеблется в пределах 70-80 на 1000 живорожденных (чему соответствуют данные

² Изучение состояния неонатальной и младенческой смертности позволяет определить погрешности неполного информирования в течение первых месяцев жизни. Качественная оценка этих данных не является достаточно достоверной для определения неполного информирования в проведенном исследовании, т.о. отсутствие сообщений о неполном информировании в проведенном исследовании не значит, что неонатальная смертность показана полностью и достоверно.

ПМДТ 2000), значение этого соотношения обычно выше 0,45³.

Низкое соотношение неонатальной и младенческой смертности в ПМДТ 2000 года для наиболее раннего периода времени 1985-90гг (0,32), свидетельствует о возможном недоучете неонатальной смертности. Для периодов времен 1990-1995 и 1995-2000 годов, которые являются заключительными для этого исследования и где респонденты могли меньше ошибаться, значения соотношений несколько выше чем 0,45. Следовательно, анализ данных в целом не выявил существенного уровня неполного информирования о неонатальной смертности.

Показатель младенческой смертности на период 1995-2000гг. по результатам ПМДТ 2000г. составил 74 на 1000 живорожденных со стандартной ошибкой 5,4 и входит в 95 процентный доверительный интервал, включающий от 63,2 до 84,7 на 1000. Тем не менее, показатель 74 на 1000 не может считаться точным и из-за различий в объемах выборок настоящий показатель может быть выше или ниже. Уровни неонатальной и постнеонатальной смертности составили 34 и 40 на 1000 живорожденных соответственно. Показатель детской смертности (от 1 до 5 лет) был значительно ниже – 22 на 1000 живорожденных. Смертность до 5 лет в этот период времени составила 94 на 1000 живорожденных.

Показатели смертности зависят от вариабельности выборки. Вариабельность выборки обусловлена различным количеством женщин в группах с различным количеством умерших детей, это приводит к различию показателей смертности.

За пятнадцатилетний период временн, предшествовавший исследованию, показатель смертности снизился с 84 на 1000 (1985-90г.г.) до 74 на 1000 (1995-2000 г.г.) то есть на 12 процентов. Общая смертность в возрасте до пяти лет имеет тенденцию снижения за упомянутый период со 100 на 1000 до 94 на 1000

9.3 Сравнение показателей смертности по данным МЗ и МПТ и ПМДТ

Уровни младенческой смертности по данным МЗ и МПТ и ПМДТ представлены на рисунке 9.1. Следует отметить два различия. Во-первых, показатели МЗ и МПТ на 35-50 процентов ниже показателей ПМДТ. Показатели МЗ и МПТ находятся за пределами 95-процентного доверительного интервала для данных ПМДТ, что указывает на то, что вариабельность выборки исследования не может быть причиной различий в приводимых показателях. Во-вторых имеется временная тенденция двух анализируемых исходных показателей. Обозначенные кривые показывают тенденцию снижения младенческой смертности в течении пятнадцати лет, обе показывают улучшение ситуации по младенческой выживаемости.

На основании имеющихся данных нет возможности окончательно определить причины возникших различий между данными МЗ и МПТ и ПМДТ. Лучшим способом разрешить данный вопрос будет проведение долговременного наблюдения, в котором выборка домовладений будет периодически проверяться (скажем, каждые 3 месяца) в течение периода от 18 до 24 месяцев. Беременные женщины будут регистрироваться при каждом цикле обзора, будут регистрироваться исходы беременностей и выживаемость новорожденных. Одной из главных рекомендаций данного отчета является проведение долговременного обзора, как только позволят условия.

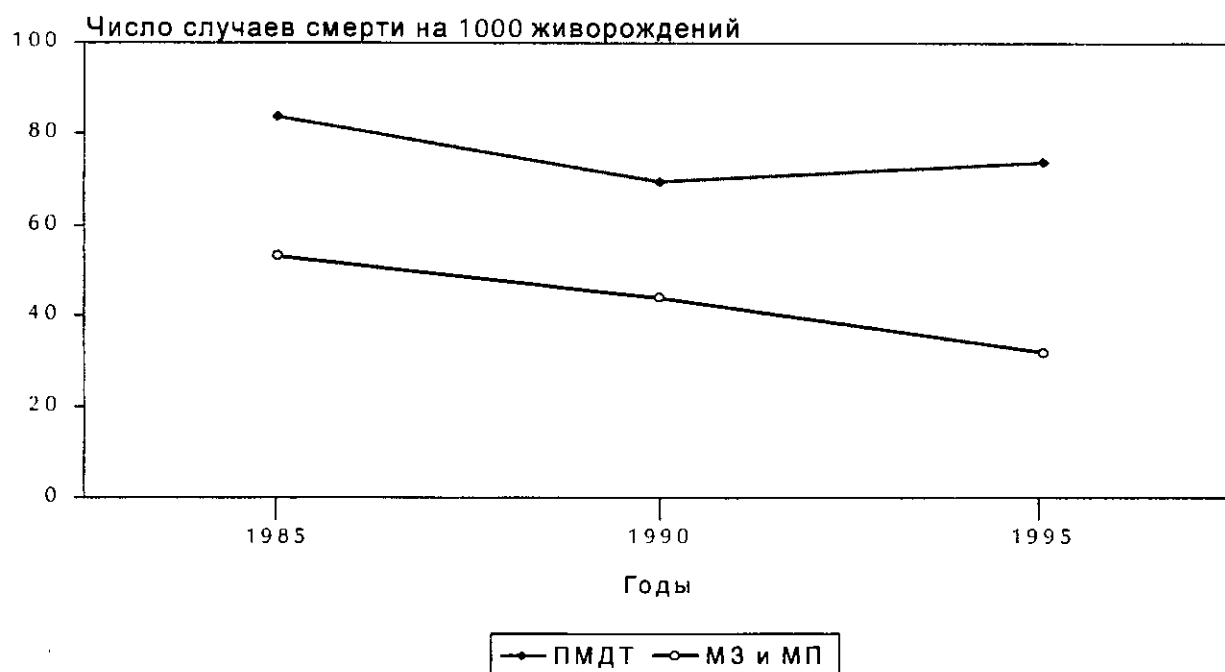
9.4 Социально-биологические различия младенческой и детской смертности

В таблице 9.3 представлены уровни младенческой и детской смертности в зависимости от социально-биологических факторов (место жительства, уровень образования и этническая принадлежность матери). Даны показатели за 10-летний период, предшествовавший исследованию. Десятилетний период используется для вычисления уровней по популяционным подгруппам для уменьшения вариабельности выборки.

Показатели смертности в зависимости от место жительства соответствуют данным, которые были получены во многих странах мира. Показатели смертности для сельской местности (80 на 1000) превышают таковые для городской местности (60 на 1000). Существенные различия смертности отмечены в г.Ашгабате и в пяти регионах. Младенческая смертность была наивысшей в Марыйском и Дашогузском веляятах (99 и 80 на 1000 соответственно) и наименьшей в г.Ашгабат и Лебапском веляяте (48 и 49 на 1000 соответственно). Поражает сходство показателей младенческой смертности для г.Ашгабат и Лебапского веляята.

³Примеры неонатальной и младенческой смертности для Венгрии (1953), Сингапура (1952), Шри-Ланка (1952) опубликованы в UN Demographic Yearbook, 1961, Таблица 13

Рисунок 9.1 Тенденции младенческой смертности по данным ПМДТ 2000 и Министерства Здравоохранения и медицинской промышленности (МЗ и МП)



Детская смертность в зависимости от уровня образования матери имеет определенные различия.

Таблица 9.3 Младенческая и детская смертность в зависимости от социально-биологических факторов

Уровни младенческой и детской смертности в течение десятилетнего периода, предшествовавшего исследованию. Туркменистан, 2000.

Социально-биологические факторы	Неонатальная смертность (НН)	Постнеонатальная смертность (ПНН)	Младенческая смертность (1Q ₀)	Детская смертность (4Q ₁)	Смертность до пяти лет (5Q ₀)
Местожителство					
Город	32.2	27.9	60.1	13.4	72.7
Село	33.4	46.5	79.9	21.6	99.8
Регион					
г. Ашгабат	(33.4)	(14.3)	(47.7)	(11.7)	(58.8)
Ахал	29.9	44.5	74.4	9.7	83.4
Балкан	30.0	20.9	50.9	12.2	62.5
Дашогуз	29.5	50.9	80.4	18.8	97.7
Лебап	20.9	27.7	48.6	18.9	66.6
Мары	48.9	49.7	98.6	26.8	122.7
Образование					
Начальное/среднее	32.8	43.7	76.5	22.1	96.5
Среднее-спец.	28.4	30.2	58.6	9.7	67.7
Высшее	(45.9)	(15.2)	(61.2)	(6.7)	(65.5)
Национальность					
Туркменки	33.8	39.7	73.5	19.5	91.5
Узбечки	22.4	38.1	60.5	10.2	70.0
Другие	38.9	38.7	71.6	13.9	88.3
Всего	32.9	38.7	71.6	18.0	88.3

В скобках указаны данные основанные на 200-499 рождений.

Показатель младенческой смертности детей от женщин с начально-средним образованием (77 на 1000) превышает таковой для детей от женщин со средне-специальным образованием (59 на 1000) или высшим образованием (61 на 1000).

Таблица 9.4 Младенческая и детская смертность в зависимости от демографических показателей. Туркменистан, 2000.

Демографические факторы	Неонатальная смертность (НН)	Постнеонатальная смертность (ПНН)	Младенческая смертность (МД)	Детская смертность (ДС)	Смертность до пяти лет (СД)
Пол ребенка					
Муж	36.6	46.4	83.0	19.0	100.5
Жен	29.0	30.7	59.7	17.0	75.6
Возраст матери при рождении					
<20	(51.1)	(35.4)	(89.5)	(24.1)	(108.6)
20-29	29.6	40.1	69.7	19.1	87.5
30-39	38.2	36.4	74.5	14.6	88.0
40-49	*	*	*	*	*
Паритет родов					
1	31.9	35.1	67.0	15.2	81.2
2-3	31.9	40.6	72.5	21.2	92.2
4-6	34.5	41.3	75.7	17.5	91.9
7+	(41.2)	(32.8)	(74.0)	(11.8)	(84.9)
Продолжительность межродового интервала					
<2 лет	39.3	54.9	94.2	27.7	119.3
2-3 года	26.8	37.1	63.9	15.6	78.6
4+ лет	33.2	15.8	49.0	8.8	57.4
Всего	32.9	38.7	71.6	18.0	88.3

Примечание. Звездочка указывает на то, что цифры основаны на менее чем 25 невзвешенных случаях и могут не учитываться.
Скобки указывают на то, что данные основаны на 200-499 рождений.

9.5 Демографические различия показателей младенческой и детской смертности

Взаимосвязь между уровнем смертности в раннем детском возрасте и некоторыми демографическими параметрами представлена в таблице 9.4. Так же, как и в случае с социально-биологическими различиями, данные показатели исследовались за 10-летний период, предшествовавший исследованию.

В Туркменистане, как и во многих других популяциях, младенческая смертность среди мальчиков (83 на 1000) превышает смертность среди девочек (47 на 1000).

Анализ взаимосвязи между смертностью и возрастом матери при родах показал, что дети, родившиеся у женщин младше 20 лет, имеют более высокий показатель смертности, чем родившиеся у женщин старшего возраста. С другой стороны, представленная оценка имеет слабую связь с паритетом родов и риском смертности.

Все показатели, представленные в таблице 9.3, отражают сильную связь смертности с длительностью межродового интервала. Среди родов, происшедших менее чем через два года после предыдущих родов, риск смертности до 5 лет (119 на 1000) на пятьдесят процентов выше, чем при родах, следующих с 2-3-летним интервалом, и на сто процентов выше, чем при последующих родах с четырехлетним интервалом. Эта взаимосвязь наводит на мысль, что некоторое снижение смертности может быть достигнуто снижением процента родов, происходящих в интервале менее двух лет, т.е. через увеличение интергенетического интервала.

9.6 Показатели смертности и статус женщины

Некоторые вопросы, включенные в ПМДТ 2000г. раскрывали показатели женского статуса и ее прав. Эти показатели позволяют оценить наличие у женщины доступа к информации, а также возможность обсуждать и активно действовать в своих интересах и в интересах тех членов семьи, которые от нее зависят. Ясно, что женщина в с более высоким статусом лучше заботится о детях, их здоровье.

Кроме того, задавались вопросы об участии женщины в принятии решений по семейным вопросам. Высокие уровни этих показателей указывают на высокий статус женщины и соответственно большую возможность проявить заботу о своих детях. В таблице 9.5 представлены младенческая и детская смертность в зависимости от этих показателей. Из таблицы видно, что с увеличением числа решений, где мать имеет решающее слово, младенческая и детская смертность идет на убыль.

Таблица 9.5 Младенческая и детская смертность в зависимости от статуса женщины

Уровни младенческой и детской смертности за десятилетний период, предшествовавших исследованию, в зависимости от статуса женщины. Туркменистан, 2000.

Статус женщины	Неонатальная смертность (НН)	Постнеонатальная смертность (ПНН)	Младенческая смертность (${}_1Q_0$)	Детская смертность (${}_4Q_1$)	Смертность до пяти лет (${}_5Q_0$)
Кол-во решений в которых женщина имеет решающее слово					
0	(52.4)	(50.6)	(103.1)	*	*
1-2	36.6	51.7	88.2	27.4	113.2
3-4	37.1	38.2	75.3	14.9	89.1
5	29.2	35.1	64.3	16.7	79.9
Всего	32.9	38.7	71.6	18.0	88.3

Примечание. Звездочка указывает на то, что цифры основаны на менее чем 25 несвзвешенных случаях и могут не учитываться.

Скобки указывают на то, что данные основаны на 200-499 рождений.

9.7. Перинатальная смертность

Перинатальная смертность показывает уровень смертности с момента пренатальной жизнеспособности (другими словами, с 28 недель гестации), в родах и раннем неонатальном периоде (первая неделя жизни)

Исход беременности, завершившейся в 28 и более недель, при отсутствии признаков жизни плода, классифицируется как мертворождение. Мертворождения и ранняя неонатальная смертность имеют много одинаковых причин, приводящих к смерти (врожденные пороки развития), поэтому они объединены в группу перинатальной смертности.

Данные перинатальной смертности собраны за 5 лет, предшествовавших исследованию (с середины 1995 до середины 2000г.г.) Следует отметить, что качество данных всегда является вопросом, когда речь идет о перинатальной смертности, мертворождаемости либо ранней неонатальной смертности, и подвергается сомнению из-за неполного информирования.

Таблица 9.6 представляет перинатальную смертность на 1000 беременностей в Туркменистане в зависимости от социально-биологических характеристик. Общая перинатальная смертность составила 35 на 1000. В общем, перинатальная смертность демонстрирует сходство с неонатальной смертностью (таблица 9.3 и 9.4).

Таблица 9.6 Перинатальная смертность

Мертворождаемость и ранняя неонатальная смертность, и перинатальная смертность за пятилетний период предшествовавших исследованию, в зависимости от социально-биологических характеристик. Туркменистан, 2000.

Социально-биологические факторы	Мертворождаемость	Ранняя неонатальная смертность	Перинатальная смертность	Кол-во беременностей
Местожительство				
Город	22.8	32.6	38.6	1,435
Село	23.1	48.8	32.8	2,194
Регион				
г.Ашгабат	3.2	6.9	*	359
Ахал	5.3	11.5	(32.8)	513
Балкан	1.8	8.4	(36.5)	279
Дашогуз	14.6	10.2	30.5	815
Лебал	6.3	9.4	21.3	735
Мары	14.7	35.0	53.6	928
Образование				
Нет образования	0.0	0.0	*	33
Начальное/среднее	33.1	60.2	37.0	2,523
Среднее-спец.	12.8	12.4	31.3	806
Высшее	0.0	8.8	*	267
Возраст матери при родах				
<20	3.2	9.2	*	227
20-29	27.0	50.0	30.1	2,560
30-39	13.4	20.0	43.0	776
40-49	2.2	2.2	67.6	66
Межродовый интервал				
1 беременность	18.6	17.3	33.3	1,077
< 15 мес	6.0	21.3	57.3	476
15-26 мес	4.9	20.4	25.8	980
27-38 мес	7.2	11.0	33.2	546
39 и более	9.4	11.4	37.7	550
Всего	45.9	81.4	35.1	3,629

Примечание. Звездочка указывает на то, что цифры основаны на менее чем 250 невзвешенных случаях и могут не учитываться.

9.8 Рождаемость повышенного риска

Предыдущие исследования выявили взаимосвязь между уровнем рождаемости и уровнем риска смертности в детском возрасте (United Nations, 1994). Обычно риск смертности высок среди детей, родившихся от матерей юного и более старшего возраста, среди детей, родившихся с укороченным межродовым интервалом и высоким паритетом родов. В последующем анализе использовались нижеперечисленные критерии: к матерям юного возраста относили женщин моложе 18 лет, более старшего возраста – старше 34 лет; укороченный межродовой интервал – интервал продолжительностью менее 24 месяцев; роды с высоким паритетом – три или более по счету.

В таблице 9.7 показано распределение детей, родившихся в течение пяти лет, предшествовавших исследованию, с учетом всех вышеперечисленных факторов риска. Первые роды у женщин в возрасте до 18 и старше 34 лет относятся к группе повышенного риска, они включены в анализ и показаны как отдельная группа риска.

В первой колонке таблицы 9.7 представлен удельный вес детей, родившихся с факторами повышенного риска, за пятилетний период. У 32 процентов родившихся детей имеет место, по меньшей мере, одна категория риска, и у 11 процентов – категории риска носят множественный характер.

Таблица 9.7 Характер рождаемости с высоким риском

Процентное распределение рождений в течение пяти лет, предшествовавших исследованию, в зависимости от наличия повышенного риска смертности и процентное распределение замужних женщин с вероятным рождением детей с потенциально высоким риском смертности в зависимости от категорий повышенного риска. Туркменистан, 2000.

Категория риска	Роды, в течение 5 лет, предшествовавших исследованию		Процент замужних женщин ^a
	Процент родов	Соотношение риска	
Нет категории повышенного риска	26.0	1.0	21.5 ^b
Неизбежная категории риска			
Первые роды в интервале 18- 34 года	31.8	1.0	5.2
Одна категория повышенного риска			
Возраст матери <18 лет	0.7	2.7	0.1
Возраст матери >34 лет	1.5	1.1	7.2
Межродовой интервал <24 мес.	19.3	1.5	11.2
Порядок родов >3	10.0	1.2	11.4
Всего для этой группы	31.5	1.4	29.8
Группа категорий повышенного риска			
Возраст >34 и межродовой интервал <24 мес.	0.1	4.0	0.3
Возраст >34 и паритет родов >3	5.7	0.8	36.5
Возраст >34 и межродовой интервал <24 мес. и паритет родов>3	0.6	1.4	1.9
Межродовой интервал <24 мес. и паритет родов >3	4.2	1.4	4.8
Всего для этой группы	10.7	1.3	43.5
Любая категория повышенного риска	42.2	1.3	73.3
Всего	100.0	-	100.0
Количество родов	3,583	-	4,892

Примечание. Соотношение риска - это соотношение умерших, имевших определенную категорию повышенного риска, к числу умерших не имевших категорий риска.

^a Женщины отнесены к группе риска по их возможному статусу в связи с родами, если плод был зачат во время проведения исследования: возраст меньше 17 лет и 3 месяцев, возраст старше 34 лет и 2 месяцев, последние роды имели место не раньше чем 15 месяцев назад и порядковый номер последних родов составил 4 и выше.

^b Включает женщин, прошедших стерилизацию

Во второй колонке таблицы показано соотношение степени риска смертности, родившихся с факторами риска для детей и родившихся без факторов риска. Указанное соотношение для детей с одним фактором риска составляет 1.4. Указанное соотношение для детей с множественными факторами риска составляет 1.1. (т.е. 10 процентов высокого риска). Неожиданностью явилось то, что представленное число множественного риска меньше чем у детей, родившихся с одним фактором риска.

Информация, представленная в третьей колонке таблицы 9.7, позволяет прогнозировать, каков процент замужних женщин, которые могут потенциально родить детей с высоким риском смертности. Данные получены путем экстраполяции категории риска на ситуацию, при которой все замужние женщины оказались бы беременными. Предположим, женщине в момент проведения обследования было 37 лет, в анамнезе у нее – 3 родов, роды имели место три года назад. Ребенок, родившийся у такой женщины, имел бы множественные категории риска смертности: принадлежность женщины к старшей возрастной группе (35 лет и старше), высокий паритет родов (более трех).

В целом у 73 процентов замужних женщин могут родиться дети с потенциально высоким риском смертности. У семнадцати процентов женщин могут родиться дети с множественными факторами риска.

Ш.М.Тураева, А.Б.Джунелов, Н.С.Гандымова

В настоящей главе представлены результаты исследований, характеризующие уровень оказания медицинской помощи матери и ребенку в Туркменистане. Представлена информация по антенатальной помощи в родах, о вакцинопрофилактике детей, о случаях заболевания (респираторная инфекция, лихорадка, диарея) среди детей в течение двух последних недель, предшествовавших исследованию.

10.1 Антенатальная помощь

В таблице 10.1 представлены результаты ПМДТ 2000г. о распределении родов, при которых была оказана антенатальная помощь. Значительному количеству матерей была оказана антенатальная помощь (98 процентов). В 81 проценте случаев родов, имевших место в течении пяти лет, предшествовавших исследованию, женщинам антенатальная помощь была оказана врачами, и в 17 процентах со стороны медицинских сестер или акушерок. Большинству городских женщин (93 процента) антенатальная помощь была оказана врачами, и только 5 процентов матерей получили помощь со стороны медицинских сестер или акушерок. Сельским женщинам антенатальная помощь со стороны врачей была оказана в 73 процентах случаев, медицинскими сестрами или акушерками - в 25 процентах случаев.

Различия в оказании антенатальной помощи матерям в зависимости от их возраста были незначительными. Различия же в зависимости от паритета родов были более выражены. При первых родах помощь оказана врачом чаще (85,3 процента), чем при шестых и более родах (75 процентов).

Значительные различия в источниках оказания антенатальной помощи выявлены в зависимости от региона. Процент женщин, получивших врачебную помощь, был значительно выше в г.Ашгабате (96 процентов) по сравнению с остальными регионами. Процент матерей, не получивших антенатальную помощь, был более высоким в Балканском и Марыйском велаятах (около 3 процентов).

Обращаемость за антенатальной помощью зависела от уровня образования и этнической принадлежности матерей. Так, женщины с более высоким уровнем образования и респондентки узбекской национальности за антенатальной помощью обращались к врачам чаще, чем женщины с низким уровнем образования, а также респондентки туркменской и других национальностей.

Раннее оказание антенатальной помощи эффективно способствует предупреждению неблагоприятных исходов беременности. Как правило, первое посещение беременной женщиной женской консультации должно происходить в течение первых трех месяцев беременности для того, чтобы своевременно оценить состояние здоровья женщины и провести соответствующие мероприятия.

В таблице 10.2 представлена информация о сроках и количестве посещений женских консультаций респондентами во время беременностей, завершившихся живорождением в течение последних пяти лет, предшествовавших исследованию. Большинство женщин (93 процента) впервые посетили женскую консультацию до шестого месяца беременности. Средний срок беременности при первом посещении составил 3,4 месяца.

В таблице 10.2 также показано, что 83 процента женщин осуществили 4 и более посещений женской консультации. Среднее количество посещений составило 10. В Туркменистане женщины хорошо осведомлены о преимуществах оказания ранней и непрерывной антенатальной помощи в течение всей беременности.

Таблица 10.1 Антенатальная помощь

Процентное распределение родов, состоявшихся в течение 5 лет, предшествовавших исследованию, в зависимости от лица, оказавшего антенатальную помощь, и социально-биологических факторов. Туркменистан, 2000.

Социально-биологические факторы	Лицо, оказавшее антенатальную помощь					Всего	Кол-во родов
	Врач	Мед.сестра/ акушерка	Другие*	Никто	Пропущено Другие*		
Возраст матери, лет							
< 20	78.5	19.5	0.0	1.0	1.1	100.0	126
20-34	81.4	16.7	0.1	1.4	0.4	100.0	2,087
35+	81.7	16.4	0.0	1.5	0.4	100.0	257
Паритет родов							
1	83.4	15.0	0.0	1.4	0.2	100.0	614
2-3	81.7	16.3	0.1	1.4	0.6	100.0	1,252
4-5	79.8	18.2	0.0	1.6	0.4	100.0	430
6+	74.8	23.0	0.6	1.3	0.4	100.0	174
Местожительство							
Город	92.7	5.2	0.0	1.6	0.6	100.0	1,052
Село	72.9	25.4	0.1	1.2	0.3	100.0	1,417
Регион							
г. Ашгабат	96.4	2.1	0.0	0.8	0.7	100.0	266
Ахал	83.9	12.8	0.6	2.1	0.6	100.0	352
Балкан	89.4	7.6	0.0	2.7	0.3	100.0	215
Дашогуз	81.0	18.2	0.0	0.3	0.5	100.0	520
Лебап	80.5	19.3	0.0	0.2	0.0	100.0	513
Мары	71.2	25.5	0.0	2.7	0.6	100.0	603
Образование							
Начальное/среднее	78.6	19.1	0.1	1.8	0.4	100.0	1,715
Средне-специальное	86.7	12.6	0.0	0.4	0.3	100.0	560
Высшее	89.8	8.7	0.0	0.5	0.9	100.0	194
Национальность							
Туркменки	80.2	17.8	0.1	1.4	0.4	100.0	1,992
Узбечки	86.6	12.2	0.0	0.4	0.8	100.0	295
Другие	84.3	13.1	0.0	2.6	0.0	100.0	182
Всего	81.3	16.8	0.1	1.4	0.4	100.0	2,470

Примечание. Цифры указывают на роды, состоявшиеся в течение 0-59 месяцев, предшествовавших исследованию.

* Включает традиционные

10.2 Содержание антенатальной помощи

Осложнения беременности являются причиной как материнской, так и детской смертности и заболеваемости, и могут быть предупреждены при раннем распознавании признаков осложнений. В Туркменистане во время антенатальных посещений обязательно проводятся измерения веса, роста, артериального давления, общий анализ крови и мочи. Эти процедуры способствуют ранней диагностике осложнений беременности.

В ПМДТ 2000 г респондентов спрашивали, проводились ли вышеперечисленные мероприятия, по крайней мере, один раз в течение беременности, имевшей место за последние пять лет, предшествовавших исследованию. Респондентов просили сообщить, были ли они проинформированы о возможных признаках развивающихся осложнений беременности.

В таблице 10.3 представлена информация о количестве женщин, которым в течение последней беременности, имевшей место за последние пять лет, предшествовавших исследованию, была оказана антенатальная помощь, об их информированности об осложнениях беременности и о проведении им рутинных исследований при получении антенатальной помощи в зависимости от социально-биологических характеристик. Около 90 процентов женщин были проинформированы о возможных признаках осложнений беременности. Более чем у 90 процентов респондентов во время антенатальных посещений измеряли артериальное давление, были взяты анализы крови и мочи. Измерение роста и веса в антенатальном периоде было проведено у 94 и 95 процентов женщины соответственно.

Проведение указанных мероприятий среди городских и сельских женщин значительно не различалось; в то же время, городские женщины менее информированы о возможных осложнениях беременности. Обнаружена положительная связь уровня образования женщин с содержанием антенатальной помощи.

10.3 Место проведения родов и родовспоможение

Соответствующие санитарно-гигиенические условия и оказание квалифицированной медицинской помощи во время родов значительно снижают риск возникновения инфекционных осложнений как для матери так и ребенка. В ПМДТ 2000 г. респондентам задавались вопросы о месте проведения родов, характере помощи, оказываемой при них, информация собиралась за пятилетний период, предшествовавший исследованию.

В таблице 10.4 показано, что почти все роды проводились в медицинских учреждениях (95 процентов). Большинство родов (89 процентов) происходили в государственных госпиталях и родильных домах. Шесть процентов родов были приняты в домах здоровья и других государственных медицинских учреждениях. В четырех процентах случаев роды произошли вне лечебного учреждения (преимущественно дома у респондента). Незначительные различия этого показателя в группах объясняются общим высоким процентом проведения родов в госпиталях и родильных домах.

В таблице 10.5 представлено процентное распределение помощи, оказанной при родах врачами, медицинскими сестрами или акушерками в зависимости от места жительства и региона. В городской местности помощь в родах чаще оказывалась врачом (88 процентов), по сравнению с сельской местностью (78 процентов) и помощь при большинстве родов в г.Ашгабате оказывалась врачом (95 процентов). Аналогично ситуации с оказанием антенатальной помощи врачебная помощь при родах чаще оказывалась женщинам с более высоким уровнем образования и женщинам другой национальности

Таблица 10.2 Количество антенатальных визитов и срок беременности

Процентное распределение родов, состоявшихся в течение 5 лет, предшествовавших исследованию, по количеству антенатальных визитов и сроку беременности ко времени первого визита. Туркменистан, 2000.

Показатели	Процент
Количество визитов	
0	1.4
1	0.8
2-3	3.4
4+	82.8
Не знаю/пропущено	11.7
Всего	100.0
Среднее	9.9
Срок беременности при первом визите	
Никакой антенатальной помощи	1.4
< 3 месяцев	93.0
3-5 месяцев	4.4
6+ месяцев	0.5
Не знаю/пропущено	0.7
Всего	100.0
Среднее	3.4
Количество родов	2,470

Таблица 10.3 Содержание антенатальной помощи

Процент последних родов, состоявшихся в течение последних 5-ти лет, предшествовавших исследованию, среди матерей получивших антенатальную помощь, по харктеру антенатальной помощи, в зависимости от социально-биологических характеристик. Туркменистан, 2000.

Социально-биологические факторы	Дана информация об осложнениях беременности	Исследования					Принимала препараты железа	Кол-во женщин
		Измерение АД	Анализ крови	Анализ мочи	Взвешивание	Измерение роста		
Возраст матери, лет								
<20	84.0	97.9	98.6	98.6	95.1	90.3	33.4	123
20-34	89.0	99.4	98.6	99.2	94.5	93.8	32.6	2,049
35+	90.8	99.6	98.4	99.0	95.8	92.3	34.1	252
Параметр родов								
1	87.9	98.8	98.9	99.2	95.1	94.6	32.8	604
2-3	90.7	99.6	98.7	99.2	94.8	94.1	32.1	1,228
4-5	89.2	99.7	98.3	99.5	94.8	92.9	32.7	421
6+	89.8	98.8	97.4	98.3	92.2	90.4	37.8	171
Местожительство								
Город	86.5	99.9	98.9	99.8	98.6	97.7	32.2	1,029
Село	92.0	99.0	97.7	98.7	91.8	90.8	33.2	1,395
Регион								
г.Ашгабат	84.5	100.0	100.0	100.0	99.3	98.6	36.8	262
Ахал	94.4	98.5	98.2	98.2	97.8	88.4	10.6	342
Балкан	57.8	99.2	96.6	96.6	94.4	94.1	17.6	209
Дашогуз	96.6	99.7	99.7	99.7	95.8	95.7	69.4	516
Лебап	96.9	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	29.8	512
Мары	88.2	98.9	96.8	99.2	85.2	87.0	19.6	583
Образование								
Начальное/среднее	88.9	99.1	98.2	98.9	93.6	92.2	31.8	1,677
Средне-спец.	90.5	100.0	99.4	97.7	97.4	97.5	34.6	556
Высшее	93.9	100.0	100.0	100.0	96.8	96.5	35.6	191
Национальность								
Туркменки	89.9	99.2	98.4	99.0	94.6	93.5	29.8	1,955
Узбечки	95.0	100.0	99.8	99.8	95.2	95.2	53.2	291
Другие	78.5	100.0	99.1	100.0	94.7	94.1	32.3	178
Все роды	89.7	99.4	98.6	99.2	94.7	93.7	32.8	2,425

Таблица 10.5 Родовспоможение

Процентное распределение родов, состоявшихся в течение пяти лет, предшествовавших исследованию, в зависимости от Лица, оказавшего помощь при родах, и некоторых социально-биологических факторов. Туркменистан, 2000.

Социально-биологические факторы	Лицо, оказавшее помощь при родах						Всего родов	Кол-во родов
	Врач	Мед.сестра/Акушерка	Немедиц. персонал	Родственники/Другие	Никто	Не знает/Пропущено		
Возраст матери, лет								
<20	82.0	14.9	1.0	1.5	0.0	0.6	100.0	224
20-34	81.9	15.4	0.9	0.6	0.1	0.1	100.0	3,075
35+	80.5	16.5	1.2	1.5	0.0	0.4	100.0	284
Паритет родов								
I	85.3	13.0	0.5	0.4	0.1	0.8	100.0	1,176
2-3	82.0	14.9	1.0	0.5	0.1	1.4	100.0	1,672
4-5	76.0	20.6	1.7	1.1	0.0	0.7	100.0	523
6+	74.9	20.5	1.0	3.4	0.0	0.3	100.0	212
Местожительство								
Город	88.1	10.1	0.2	0.4	0.1	1.1	100.0	1,413
Село	77.7	18.9	1.4	1.0	0.1	1.0	100.0	2,171
Регион								
г.Ашгабат	94.5	4.9	0.0	0.0	0.0	0.6	100.0	356
Ахал	81.8	10.9	4.2	1.2	0.0	1.9	100.0	507
Балкан	77.2	19.0	1.1	1.6	0.0	1.2	100.0	277
Дашогуз	82.9	14.2	1.1	1.4	0.0	0.4	100.0	801
Лебап	73.4	26.4	0.0	0.2	0.0	0.0	100.0	729
Мары	83.9	13.2	0.0	0.3	0.4	2.1	100.0	914
Образование								
Начальное/среднее	80.9	15.5	1.3	1.0	0.1	1.1	100.0	2,523
Средне-спец.	82.1	17.0	0.2	0.1	0.0	0.7	100.0	793
Высшее	88.8	9.8	0.0	0.0	0.0	1.4	100.0	267
Национальность								
Туркменки	81.7	15.3	1.0	0.8	0.1	1.2	100.0	2,939
Узбечки	78.4	19.6	1.2	0.1	0.0	0.8	100.0	423
Другие	89.3	8.6	0.0	1.4	0.7	0.0	100.0	221
Аntenальные визиты								
Визитов не было	(71.5)	(12.7)	(7.6)	(0.0)	(8.3)	(0.0)	100.0	(42)
1-3 визита	67.4	22.6	4.1	1.5	0.0	4.5	100.0	161
4+ визита	82.9	15.1	0.7	0.8	0.0	0.6	100.0	2,957
Не знает/пропущено	80.8	15.5	0.9	0.0	0.0	2.8	100.0	424
Все роды	81.8	15.4	0.9	0.7	0.1	1.0	100.0	3,583

10.4 Характеристика родов

В ПМДТ 2000 была собрана информация о нескольких аспектах родов, таких как проведение кесарева сечения и рождение маловесного ребенка. Респондентов спрашивали, проводили ли им кесарево сечение и взвешивали ли ребенка сразу после родов, и сколько весил ребенок. Кроме того, матерей просили дать субъективную оценку размера ребенка при рождении (очень большой, больше среднего, средний, меньше среднего или очень маленький).

Таблица 10.6 Характеристика родов

Процент родов, проведенных кесаревым сечением, среди всех родов, состоявшихся за 5-летний период, предшествовавший исследованию, и процентное распределение по весу при рождении и оценке матери размеров ребенка при рождении в зависимости от социально-биологических факторов. Туркменистан, 2000.

Социально-биологические факторы	Вес при рождении				Размер ребенка при рождении					Кол-во родов
	Роды кесаревым сечением	Не взвешен	Менее 2,5 кг	2,5 кг и более	Не знает/пропущено	Очень маленький	Меньше среднего	Средний или больше	Не знает	
Возраст матери, лет										
< 20	1.0	3.1	8.9	85.9	2.1	3.1	11.4	82.4	3.2	224
20-34	3.0	2.4	5.6	89.7	2.4	1.8	11.0	84.7	2.5	3,075
35+	5.8	3.3	4.6	89.1	2.9	1.8	7.4	86.8	4.0	284
Паритет родов										
1	3.5	1.7	7.7	88.6	1.9	1.9	15.1	81.0	2.0	1,176
2-3	2.8	2.4	5.0	90.8	1.8	2.1	9.0	86.5	2.4	1,672
4-5	2.6	2.8	4.4	89.3	3.5	1.8	7.6	88.0	2.6	523
6+	4.5	6.8	3.7	82.5	6.9	0.0	8.1	83.7	8.1	212
Местожительство										
Город	4.2	0.9	4.7	92.6	1.8	1.8	9.6	86.8	1.9	1,413
Село	2.4	3.5	6.4	87.3	2.8	1.9	11.5	83.4	3.1	2,171
Регион										
г. Ашгабат	8.1	0.9	2.9	95.6	0.6	1.0	6.9	91.1	1.1	356
Ахал	2.7	5.3	3.2	89.6	1.8	2.1	10.4	82.4	5.2	507
Балкан	3.8	0.6	7.9	86.8	4.6	2.0	16.9	77.3	3.7	277
Дашогуз	2.5	5.6	6.2	83.3	5.0	2.1	12.8	81.1	4.0	801
Лебап	3.3	0.3	6.3	92.6	0.7	1.1	6.6	91.1	0.2	729
Мары	1.6	1.1	6.7	90.4	1.9	2.5	12.0	83.2	2.3	914
Образование										
Начальное/Среднее	2.2	3.2	6.4	87.6	2.8	1.8	12.2	82.7	3.2	2,523
Средне-специальное	5.1	0.8	4.3	93.4	1.5	1.9	8.0	88.9	1.1	793
Высшее	5.5	1.1	3.4	94.4	1.1	2.7	4.4	91.5	1.3	267
Национальность										
Туркменки	2.7	3.2	5.5	89.5	2.7	1.9	10.8	84.4	2.8	2,939
Узбечки	2.7	0.8	7.5	88.9	0.6	1.8	10.6	85.8	1.8	423
Другие	9.3	1.1	5.0	88.8	1.8	1.4	9.5	87.5	1.6	221
Всего	3.1	2.5	5.7	89.4	2.4	1.9	10.7	84.8	2.6	3,583

Кесарево сечение обычно производят в случаях, когда у матери имеются медицинские проблемы или возникли осложнения во время родов. В таблице 10.6 показано, что 3 процента родов, происшедших в течение пятилетнего периода, предшествовавшего исследованию, были проведены посредством кесарева сечения. Роды посредством кесарева сечения чаще производились среди женщин старшего возраста (35 лет и старше), проживающих в городской местности, женщин с высшим образованием и женщин другой национальности. Частота кесарева сечения среди родов в г. Ашгабат (8 процентов) значительно выше таковых в других регионах (от 2 до 4 процентов).

Вес при рождении - одна из главных детерминант младенческого и детского здоровья и смертности. В ПМДТ 2000 г. матерей спрашивали о субъективной оценке размеров своего ребенка и просили ответить сколько весил их ребенок сразу после рождения, в течение пятилетнего периода, предшествовавшего исследованию. Таблица 10.6 показывает, что большинство детей были взвешены при рождении (97 процентов) и среди них 6 процентов имели вес при рождении менее 2,5 кг. Такие дети классифицируются

как имеющие низкий вес при рождении и более высокий риск ранней младенческой смертности.

Таблица 10.6 представляет также информацию о субъективной оценке матери размеров ребенка при рождении. Согласно субъективной оценке матерей о размере ребенка при его рождении, 85 процентов оценили размеры ребенка как средние или больше среднего и 2 процента детей были оценены как очень маленькие.

10.5 Вакцинация

Согласно рекомендациям Всемирной Организации Здравоохранения, адаптированным Министерством здравоохранения и медицинской промышленности Туркменистана, дети в возрасте 12 месяцев должны пройти полный курс вакцинопрофилактики, включающий вакцинацию БЦЖ против туберкулеза, три дозы АКДС против дифтерии, коклюша и столбняка, три дозы полиовакцины и противокоревую вакцину.

В ПМДТ 2000 г. данные об охвате вакцинацией собиралась супервайзерами команд из медицинских карточек, находящихся в учреждениях здравоохранения, с помощью медицинского персонала (медсестра или регистратор). Всего было найдено 94 процента медицинских карточек детей 12-23 месячного возраста. Данные о вакцинации каждого ребенка супервайзеры команд отмечали на отдельных бланках, специально разработанных для этой цели.

Таблица 10.7 Вакцинация в зависимости от социально-биологических факторов

Процент вакцинированных детей в возрасте 12-23 месяцев ко времени проведения исследования по зависимости от возраста от некоторых социально-биологических факторов. Туркменистан, 2000.

Социально-биологические факторы	Процент вакцинированных детей										Кол-во детей	
	БЦЖ	АКДС			Полиовакцина				Корь	Все		
		1	2	3+	0	1	2	3+				
Пол												
Муж.	99.1	99.5	98.2	98.2	98.0	100.0	100.0	98.5	92.7	90.4	287	
Жен.	99.0	98.9	97.7	97.6	99.0	98.2	97.0	95.0	93.2	89.8	322	
Порядок родов												
1	98.3	100.0	99.1	99.1	96.7	99.0	99.3	98.4	89.6	86.2	208	
2-3	99.2	98.6	96.8	96.8	99.2	98.2	97.4	96.5	92.0	92.0	287	
4-5	100.0	99.2	99.2	99.2	100.0	100.0	100.0	96.1	92.4	92.4	86	
6+	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(96.3)	(100.0)	(100.0)	(97.0)	(97.0)	(94.1)	(91.1)	(28)	
Местожителство												
Город	99.8	99.2	97.0	97.0	98.5	99.0	98.1	96.6	91.7	89.8	250	
Село	98.6	99.2	98.8	98.5	98.6	99.2	98.6	97.5	93.8	90.2	358	
Регион												
г.Ашгабат	(100.0)	(100.0)	(96.9)	(96.9)	(94.4)	(100.0)	(100.0)	(96.8)	(90.6)	(87.4)	(56)	
Ахал	97.6	100.0	97.5	96.3	97.6	97.5	97.5	96.1	81.8	79.3	85	
Балкан	98.8	97.3	96.1	96.1	98.8	98.3	98.3	96.9	91.3	88.3	49	
Дашогуз	100.0	99.5	99.5	99.5	100.0	98.9	98.9	97.6	92.0	91.0	124	
Лебап	100.0	99.1	97.3	97.3	100.0	97.4	97.4	96.6	98.3	94.8	143	
Мвры	97.9	99.0	99.0	99.0	97.9	99.0	99.0	97.9	95.5	92.4	152	
Образование												
Начальное/Среднее	99.0	99.5	98.4	98.2	99.0	99.4	98.9	97.4	91.9	88.7	420	
Средне-специальное	98.8	97.9	96.2	96.2	98.8	97.9	96.2	95.4	95.1	92.2	138	
Высшее	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(93.7)	(100.0)	(100.0)	(99.4)	(95.8)	(95.3)	(51)	
Национальность												
Туркменки	99.2	99.5	98.4	98.2	98.5	99.4	98.5	97.2	92.8	90.3	494	
Узбечки	100.0	100.0	98.3	98.3	100.0	99.0	99.0	97.4	93.8	89.5	77	
Другие	(95.9)	(94.2)	(92.6)	(92.6)	(95.9)	(95.9)	(95.9)	(95.1)	(93.4)	(88.5)	(39)	
Всего	99.1	99.2	98.1	97.9	98.5	99.1	98.4	97.1	92.9	90.0	609	

В таблице 10.7 отражен уровень охвата детей вакцинацией в возрасте 12-23 месяца. Вакцинация БЦЖ, которая, как правило, проводится в родильных домах вскоре после рождения, была почти всеохватывающей: (99 процентов) и 97 процентов детей в возрасте 12-23 месяцев получили противокоревую вакцину. Девяносто девять процентов детей получили первоначальную дозу Полиовакцины в госпитале. Почти все дети (99 процентов) получили первую дозу Полиовакцины и АКДС/АДС. Охват детей второй и третьей дозой Полиовакцины и АКДС/АДС был также очень высоким (98 и 97 процентов соответственно). Поскольку охват вакцинацией БЦЖ, против кори, индивидуальными дозами Полио и АКДС/АДС вакцинами был достаточно высок, процент детей 12-23 месячного возраста, получивших все рекомендованные ВОЗ вакцины, также оказался высоким (90 процентов).

10.6 Острая респираторная инфекция

Заболевания органов дыхания занимают ведущее место в патологии детского возраста и являются основной причиной младенческой смертности в мире.

В ПМДТ 2000 г. выявление случаев заболеваний органов дыхания среди детей до пятилетнего возраста проводилось путем опроса матерей о наличии кашля, сопровождавшегося укороченным и частым дыханием в течение двух недель, предшествовавших исследованию. Эти симптомы являются характерными для острой респираторной вирусной инфекции. Следует иметь в виду, что сведения о заболеваемости детей острой респираторной инфекцией (ОРИ), собранные в ПМДТ 2000 г. со слов матерей, носят субъективный характер и не всегда соответствуют заключению медицинских работников. Кроме того, эти данные были собраны за период времени между июнем и сентябрем, тогда как пик распространения респираторной инфекции приходится на осенние и зимние месяцы.

В таблице 10.8 показано, что у 0,8 процентов больных с ОРИ в возрасте до пяти лет в течение двух недель, предшествовавших исследованию, заболевание сопровождалось кашлем, укороченным и частым дыханием. Среди детей возрастной группы 12-23 месяца распространенность респираторной инфекции была более высокой (чуть больше 1 процента), чем среди детей других возрастных групп (от 0 до 1 процента).

Очевидными были различия в уровнях заболеваемости ОРИ в зависимости от паритета родов и места жительства. Однако из полученных данных невозможно заключить, отражают ли выявленные различия истинную картину заболеваемости, или же они являются следствием субъективного восприятия симптомов респираторного заболевания.

В целом с ОРИ или лихорадкой обратились за медицинской помощью 51 процент детей (относительно небольшое количество выявленных случаев респираторной инфекции не позволило провести статистический анализ лечения в различных подгруппах детей).

Таблица 10.8 Распространенность и лечение острой респираторной инфекции и лихорадки

Процент детей до 5 лет с острой респираторной инфекцией, укороченным и частым дыханием, а также детей с лихорадкой в течение 2-х недель, предшествовавших исследованию и процент обратившихся за лечением. Туркменистан, 2000.

Показатели	Процент
Процент детей с ОРИ и кашлем	0.8
Процент детей с ОРИ обратившихся в мед.учреждение	50.9
Процент детей с лихорадкой	4.0
Процент детей с лихорадкой обратившихся в мед.учреждение	55.2
Количество детей	3,292

10.7 Лихорадка

Данные таблицы 10.8 свидетельствуют о том, что у 4 процентов больных детей имело место повышение температуры в течение двух недель, предшествовавших исследованию. Среди детей возрастной группы 6-11 и 12-23 месяцев (8 и 5 процентов соответственно) повышение температуры наблюдалось чаще, чем в других возрастных группах.

10.8 Диарея

Диарея, сопровождающаяся обезвоживанием, может серьезным образом отразиться на здоровье детей и часто является причиной младенческой и детской смертности.

В таблице 10.9 показано, что 3 процента детей в возрасте до пяти лет в течение двух недель, предшествовавших исследованию, страдали диареей. Частота диареи повышалась с возрастом, достигая пика в возрастной группе 6-11 и 12-23 месяца (т.е. в том периоде, когда ребенок начинает ползать и познавать окружающий мир). Наиболее выражены региональные различия. Дети г.Ашгабат и Марыйского веляята страдают диареей чаще (5 процентов), чем дети, проживающие в Дашогузском и Ахалском веляятах (1,5 и 2,2 процента соответственно).

Прием детьми большого количества жидкости является простой и эффективной мерой предупреждения развития тяжелых осложнений диареи. Повышенное количество жидкости должно назначаться в виде различных растворов (сахарно-солевых, водных), что, собственно, и входит в понятие орально-регидратационной терапии (ОРТ). Применение препарата Регидрон для ОРТ широко распространено в Туркменистане.

Всем женщинам, имевшим детей до пяти лет, задавались вопросы по уходу за ребенком с диареей, а именно: должно ли быть увеличено количество принимаемых жидкостей и твердой пищи, и слышала ли она о Регидроне, как о лечебном средстве при диарее. Большинство матерей были осведомлены о Регидроне (94 процента). Данные в таблице не представлены.

Матерям, имеющим детей до пятилетнего возраста, задавались вопросы о том, был ли у ребенка за прошедшие две недели эпизод диареи, лечила ли она диарею Регидроном или чем либо другим, и увеличивался или снижался ли при этом прием жидкостей. В таблице 10.10 показано, что 39 процентов детей с диареей обратились за помощью в медицинское учреждение, 47 процентов детей получали ОРТ (Регидрон), и 62 процента детей получали повышенное количество жидкостей. В целом для лечения 76 процентов детей с диареей применялись оральный регидратационный раствор и дача большого количества жидкости.

В таблице 10.11 обобщена информация о практике питания детей с диареей со слов матерей. Девяносто один процент детей с диареей получали обычное или повышенное количество жидкости и только 8 процентов ограничивали его.

10.9 Распространенность диареи

Процент детей до 5-летнего возраста с диареей в течение 2-х недель, предшествовавших исследованию, в зависимости от социально-биологических факторов. Туркменистан, 2000.

Социально-биологические факторы	Частота диареи за последние 2 недели	Кол-во детей
Возраст детей, мес		
< 6	1.5	356
6-11	6.5	336
12-23	6.2	646
24-35	1.9	629
36-47	2.4	690
48-59	1.5	635
	4.1	2.0
Пол		
Муж.	3.3	1,664
Жен.	3.1	1,628
Местожительство		
Город	4.7	1,310
Село	2.2	1,982
Регион		
г.Ашгабат	4.7	332
Ахал	2.1	466
Балкан	3.2	259
Дашогуз	1.5	735
Лебап	3.2	692
Мары	4.8	808
Образование		
Начальное/Среднее	2.9	2,305
Средне-специальное	3.2	742
Высшее	6.2	245
Национальность		
Туркменки	2.8	2,681
Узбечки	3.6	401
Другие	8.1	201
Всего	3.2	3,292

Таблица 10.10 Лечение диарей

Процент обратившихся за медицинской помощью, получивших орально-регидратационную терапию и обильное количество жидкостей, среди детей в возрасте до 5-ти лет, болевших диареей за последние 2 недели, предшествовавших исследованию в зависимости от социально-биологических факторов. Туркменистан, 2000.

Социально-биологические факторы	Обратились за помощью в мед.учр.	Орально-регидратационное лечение			Другое лечение			Домашние средства/ другое	Пропущено	Кол-во детей
		Регидрон	Увеличение приема жидк.	ОРТ+ жидкости	Таблетки/ Сироп	Инъекции	Инфузии			
Возраст детей, мес										
< 6	48.4	51.0	11.6	62.6	48.4	0.0	0.0	80.8	19.2	6
6-11	53.5	54.1	58.8	71.5	74.4	14.2	8.2	89.1	0.0	22
12-23	29.3	50.9	65.9	77.2	68.5	10.2	7.6	92.5	0.0	40
24-35	69.2	64.8	51.5	80.6	86.3	24.5	18.7	100.0	0.0	12
36-47	29.0	26.1	65.5	75.2	47.0	18.0	0.0	96.3	0.0	17
48-59	16.6	23.6	83.1	83.1	51.9	5.1	0.0	100.0	0.0	10
Пол										
Муж.	46.0	52.0	62.4	76.5	73.7	16.9	9.9	98.8	0.0	54
Жен.	30.5	41.0	60.6	75.1	57.2	8.4	3.1	87.4	2.1	51
Паритет родов										
1	30.2	31.6	56.6	67.9	58.5	3.8	0.0	89.7	2.7	39
2-3	45.1	55.4	59.6	77.5	69.9	17.1	9.1	94.7	0.0	57
4-5	32.5	44.3	94.6	100.0	61.7	35.5	26.0	100.0	0.0	7
6+	30.0	100.0	100.0	100.0	100.0	0.0	0.0	100.0	0.0	2
Местожительство										
Город	31.0	53.5	53.4	70.6	60.0	10.8	6.2	89.6	1.7	62
Село	49.2	37.0	73.1	83.4	73.9	15.6	7.3	98.6	0.0	43
Регион										
г.Ашгабат	21.7	52.9	23.0	64.6	33.0	0.0	0.0	88.7	0.0	16
Ахал	31.6	58.0	42.8	68.1	55.6	0.0	0.0	100.0	0.0	10
Балкан	30.7	52.9	69.7	77.2	60.8	7.5	7.1	78.0	0.0	8
Дашогуз	59.6	64.5	68.7	81.4	71.7	20.4	0.0	88.6	0.0	11
Лебап	35.6	41.2	58.9	77.6	90.6	6.0	0.0	89.7	4.9	22
Мары	44.5	38.3	79.5	79.5	67.0	24.1	16.4	100.0	0.0	39
Образование										
Начальное/Среднее	39.9	49.0	60.6	73.7	65.8	8.3	5.7	94.6	0.0	66
Средне-специальное	34.8	51.7	62.1	87.2	67.4	13.8	0.0	88.0	4.4	24
Высшее	38.5	28.7	64.6	67.1	62.6	31.2	21.5	95.9	0.0	15
Национальность										
Туркменки	33.9	49.7	66.5	81.3	65.5	12.1	7.5	93.7	1.4	74
Узбечки	70.1	58.7	54.1	82.9	93.8	17.8	0.0	83.3	0.0	14
Другие	31.7	23.8	46.2	46.2	43.1	11.6	8.6	100.0	0.0	17
Всего	38.5	46.7	61.5	75.9	65.7	12.8	6.6	93.3	1.0	105

Таблица 10.11 Практика питания во время диареи

Процентное распределение детей до 5 лет, болевших диареей в течение 2-х недель, предшествовавших исследованию, в зависимости от количества принятой твердой и жидкой пищи во время болезни и процент обратившихся за лечением. Туркменистан, 2000.

Практика питания	Всего
Количество жидкости	
Такое же как обычно	29.7
Больше	61.5
Меньше	7.8
Не знает/пропущено	1.0
Количество твердой пищи	
Такое же как обычно	31.5
Больше	4.5
Меньше	62.4
Не знает/пропущено	1.6
Всего	100.0
Количество детей	105

Г.Р.Джораева, Г.Е.Ходжаева, Т.Р.Тагирова

Эта глава посвящена нескольким важным аспектам питания детей и их матерей. Будут рассмотрены темы: 1) практика кормления детей, включая грудное вскармливание и введение дополнительного питания и использования при этом бутылок; 2) зависимость статуса питания детей до 5 лет от основных антропометрических параметров их матерей (вес, рост), полученных при исследовании; 3) уровни потребления витамина А, поливитаминных добавок, использования йодированной соли в домохозяйствах..

11.1 Грудное вскармливание и дополнительное питание

Х а р а к т е р вскармливания ребенка имеет большое значение для его здоровья. Питание принципиально определяет нутритивный статус ребенка и подверженность его заболеваниям. Грудное вскармливание, кроме того, влияет на фертильность **ж е н щ и н ы**. Продолжительность грудного вскармливания определяет продолжительность послеродовой аменореи и увеличение межродового интервала и снижение фертильности.

Начало грудного вскармливания

Раннее начало грудного вскармливания имеет много преимуществ. Для матери раннее кормление способствует выделению гормонов, сокращающих риск послеродового кровотечения. Для ребенка это возможность получить молозиво, содержание которого велико в первых порциях грудного молока. Молозиво богато антителами и защищает ребенка, пока у него не сформируется собственная иммунная система.

Таблица 11.1 Начало грудного вскармливания

Процент детей, родившихся в течение 5-ти лет, предшествовавших исследованию, когда-либо находившихся на грудном вскармливании, и процент детей, впервые приложенных к груди в течение 1-го часа, 1-го дня после родов, в зависимости от некоторых социально-биологических факторов. Туркменистан, 2000.

Социально-биологические факторы	Процент вскармливаемых грудью	Процент детей, апервые приложенных к груди после родов		Процент детей, получивших молозиво	Кол-во детей
		В течение 1-го часа	В течение 1-го дня ¹		
Пол					
Мальчики	97.1	17.0	75.1	18.9	1,830
Девочки	97.2	19.1	76.5	16.7	1,753
Местожительство					
Город	97.1	20.6	75.2	19.2	1,413
Село	97.2	16.3	76.1	16.9	2,171
Регион					
г.Ашгабат	95.7	18.4	72.2	17.9	356
Ахал	96.9	33.0	84.2	14.4	507
Балкан	97.5	41.1	82.9	22.8	277
Дашогуз	98.7	16.7	85.6	4.8	801
Лебап	98.4	8.2	67.4	31.8	729
Мары	95.4	11.5	68.1	18.3	914
Всего	97.1	18.0	75.8	17.8	3,583

Примечание. Цифры основаны на всех детях, родившихся в течение 5 лет, предшествовавших исследованию, независимо от того живы они или нет на момент интервью.

¹ Включает детей, впервые приложенных к груди в течение 1-го часа

² Дети, получившие регулярное грудное вскармливание в течение первых трех дней жизни; исключены дети, получившие простую воду.

Как видно из таблицы 11.1, почти все дети Туркменистана получали грудное вскармливание в различное время; 95 процентов и более детей в различных подгруппах получали грудное вскармливание. Как показывает таблица 11.1 лишь 18 процентов детей были впервые приложены к груди в течение первого часа, 76 процентов - в течение 1 дня после родов. Начало грудного вскармливания в течение первого часа после родов чаще имело место среди городских женщин (21 процент), чем сельских (16 процентов) и больше в Ахалском (33 процента) и Балканском (41 процент) веляях, чем в других регионах.

Практика дачи новорожденным какого либо питания в период после рождения и до материнского молока цветет пышным цветом. Так, из таблицы 11.1 видно, что 18 детей, родившихся в течении 5 лет, предшествовавших исследованию, получали такое питание в первые 3 дня после рождения. Новорожденные в Балканском и Лебапском веляях, а также новорожденные у матерей со средним и высшим образованием чаще получали такое питание, чем другие дети.

Статус грудного вскармливания и введение дополнительного питания

В соответствии с рекомендациями ЮНИСЕФ в первые 6 месяцев жизни дети должны находиться на исключительно грудном вскармливании; это значит, что ребенок должен получать только грудное молоко и никаких других дополнительных жидкостей (исключая чистую воду) или продуктов. Раннее дополнительное питание нежелательно по многим причинам. Раннее введение других жидкостей и продуктов может способствовать возникновению инфекции и диарей. Недоедание также рискованно. Дополнительное питание не может дать ребенку тех калорий, в которых он нуждается, в особенности если есть обезвоживание (дегидратация). Так как лактация зависит от интенсивности и частоты кормления, раннее дополнительное питание снижает лактацию, что вызывает риск недоедания.

Для получения информации об особенностях вскармливания детей, матерей расспрашивали о статусе грудного вскармливания всех детей в возрасте до 5 лет, который относился к 24 часам, предшествовавшим интервью, а также об использовании других жидкостей (любых) и продуктов в течение исследуемого периода времени. Эти данные, отражающие информацию об особенностях грудного вскармливания в зависимости от возраста и данные о применении дополнительного питания представлены в таблице 11.2 и рисунке 11.1.

Таблица 11.2 Статус грудного вскармливания									
Процентное распределение детей до трехлетнего возраста по статусу грудного вскармливания в зависимости от настоящего возраста, в месяцах. Туркменистан, 2000.									
Возраст в месяцах	Грудное вскармливание и						Всего	Бутылочное кормление	Кол-во детей
	Не вскармливается грудью	Исключительно ГВ	Только простая вода	Другие жидкости	Молоко	Дополнительное питание			
0-1	2.5	26.5	35.3	31.2	3.0	1.6	100.0	35.2	96
2-3	4.6	8.4	20.2	48.4	7.9	10.5	100.0	38.4	135
4-5	5.6	5.1	9.5	28.2	7.2	44.3	100.0	35.0	125
6-7	10.9	4.3	4.6	16.1	2.6	61.5	100.0	34.0	109
8-9	14.8	0.0	0.0	2.4	2.7	80.1	100.0	28.1	103
10-11	12.8	1.3	1.6	0.8	0.0	83.5	100.0	18.6	124
12-13	25.5	0.0	0.3	0.0	0.0	74.2	100.0	11.3	136
14-15	22.9	0.0	0.0	0.7	0.0	76.4	100.0	8.8	92
16-17	39.1	0.0	0.0	0.0	0.0	60.9	100.0	5.5	102
18-19	62.9	0.0	0.0	0.0	0.0	37.1	100.0	4.7	105
20-21	69.0	0.0	0.0	0.6	0.0	30.4	100.0	7.4	102
22-23	77.0	0.0	0.0	0.0	0.0	23.0	100.0	3.6	108
24-25	82.3	0.0	0.0	0.0	0.0	17.7	100.0	3.4	127
26-27	90.2	0.0	0.0	0.0	0.0	9.8	100.0	0.6	109
28-29	90.0	0.0	0.0	0.0	0.0	10.0	100.0	3.3	103
30-31	95.0	0.0	0.0	0.0	0.0	5.0	100.0	0.0	87
32-33	97.4	0.0	0.0	0.0	0.0	2.6	100.0	1.8	110
34-35	97.8	0.0	0.0	0.0	0.0	2.2	100.0	1.6	92

Примечание. Статус грудного вскармливания относится к 24 часам, предшествовавшим интервью

Данные представленные в таблице 11.2 и рисунке 11.1 показывают, что грудное вскармливание продолжается для большинства туркменских детей и после первого года жизни. В возрасте 12-13 месяцев почти три четверти детей находятся на грудном вскармливании, 61 процент детей 16-17 месяцев также продолжают получать грудь матери. Далее с возрастом это уменьшается и уже 1 из 6 детей в возрасте 24-25 месяцев продолжает получать грудное вскармливание.

Исключительное грудное вскармливание не получило еще распространения в Туркменистане. Как было отмечено выше, лишь малая часть детей получает эксклюзивное грудное вскармливание в первые 6 месяцев жизни. Таблица 11.2 показывает, что среди младенцев младше 2-х месяцев лишь 27 процентов получают только грудное молоко. Доля эксклюзивного вскармливания падает до 8 процентов среди детей 2-3 месяцев и 5 процентов среди детей 4-5 месяцев.

Это может быть связано с введением дополнительного питания в 6 месяцев, так как одно материнское молоко уже не может обеспечить адекватное питание ребенка. Данные таблицы 11.2 показывают, что большинство старших детей получают другие продукты или молоко в дополнение к грудному молоку.

В таблице 11.2 показано также использование бутылок при даче дополнительного питания. Бутылочное кормление нежелательно из-за потенциального негативного эффекта, которое оно может оказать на здоровье ребенка. Питание из бутылки с резиновой соской повышает риск заболевания, может быть причиной неспецифических диарей у детей раннего возраста, потому что трудно обеспечить стерильность сосок. Использование бутылок с сосками также укорачивает время, когда мать лишь благодаря послеродовой аменорее не рискует забеременеть, так как использование сосок уменьшает интенсивность грудного вскармливания и соответственно период послеродовой аменореи.

В целом, только небольшая часть туркменских детей получает бутылочное питание. В основном, это дети до 9 месячного возраста. Далее с увеличением возраста их число снижается.

Рисунок 11.1 Распределение детей по статусу грудного вскармливания в зависимости от возраста

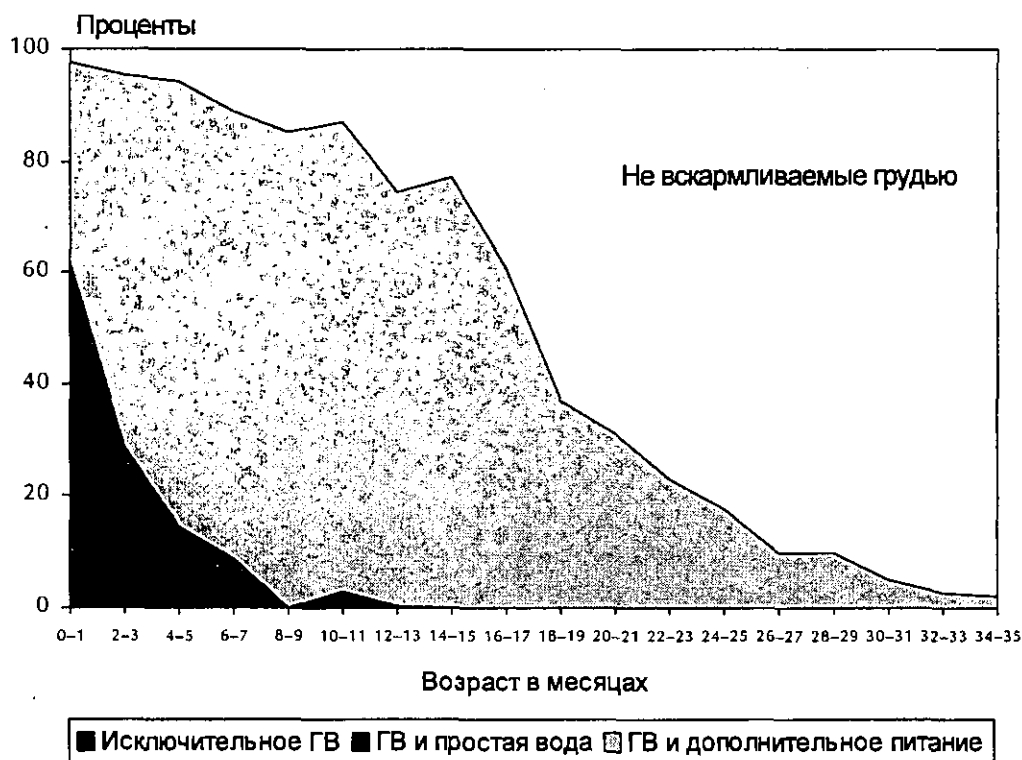


Таблица 11.3 Средняя продолжительность и частота грудного вскармливания

Средняя продолжительность любого, исключительного и полного грудного вскармливания детей до пятилетнего возраста в зависимости от социально-биологических факторов. Туркменистан, 2000

Социально-биологические факторы	Дети до 6-ти месячного возраста							
	Средняя продолжительность ГВ в месяцах ^{1,3}			Кол-во детей до пятилетнего возраста	Процент детей, получавших ГВ более 6 раз в предшествовавшие 24 часа	Среднее кол-во кормлений		Кол-во детей
	Любое ГВ	Исключительное ГВ	Полное ГВ ²			Днем	Ночью	
Пол								
Мальчики	17.9	0.6	4.4	996	95.6	6.2	2.9	181
Девочки	13.3	0.5	4.6	969	87.0	6.3	3.2	159
Местожительство								
Город	17.2	0.6	4.2	774	98.8	6.7	3.4	121
Село	17.8	0.4	4.6	1,190	94.8	6.0	2.9	219
Регион								
г. Ашгабат	15.1	1.5	4.0	198	100.0	6.8	4.2	40
Ахал	17.5	0.6	4.4	285	95.5	5.7	3.4	48
Балкан	20.8	0.8	4.8	156	90.5	6.9	2.6	24
Дашогуз	19.2	0.5	5.4	441	98.5	6.6	2.9	82
Лебан	18.0	1.4	4.9	419	97.1	6.5	2.6	81
Мары	16.7	0.4	3.3	466	92.8	5.5	3.1	65
Образование матери								
Начальное/среднее	17.7	0.5	4.5	1,406	96.1	6.3	3.1	257
Средне-спец.	17.1	0.4	3.6	413	97.5	6.6	2.9	59
Высшее	16.2	0.6	5.6	145	95.1	5.7	3.5	24
Национальность								
Туркменки	17.6	0.5	4.5	1,600	96.1	6.3	3.1	279
Узбечки	17.6	0.5	5.3	240	96.0	6.3	3.0	45
Другие	15.6	0.5	3.2	124	100.0	6.4	2.6	16
Всего	17.5	0.5	4.5	1,965	96.2	6.3	3.1	340
Среднее значение	18.3	1.6	5.3	99.5	-	-	-	-
Распространенность / число случаев ³	18.4	0.9	5.1	-	-	-	-	-

Примечание. Медиана и средняя основаны на текущем статусе.

¹ Основано на всех детях, независимо живы ли они или нет на время интервью..

² Исключены дети, по которым не получен достоверный ответ о продолжительности ГВ.

³ Либо ИГВ либо ГВ с приемом простой воды, жидкостей и/или соков

Средняя продолжительность и частота грудного вскармливания

В таблице 11.3 отражена средняя продолжительность грудного вскармливания. Таблица включает также два показателя средней продолжительности грудного вскармливания для всех детей до 3-х лет, первый основан на информации о текущем статусе, а второй рассчитан на основе соотношения фактической распространенности грудного вскармливания и численности детей, родившихся в анализируемый период. (prevalence-incidens technique)¹. Последние показатели представлены в сравнении с другими данными по средней продолжительности грудного вскармливания.

¹ По текущему статусу рассчитаны медиана и средняя продолжительность грудного вскармливания из числа детей находящихся на грудном вскармливании со слов матерей. Средняя и медиана продолжительности текущего статуса различны, так как на среднюю влияет малое число крайних членов величины высшего предела распределения, тогда как медиана не меняется. Средняя данного показателя выводится путем деления числа детей, находящихся на грудном вскармливании на момент исследования, на среднее число родов в течение этого периода.

Средняя продолжительность грудного вскармливания составила 17,5 месяцев. Длительность исключительного и полного грудного вскармливания меньше, чем рекомендуемые 6 месяцев (0,5 месяцев и 4,5 месяцев соответственно).

Принимая во внимание дифференциацию средней продолжительности грудного вскармливания, следует отметить, что не выявлено значительной разницы между мальчиками и девочками, между городом и селом. Следует отметить, что наименьшая средняя продолжительность грудного вскармливания в г.Ашгабате - 15, 1 месяц.

Частота грудного вскармливания в предшествующие 24 часа до исследования также дана в таблице 11.3. Продолжительность послеродовой аменореи у матерей зависит не только от продолжительности грудного вскармливания но от его частоты.

Среди детей до 6 месяцев 96 процентов получали грудное вскармливание более 6 раз в предшествующие 24 часа. По сообщениям матерей среднее число дневных кормлений составило 6,3 и ночных 3,1. Не выявлено различий в частоте грудного вскармливания в зависимости от основных социально-биологических факторов.

Дополнительное питание

В таблице 11.4. представлена информация о различных видах пищевых продуктов, которые давались детям в зависимости от статуса грудного вскармливания. В целом, результаты свидетельствуют о том, что туркменские матери не очень любят давать детям детское питание по сравнению с другими видами молока (свежее или консервированное) или другими жидкостями. Как ожидалось, молочные добавки включаются в питание раньше у детей, не получающих грудное вскармливание, чем среди детей, находящихся на грудном вскармливании.

Считается, что полутвердую или твердую пищу, фрукты и зелень (яблоки/сок, груши, помидоры) надо давать ребенку после отнятия от груди, затем зерновую пищу, мясо, рыбу, птицу. В общем, все эти продукты вводятся в питание раньше у детей, не находящихся на грудном вскармливании, чем у получающих грудь матери. Особенно в течение первого года жизни, детям, которые не вскармливаются грудью, больше любят давать эти продукты, чем детям, находящимся на грудном вскармливании. После 12 месяцев дети на грудном вскармливании продолжают получать их меньше, чем дети без грудного вскармливания в течение суток, предшествующих исследованию. После 12 месяцев 90 процентов детей с грудным вскармливанием и без него получают богатые витамином А.

11.2 Нутрициональный статус детей

Нутрициональный статус является определяющим фактором здоровья детей и их благополучия. Неадекватное и несбалансированное питание и хронические заболевания ассоциируются с нутрициональным статусом ребенка. ПМДТ 2000 г. включало сбор антропометрических данных как экспертную оценку нутриционального статуса детей раннего возраста в Туркменистане.

Оценка нутриционального статуса

Для оценки нутриционального статуса всем детям младше 6 лет проживающих в домохозяйствах измеряли рост и определяли вес. Используя антропометрические показатели, а также информацию о возрасте детей были рассчитаны три стандартных индекса физического развития, характеризующие нутрициональный статус ребенка:

- рост - возраст
- вес - рост
- вес - возраст

Таблица 11.4 Виды продуктов питания, полученные детьми за предшествующие сутки

Процент детей, потребивших различные виды продуктов питания в течении 24 часов, предшествовавших интгервью, в зависимости от статуса грудного вскармливания и возраста детей. Туркменистан, 2000

Возраст (в месяцах)	Детское питание	Др.моло- ко/сыр/ йогурт	Другие жидкос-ти	Крупы/ хлеб/ зерно /каши	Фрукты овощи	Бобовые	Мясо/ рыба/ яйца	Другая твёрдая пища	Пища богатая вит А	кол-во детей
ДЕТИ, ВСКАРМЛИВАЕМЫЕ ГРУДЬЮ										
< 2	2.2	0.9	34.5	0.0	1.6	0.0	0.0	1.6	1.6	93
2-3	6.6	12.1	64.4	3.0	5.7	0.5	0.0	7.4	4.3	129
4-5	6.5	34.9	79.0	30.9	31.5	0.0	8.0	43.2	27.9	118
6-7	5.4	44.9	89.6	53.6	57.1	2.2	26.6	68.4	54.4	97
8-9	8.6	78.1	95.4	83.7	90.4	14.7	51.9	93.3	87.0	88
10-11	3.2	82.1	95.8	90.6	91.5	15.8	61.3	95.8	83.5	108
12-13	2.5	91.5	98.4	95.5	95.4	13.8	74.5	98.4	88.4	101
14-15	3.0	85.0	96.3	96.8	96.3	25.4	84.6	99.1	86.7	71
16-17	0.0	91.4	99.0	96.9	99.0	29.0	81.9	100.0	95.2	62
18-23	4.2	94.6	99.3	99.3	98.1	21.8	82.9	99.3	96.8	96
24-35	0.0	91.2	100.0	98.7	100.0	17.7	84.1	100.0	93.3	53
<4	4.8	7.4	51.8	1.7	4.0	0.3	0.0	4.9	3.1	222
с 4 до 5	6.5	34.9	79.0	30.9	31.5	0.0	8.0	43.2	27.9	118
с 6 до 9	6.9	60.6	92.3	67.9	73.0	8.2	38.6	80.2	69.9	185
Всего	4.3	59.7	84.6	62.6	64.2	11.1	45.0	68.3	60.1	1,016
ДЕТИ, НЕ ВСКАРМЛИВАЕМЫЕ ГРУДЬЮ										
0-11	44.2	75.1	90.4	76.8	76.2	7.9	45.8	80.0	65.8	59
12-15	7.1	97.8	100.0	100.0	93.9	28.2	92.6	100.0	88.0	56
16-17	9.5	100.0	98.2	94.7	100.0	22.4	87.6	100.0	91.6	40
18-23	3.5	94.2	98.5	96.8	100.0	29.1	91.2	100.0	94.5	220
24-29	2.0	95.5	99.6	99.1	100.0	32.8	93.0	100.0	95.2	295
30-35	2.3	92.1	100.0	96.6	99.8	28.6	95.9	100.0	94.8	280
Всего	5.7	93.2	98.9	96.3	98.1	28.4	90.3	98.8	92.5	949

В соответствии с рекомендациями ВОЗ оценка нутриционального статуса в настоящем сообщении основана на сравнении трех индексов в популяции исследованных детей с литературными ссылками на эталонную популяцию детей с удовлетворительным питанием.

Использование эталонных популяций для идентификации недоедания у детей основано на том, что это население с полиоценным питанием, где дети во всех группах дают сходную прибавку веса и таким образом дают сходные распределения роста и веса в зависимости от возраста (). Одной из таких популяций, использованных в настоящем исследовании, является международная эталонная популяция, отобранная национальным центром по медицинской статистике США (NCHS) и принятая ВОЗ и Американским центром контроля за болезнями.

Каждый из индексов позволяет оценить в какой-то мере различные аспекты нутриционального статуса. Антропометрический индекс рост-возраст отражает ростовой показатель. Ребенок, у которого рост-возрастной индекс менее двух стандартных отклонений (-2 CO) от среднего значения эталонной популяции NCHS, расценивается как имеющий задержку в росте, или *низкорослый*, что отражает наличие у него хронической недостаточности питания. Если у ребенка значения данного показателя ниже трех стандартных отклонений (-3 CO), то такое состояние расценивается как выраженная задержка роста. Низкорослость ребенка может быть обусловлена недостаточно адекватным питанием в течении длительного времени или эффектом обострений хронических заболеваний. Индекс рост-возраст используется также как оценка недоедания в популяции за длительный период и подходит как не очень зависящий от сезона сбора данных.

Весо-ростовой индекс оценивает массу тела в зависимости от длины. Дети, имеющие значения показателя ниже двух стандартных отклонений от средней рекомендуемой величины (-2 CO), расцениваются как имеющие пониженный вес и умеренную степень *истощения*, и такое состояние отражает острую недостаточность питания, имевшую место в недавнем прошлом. Если у ребенка выявлено отклонение от средней на три стандартных отклонения (-3 CO), то состояние такого ребенка признается как истощение выраженной степени. Это отражает острую недостаточность питания, имевшую место в недавнем прошлом. Или это может быть результатом недавнего эпизода болезни или острого пищевого отравления

Весо-возрастной индекс является интегральным индексом роста-возрастного и весо-ростового. Дети, имеющие значения показателей ниже двух стандартных отклонений (-2 CO), но не ниже трех стандартных отклонений (-3 CO), расцениваются как имеющие умеренную степень недостаточности питания; если же значения показателей меньше трех стандартных отклонений (-3 CO), то это выраженная недостаточность питания. Однако ребенок может быть как низкорослым, так и истощенным, но эти два показателя имеют различную этнологию и последствия, следовательно, имеют различные пути решения.

Сбор антропометрических данных проводился во всех домохозяйствах в ПМДТ 2000 г. Антропометрия была проведена всем участницам исследования (женщины в возрасте 15-49 лет) и их детям, родившимся после 1995 года.

Уровень недостаточности питания детей

Таблица 11.5 показывает процент детей родившихся в течение 5 лет до ПМДТ, которые определены как имеющие недостаточность питания в соответствии с тремя оценками нутриционального статуса, т.е. роста-возрастной, весо-ростовой и весо-возрастной, в зависимости от некоторых демографических показателей.

При рассмотрении данных роста-возрастного индекса в таблице 11.5 видно, что 22 процента детей до 5 лет имеют умеренную задержку роста, а 7 процентов выраженное отставание в росте. Вероятность задержки связана с возрастом детей. Задержка роста быстро нарастает в связи с возрастом, от 9 процентов детей до 6 месяцев до 36 процентов среди детей 16-23 месяцев, далее уменьшается до 19 процентов среди детей от 4 и старше. Уровень задержки роста несколько выше у мальчиков, чем у девочек. Задержка выше среди детей от 6-х и более родов. Различия также зависят от межродового интервала. Дети, родившиеся раньше 24 месяца после предыдущего сибса более склонны к задержке роста, чем те, кто родился через 48 месяцев и более после предыдущего сибса.

Весо-ростовой индекс отражает недостаточность питания или истощение выраженной степени. В целом, около 6 процентов туркменских детей имеют недостаточное питание. Оно наиболее выражено среди детей в возрасте 6-9 месяцев (8 процентов), чем среди детей в возрасте до 6 месяцев (6 процентов) или 10-11 месяцев (3 процента). Уровень недостаточности питания среди детей 12-59 месяцев колеблется от 5 до 7 процентов. Относительно других демографических показателей, представленных в таблице 11.5, уровни недостаточности питания дают наименьшие колебания.

То, что 12 процентов детей до 5 лет имеют вес ниже возрастной нормы отражает эффект хронической и острой недостаточности питания. Наибольшее отклонение весо-возрастного индекса отмечается среди детей 12-15 месяцев (25 процентов), по сравнению с детьми более младшего и более старшего возрастов. Он увеличивается с паритетом родов и выше среди детей с интергенетическим интервалом менее 48 месяцев, чем среди родившихся с интервалом более 48 месяцев.

Таблица 11.6 отражает процент детей до 5 летнего возраста с недостаточностью питания в зависимости от социально-биологических показателей их матерей. Таблица 11.6 показывает также значение социально-биологических факторов в низкорослости. Дети из сельской местности более склонны к низкорослости, чем городские (24 и 20 процентов соответственно). Процент низкорослых варьирует в зависимости от места жительства, начиная с 13 процентов в г.Ашгабате и до 27 процентов в Дашогузском велаяте.

Таблица 11.6 Нутрициональный статус детей в зависимости от социально-биологических факторов

Процент детей в возрасте 0-59 месяцев с недостаточностью питания по трем антропометрическим индексам: рост/возраст, вес/рост и вес/возраст в зависимости от социально-биологических факторов. Туркменистан, 2000

Социально-биологические факторы	Рост/возраст		Вес/рост		Вес/возраст		Кол-во детей
	Процент ниже -3 CO	Процент ниже -2 CO ¹	Процент ниже -3 CO	Процент ниже -2 CO ¹	Процент ниже -3 CO	Процент ниже -2 CO ¹	
Местожительство							
Город	6.8	19.5	1.9	6.6	2.1	12.0	1,101
Село	7.7	24.1	0.9	5.2	1.5	12.0	1,827
Регион							
г.Ашгабат	7.9	13.3	3.9	10.9	2.6	11.7	228
Ахал	7.2	24.0	1.2	5.3	1.0	7.6	430
Балкан	4.2	14.3	1.3	3.8	2.7	11.6	247
Дашогуз	8.6	27.2	0.9	5.0	2.6	16.0	635
Лебап	7.0	21.9	0.6	3.6	1.3	12.1	668
Мары	7.7	23.1	1.2	7.6	1.1	11.2	720
Образование матери							
Начальное/среднее	7.7	23.4	1.0	5.4	1.8	12.3	2,054
Средне-спец.	6.5	20.0	1.6	5.8	1.7	11.8	662
Высшее	6.6	19.2	2.7	8.7	1.2	9.3	212
Национальность							
Туркменки	7.4	22.6	1.2	6.0	1.7	12.3	2,405
Узбечки	7.1	22.0	0.5	3.2	2.1	12.3	358
Другие	6.9	19.1	3.1	7.7	1.4	7.0	164
Всего	7.4	22.3	1.2	5.7	1.7	12.0	2,928

Примечание. Цифры даны по детям ПМДТ 2000 младше 5 лет. Каждый индекс выражается в значениях стандартных отклонений (CO) от средней величины эталонной популяции NCHS/CDC/WHO. Дети классифицировались как с недостаточностью питания при значении z-балла ниже минус два или три стандартных отклонения (-2 CO и -3 CO) от средней величины эталонной популяции.

¹ Включая детей с -3 CO

Уровень образования матерей влияет на уровень низкорослости. Среди детей у матерей без образования и начальным образованием 23 процента отстают в росте по сравнению с 20 и 19 процентами детей от матерей со средне-специальным и высшим образованием соответственно. Дети от матерей турменской и узбекской национальностей чаще отстают в росте, чем дети матерей другой национальности (23, 22 и 19 процентов соответственно).

Что касается весо-ростового индекса (степени истощения), таблица 11.6 показывает, что истощение более распространено среди детей г.Ашгабата и Марыйского ваята по сравнению с другими исследованными регионами. Удивительно, что дети от матерей с высшим образованием, чаще имеют пониженный вес, чем дети от матерей с более низким образованием. Кроме того, дети матерей-узбечек реже имеют пониженный вес, чем дети туркменок и женщин другой национальности.

При рассмотрении влияния хронической и острой недостаточности питания отмечается, что отставание в весе наиболее распространено среди детей, живущих в Дашогузском ваяте (16 процентов) в сравнении с детьми, проживающими в других регионах (от 8 до 12 процентов). Отклонения весо-ростового индекса меньше среди детей, чьи матери имеют высшее образование - 9 процентов, и среди детей другими социально-биологическими характеристиками - 7 процентов.

11.3 Статус питания женщин

В ПМДТ-2000 были собраны данные роста и веса женщин в возрасте 15-49 лет. Антропометрические измерения были выполнены у 7340 обследованных женщин. Три индекса статуса питания женщин представлены в настоящем отчете, рост, вес и индекс массы тела (ИМТ) - комбинированный индекс по данным роста и веса.

Таблица 11.7 отражает процентное распределение женщин в зависимости от роста. Рост женщин является результатом питания в детстве и отрочестве. Этот показатель является также полезным клиническим индикатором риска осложнений родов, особенно риска несоответствия размеров таза матери размерам головки плода. Риск осложнений в родах выше у низкорослых женщин. Женщины с ростом в пределах 140-150 см относятся к группе риска. Средний рост женщины по оценкам ПМДТ-2000 составил 159 см. Около 5 процентов женщин низкорослые, меньше 1 процента ниже 145 см и 4 процента имеют рост 145-149 см.

Низкий вес женщины вне беременности ассоциируется с неблагоприятным исходом беременности, хотя с ростом женщины также необходимо считаться. В Туркменистане средний вес женщин 15-49 составил 60 кг, исключая женщин которые были беременны или имели роды в течение двух месяцев исследования.

Индекс массы тела (ИМТ), который, который дает соотношение роста и веса, является лучшей оценкой статуса питания женщин, чем рост и вес в отдельности. Наиболее часто используется индекс массы тела (ИМТ), который вычисляется путем деления веса в килограммах на рост в квадратных метрах ($\text{кг}/\text{м}^2$). Значения ИМТ менее $18,5 \text{ кг}/\text{м}^2$ относятся к состоянию энергетической недостаточности для небеременных женщин. Другими словами для небеременных женщины ИМТ считаются нормальными если их ИМТ соответствует 25,0-29,9 и имеют ожирение, если ИМТ больше 30,0.

Как показывает таблица 11.7, среднее значение ИМТ, включая и беременных, составляет $23,5 \text{ кг}/\text{м}^2$. 10 процентов женщин имеют ИМТ ниже $18,5 \text{ кг}/\text{м}^2$, уровень показателя соответствует хронической энергетической недостаточности. Как отмечалось выше, основная доля женщин (29 процентов) имеет ИМТ от 25,0 и выше, при этом 10 процентов имеет ИМТ от 30,0 и выше, т.е. страдают ожирением.

Таблица 11.8 показывает среднюю величину роста и ИМТ и процентное распределение женщин по ИМТ-индексу в зависимости от основных социально-биологических факторов. Там отмечены минимальные колебания среднего веса женщины, представлены процентное распределение женщин с ИМТ ниже 18,5. Женщины в возрасте 15-19 лет имеют чаще недостаточность питания, это же касается проживающих в сельской местности, особенно в балканском и

Таблица 11.7 Антропометрические индексы в оценке статуса питания женщин

Среднее значение, стандартное отклонение и процентное распределение всех женщин по росту, весу и индексу массы тела (ИМТ). Туркменистан, 2000.

Показатели	Процент	Распределение, включая пропущенных женщин
Рост (см.)		
Среднее значение	159.0	-
Стандартное отклонение	5.8	-
130.0-134.9	0.0	0.0
135.0-139.9	0.1	0.1
140.0-144.9	0.6	0.6
145.0-149.9	4.3	4.2
150.0-154.9	18.2	17.8
155.0-159.9	32.1	31.5
160.0-164.9	28.9	28.3
165.0-169.9	12.3	12.1
170.0-174.9	2.9	2.8
175.0-179.9	0.4	0.4
>= 180.0	0.1	0.1
Пропущено	-	2.1
Кол-во женщин	7,754	7,919
Вес (кг.)		
Среднее значение	59.5	-
Стандартное отклонение	13.1	-
35.0-39.9	1.1	1.1
40.0-49.9	22.1	21.6
50.0-59.9	37.3	36.5
60.0-69.9	21.6	21.6
>=70.0	17.5	17.1
Пропущено	-	2.0
Кол-во женщин	7,319	7,472
ИМТ ($\text{кг}/\text{м}^2$)		
Среднее значение	23.5	-
Стандартное отклонение	5.0	-
12.0-15.9	0.9	0.8
16.0-16.9	2.0	1.9
17.0-18.4	7.0	6.9
18.5-20.4	19.1	18.6
20.5-22.9	26.5	26.0
23.0-24.9	15.9	15.6
25.0-26.9	9.3	9.1
27.0-28.9	6.6	6.4
29.0-29.9	2.6	2.5
>=30.0	10.0	10.0
Пропущено	-	2.2
Кол-во женщин	7,308	7,472

Примечание. ИМТ не определен для беременных женщин и женщин, родивших за менее 3-х месяцев, предшествовавших исследованию.

Таблица 11.8. Нутрициональный статус женщин в зависимости от социально-биологических характеристик

Средний рост, процент женщин с ростом ниже 145 см, средний индекс массы тела (ИМТ), процентное распределение по ИМТ ниже 18,5 и более 25,0, mean DHS Z-score женщин в возрасте 15-49 лет в зависимости от социально-биологических факторов. Туркменистан, 2000.

Социально-биологические факторы	Рост			Вес/возраст			Mean DHS Z-score	Процент < 2СО	Кол-во женщин	
	Среднее значение	Процент <145 см	Кол-во женщин	Среднее значение ИМТ	Процент <18,5	Процент >30,0				Кол-во женщин
Возраст, лет										
15-19	158.6	0.8	1,548	21.3	16.2	1.6	1,517	-0.5	4.3	1,512
20-24	159.3	0.2	1,517	21.9	12.3	3.0	1,351	-0.3	3.2	1,347
25-29	159.8	0.4	1,236	22.9	11.3	7.4	1,088	-0.4	5.1	1,086
30-34	159.3	0.9	1,033	24.0	7.6	11.7	972	-0.3	6.4	966
35-39	158.6	0.9	944	24.8	6.1	14.9	922	-0.3	8.2	920
40-44	158.6	1.2	830	26.4	4.6	21.3	821	0.2	5.2	821
45-49	158.2	1.2	645	27.2	3.1	28.0	645	0.4	3.3	645
Местожительство										
Город	159.4	0.9	3,563	23.9	9.4	11.8	3,392	-0.1	4.5	3,384
Село	158.6	0.6	4,191	23.2	10.2	9.0	3,923	-0.3	5.4	3,914
Регион										
г.Ашгабат	160.3	1.2	957	24.2	7.1	12.4	907	-0.1	3.3	905
Ахал	159.6	0.5	1,134	23.6	8.7	10.6	1,066	-0.2	4.2	1,062
Балкан	158.5	0.8	702	23.6	13.4	12.1	675	-0.3	7.5	672
Дашогуз	158.0	1.2	1,608	23.1	10.4	8.4	1,511	-0.3	5.8	1,506
Лебап	158.9	0.6	1,602	23.7	8.4	10.5	1,494	-0.2	3.7	1,494
Мары	159.0	0.4	1,751	23.3	11.5	9.7	1,663	-0.3	5.9	1,660
Образование										
Начальное/среднее	158.7	0.8	5,696	23.3	10.6	9.5	5,372	-0.3	5.3	5,357
Средне-спец.	159.7	0.9	1,516	24.2	8.0	13.0	1,435	-0.1	4.4	1,433
Высшее	160.2	0.0	542	24.1	8.1	10.6	508	-0.2	3.7	508
Образование										
Туркменки	158.9	0.6	6,073	23.4	10.1	9.9	5,724	-0.2	5.1	5,709
Узбечки	158.4	1.0	847	23.5	8.0	9.5	789	-0.2	4.5	788
Другие	160.3	1.1	834	24.0	9.8	13.6	803	-0.2	4.9	802
Всего	159.0	0.7	7,754	23.5	9.8	10.3	7,316	-0.2	5.0	7,298

Марыйском велаятах, а также женщин с начальным и средним образованием. Туркменки и женщины других национальностей более склонны к недостаточности питания, процент ИМТ ниже 18,5 у них выше, чем у узбечек.

11.4 Микроэлементы

Витамины

Витамин А и другие микроэлементы, такие как йод, содержатся в небольших количествах в некоторых продуктах питания. Они являются основой нормального зрения, роста и развития. Например, витамин А способствует росту тела и обеспечивает устойчивость к инфекциям и диареем. Выраженный дефицит витамина А ведет к ухудшению зрения включая ночную слепоту.

В таблице 11.9 представлена информация о детях до 3-х лет, употребляющих богатые витамином А продукты питания, такие как тыква, морковь, зелень, мясо, домашняя птица, рыба или яйца. 80 процентов детей в Туркменистане получают пищу, богатую витамином А, отмечают небольшие различия в процентах детей, получающих пищу, богатую витамином А по возрасту, полу, номеру беременности, месту проживания, региону и возрасту матери.

Таблица 11.9 Микроэлементы

Процент живых детей младше трех летом, матери которых употребляли пищу богатую витаминами и процент детей, которые принимали мультивитамины в течение 6 месяцев, предшествовавших исследованию, в зависимости от социально-биологических факторов. Туркменистан, 2000.

Социально-биологические характеристики	Процент детей младше 3 лет, которые получили					Кол-во живущих детей	Процент рожденных позднее детей младше 3 лет у которых	
	Пищу богатую вит А	Мультивитамины в предшествующие 6 мес	Уровень йода в соли 0	Уровень йода в соли <15	Уровень йода в соли 15+		Матери принимали препараты железа 90 и более дней во время беременности	Кол-во рожденных позднее живых детей
Возраст (в месяцах)								
<7	17.9	5.5	10.3	10.3	77.1	409	12.4	417
7-11	87.0	18.0	10.7	12.7	74.2	283	8.9	301
12-17	95.0	16.8	12.0	11.1	74.6	329	10.1	339
18-23	99.2	19.9	8.6	14.7	74.3	315	11.1	273
24-25	99.2	17.4	11.2	10.6	76.1	628	10.6	449
Пол								
Мальчики	79.3	16.7	11.0	11.5	75.1	996	11.0	918
Девочки	80.3	13.9	10.3	11.7	75.8	969	10.5	861
Порядок родов								
Первые роды	79.8	16.9	8.8	13.5	75.3	660	9.0	522
2-3	80.7	14.9	11.0	10.3	75.8	941	11.9	890
4-5	76.6	15.0	12.6	12.9	74.3	268	9.5	271
6+	81.0	9.9	14.4	7.7	77.3	96	12.8	95
Местожительство								
Город	81.3	18.1	12.1	12.8	72.6	774	8.7	727
Село	78.8	13.6	9.7	10.8	77.4	1,190	12.1	1,052
Регион								
г.Ашгабат	79.4	17.4	6.4	12.3	75.0	198	2.9	188
Ахал	81.5	6.8	11.3	9.4	78.1	285	0.0	258
Балкан	82.6	13.6	19.6	14.0	65.9	156	1.5	143
Дашогуз	75.4	11.4	11.3	9.0	78.4	441	43.0	386
Лебап	78.2	25.8	11.5	11.9	76.0	419	2.6	370
Мары	83.6	14.6	7.7	14.1	74.0	466	1.7	434
Возраст матери								
15-19	65.2	6.3	13.8	6.4	79.8	40	11.8	42
20-24	75.6	14.8	8.2	13.2	77.8	601	11.2	522
25-29	81.5	16.3	11.2	11.1	73.9	727	10.6	637
30-34	83.4	15.0	11.2	11.0	75.4	384	10.2	358
35-39	79.6	15.1	14.5	9.1	74.7	160	10.9	168
40-44	88.7	16.8	12.0	15.4	72.6	44	5.7	43
45-49	100.0	24.6	20.2	17.1	62.7	9	27.4	9
Всего	79.8	15.3	10.7	11.6	75.5	1,965	10.7	1,779

Таблица 11.9 также показывает процент детей до 3-х лет, получающих со слов матери поливитамины в течение 6 месяцев, предшествовавших исследованию. Видно, что 15 процентов детей в Туркменистане получают поливитамины в капсулах или таблетках. Здесь обнаружены различия, связанные с половой принадлежностью. Мальчики чаще получают поливитамины, чем девочки (17 и 14 процентов соответственно); отмечаются различные, связанные с очередностью рождения ребенка. Процент детей, получающих поливитамины выше в городе, чем на селе (18 и 14 соответственно).

Получение поливитаминов выше среди детей г.Ашгабата (17 процентов) и Лебапского велаята (26 процентов) в сравнении с другими регионами Туркменистана. Кроме того, по результатам исследования получение витаминов выше у детей, родившихся у матерей в возрасте 45-49 лет (25 процентов), чем у других детей, которые получают поливитамины в 15 и 17 процентах случаев.

Таблица 11.10 Йодированная соль в домохозяйствах

Процентное распределение домохозяйств по уровню йодирования соли т в зависимости от социально-биологических факторов. Туркменистан, 2000.

Социально-биологические факторы	Тестируемые соли	Общее кол-во домохоз-в	Уровень йодирования соли в обследованных домохозяйствах			Кол-во обследованных домохозяйств		
	Процент	Число	Необнаружен	Недостаточный <15	Соответствующий >=15	Пропущено	Всего	Кол-во
Местожительство								
Город	99.9	3,174	11.9	11.3	74.8	2.0	100.0	3,171
Село	99.9	3,128	10.5	11.7	75.9	1.9	100.0	3,126
Регион								
г.Ашгабат	99.8	959	7.4	8.3	81.5	2.9	100.0	957
Ахал	100.0	859	10.9	7.4	80.5	1.2	100.0	859
Балкан	99.8	642	17.8	13.5	68.5	0.2	100.0	641
Дашогуз	99.8	1,054	11.2	10.5	77.0	1.2	100.0	1,053
Лебал	99.9	1,350	11.1	14.6	73.1	1.2	100.0	1,350
Мары	100.0	1,436	11.2	13.1	72.0	3.7	100.0	1,436
Всего	99.9	6,301	11.2	11.5	75.3	1.9	100.0	6,297

Употребление йодированной соли

Йод также необходимый микроэлемент. Снижение йода в питании ассоциируется со многими проблемами, включая выкидыши, а у детей замедляет умственное развитие. Туркменистан имеет адаптированные программы фортификации соли йодом для профилактики йоддефицита.

В ПМДТ-2000 содержание йода определяли при обследовании домохозяйств с использованием экспресс-метода представленным ЮНИСЕФ. Тест-кит состоит из ампулы с стабилизированным раствором крахмала и кислотно-основного раствора. При попадании крахмального раствора на соль, употребляемую в домохозяйстве получали изменение окраски. Интвьюеры сравнивали цвет окрашенной соли с контрольной индикаторной полосой и определяли уровень ее йодирования.

Таблица 11.10 показывает процент домохозяйств, использующих йодированную соль. В целом, содержание йода в соли достигает 15 мкг в 75 процентах домохозяйств. В 12 процентах домохозяйств содержание йода в соли было ниже 15 мкг, а в 11 процентах домохозяйств употреблялась нейодированная соль. По месту жительства доля домохозяйств, употребляющих нейодированную соль колеблется от 7 процентов в г.Ашгабате до 18 процентов в Балканском велаите. Здесь же даны различия между городом и селом по употреблению йодированной соли.

Г.К.Каррыева, А.Магтымова, Алмаз Шарман

12.1 Обзор проблемы

Анемия - это состояние, характеризующееся снижением количества эритроцитов и концентрации гемоглобина в крови. Гемоглобин необходим для транспорта кислорода в ткани и органы тела. Снижение доступа кислорода к органам и тканям когда снижается уровень гемоглобина обуславливает многие симптомы которые испытывает человек с анемией. Последствия анемии заключаются в общей слабости, утомляемости и сниженной сопротивляемости к болезням. Анемия может быть частью серьезных проблем для беременных женщин, и привести к преждевременным родам и рождению маловесного ребенка. Анемия у детей приводит к нарушению психо-моторного и физического развития. В целом, риск заболеваемости и смертности возрастает по мере нарастания анемии.

Исследование гемоглобина является первостепенным методом диагностики анемии. В ПМДТ-2000 входило прямое исследование уровня гемоглобина у всех женщин в возрасте 15-49 лет и их детей в возрасте до 5 лет (рожденных после января 1995г). В ПМДТ-2000 для измерения гемоглобина была использована система GemoCue. Эта система состоит из портативного фотометра и микрокюветы со слоем сухого реагента приспособленной для забора крови. После получения согласия респондентов, в случае с детьми, их матерей, одну каплю капиллярной крови из пальца или пятки набирали в микрокювету. Кровь в микрокювете анализировалась с использованием фотометра, на дисплее которого появлялось значение концентрации гемоглобина.

В проведении исследования участвовал обученный медицинский персонал, в основном врачи, приписанные к ПМДТ. Ответственные за исследования получили обстоятельное аудиторное обучение и полевую практику до проведения настоящего исследования.

В ходе полевых работ, респонденты получали результаты исследования тотчас же. В случае, когда показатель гемоглобина был ниже 7,0 г/д (грамм на децилитр), респондентам рекомендовалось обратиться в местное учреждение здравоохранения. С разрешения респондентов, в Министерство здравоохранения и медицинской промышленности Туркменистана сообщалось имя человека с показателем гемоглобина ниже 7,0 г/д, для обеспечения ему помощи при обращении.

Анемия классифицировалась как тяжелая, выраженная и умеренная в зависимости от концентрации гемоглобина в крови. *Умеренная анемия* диагностировалась при концентрации гемоглобина 10-10.9 г/дл для беременных женщин и детей младшего возраста, и 10.0 -11.9 г/дл для небеременных женщин. Для всех исследованных *выраженная анемия* при концентрации гемоглобина 7.0-9.9 г/дл; и *тяжелая анемия* при концентрации гемоглобина ниже 7 г/дл.

12.2 Распространенность анемии среди женщин

В таблице 12.1 представлены уровни анемии среди женщин в возрасте 15-49 лет обследованных в ходе ПМДТ-2000. Едва ли не каждая вторая женщина имела ту или иную степень анемии: 1 процент - тяжелую, 8 процентов- выраженную и 38 процентов- умеренную степень.

В зависимости от возраста выраженная и тяжелая степень анемии чаще отмечалась у женщин старшего возраста по сравнению с молодыми женщинами. частота выраженной и тяжелой степени анемии среди женщин 45-49 лет в 3 раза выше чем у женщин в возрасте 15-19 лет.

Высокая частота выраженной и тяжелой степени анемии обнаружена среди женщин Балканского и Дашогузского велаятов (15 и 12 процентов соответственно), у примерно 6 процентов женщин г.Ашгабат диагностирована выраженная и тяжелая степени анемии.

Таблица 12.1 Анемия среди женщин

Процент женщин в возрасте 15-49 лет, классифицированных как имеющие анемию, в зависимости от социально-биологических факторов. Туркменистан, 2000.

Социально-биологические факторы	Процент женщин с:			Кол-во женщин
	Тяжелой анемией ¹	Выраженной анемией ²	Умеренной анемией ³	
Возраст, лет				
15-19	0.5	4.1	33.0	1,534
20-24	0.6	7.1	38.6	1,507
25-29	1.3	9.6	38.4	1,228
30-34	1.3	9.5	43.4	1,028
35-39	1.4	10.6	38.6	943
40-44	1.4	11.3	38.5	832
45-49	1.8	10.2	35.3	642
Местожительство				
Город	1.1	7.6	36.7	3,528
Село	1.0	9.0	38.7	4,186
Регион				
г.Ашгабат	0.8	5.0	31.0	928
Ахал	1.0	6.4	37.4	1,130
Балкан	1.8	12.8	44.9	705
Дашогуз	1.8	10.5	40.1	1,606
Лебап	0.9	6.4	30.6	1,601
Мары	0.9	9.5	43.4	1,744
Образование				
Нач/Среднее	1.1	8.7	38.3	5,678
Средне-спец	1.0	7.8	37.2	1,502
Высшее	0.5	6.3	34.3	534
Национальность				
Туркменки	1.1	8.6	37.8	6,051
Узбечки	1.2	9.0	38.2	846
Другие	1.0	5.9	37.2	817
Всего	1.1	8.4	37.8	7,714

¹ Уровень гемоглобина ниже 7 г/дл

² Уровень гемоглобина 7-9.9 г/дл

³ Уровень гемоглобина 10 - 11.9 г/дл (10 - 10.9 г/дл для беременных женщин)

Женщины с высшим образованием реже страдали анемией, чем женщины с начальным или средне-специальным образованием. Выраженная и тяжелая степени анемии в зависимости от этнической принадлежности чаще отмечались у женщин туркменской и узбекской национальностей (10 процентов соответственно) по сравнению с женщинами из других этнических групп (7 процентов).

Имеются некоторые различия в уровнях анемии в зависимости от характера пищи и репродуктивного здоровья. Таблица 12.2 показывает, что среди женщин частота выраженной и тяжелой анемии была выше у женщин с индексом массы тела (ИМТ) менее 18.5 (11 процентов), по сравнению с теми, у которых ИМТ был более высоким (9 процентов). Распространенность выраженной и тяжелой степени анемии была выше у женщин с двумя или более родами (12 процентов), что почти в два раза выше, чем у женщин с меньшим количеством родов или отсутствием беременностей (6 и 5 процентов соответственно). Обнаружена относительно малая связь между межродовым интервалом и частотой анемии.

Изучено влияние использования ВМС на возникновение дефицита железа и железodefицитных анемий. Таблица 12.2 показывает, что женщины, использующие ВМС как метод контрацепции, несколько чаще имеют выраженную и тяжелую степени анемии (12 процентов), по сравнению с женщинами, не использующими ВМС (9 процентов). В ходе ПМДТ-2000, были обследованы на предмет анемии 25 процентов женщин Туркменистана в возрасте 15-49 лет, использовавших ВМС на момент исследования.

Таблица 12.2 Анемия среди женщин в зависимости от нутриционального статуса, репродуктивной жизни и использования ВМС

Процент женщин в возрасте 15-49 лет, классифицированных как имеющих анемию, в зависимости от нутриционального статуса, репродуктивной жизни и использования ВМС. Туркменистан, 2000.

Социально-биологические факторы	Процент женщин с:			Кол-во женщин
	Тяжелой анемией ¹	Выраженной анемией ²	Умеренной анемией ³	
ИМТ				
ИМТ<18.5	1.3	9.8	39.2	732
ИМТ>18.5	1.0	8.3	37.8	6,954
Репродукт. жизнь				
Небеременные	0.5	4.9	34.0	2,875
Количество родов < 2	0.5	5.9	35.6	3,658
Количество родов ≥ 2	1.6	10.6	40.0	4,036
Средний межродовый интервал < 24 мес	1.9	10.4	39.1	1,516
Средний межродовый интервал > 24 мес	1.5	12.0	41.5	1,340
Использование ВМС				
Использующие ВМС	1.7	9.8	44.0	1,923
Неиспользующие ВМС	0.9	7.9	35.9	5,771
Всего	1.1	8.4	37.9	7,694

¹ Уровень гемоглобина ниже 7 г/дл

² Уровень гемоглобина 7 - 9.9 г/дл

³ Уровень гемоглобина 10 - 11.9 г/дл

12.3 Дополнительное введение препаратов железа в течение беременности

Применение железосодержащих препаратов во время беременности - одна из главных составляющих Программы профилактики и борьбы с анемией (ПБА), проводимой в Туркменистане ЮНИСЕФ ЦАРК. Правительство Туркменистана поддержало программу обеспечения женщины железосодержащими препаратами во время беременности и послеродовом периоде.

Рекомендуемая доза препарата беременным женщинам составляет в настоящее время 60 мг железа в день в течение шести месяцев. Эта доза может быть увеличена до 120 мг в случае, если продолжительность приема препарата небольшая. Дополнительно к приему таблеток железа рекомендуется прием 400мкг фолиевой кислоты, что не только предупреждает мегалобластическую анемию, но и существенно снижает риск развития аномалий нервной трубки. (Stoltzfus and Dreyfuss, 1998).

В ПМДТ 2000 года женщин спрашивали, принимали ли они железосодержащие препараты во время последней беременности. Как показано в таблице 12.3, в Туркменистане 32 процента женщин в течение последней беременности принимали препараты железа, в среднем в течение 14 дней. Применение таблеток железа наиболее характерно для Дашогузского ваята, где принимавшие их женщины составили 70 процентов. Ахалский ваят имеет самый низкий процент женщин, принимавших таблетки во время последней беременности (10 процента). Однако, средняя продолжительность приема препарата среди женщин Ахалского ваята (19 дней) была наибольшей по сравнению с другими регионами Туркменистана.

Использование железосодержащих таблеток более распространено среди женщин-узбечек (53 процента), по сравнению с женщинами туркменской и других национальностей (29 и 32 процента соответственно). Значимых различий в процентах женщин, принимавших препараты железа в зависимости от возраста, места жительства и уровня образования не обнаружено.

Таким образом, несмотря на усилия, применяемые в целях широкого использования железосодержащих препаратов, больше половины женщин в Туркменистане не получали их во время последней беременности. Даже те, кто их принимал, принимали препараты железа в течение небольшого промежутка времени, который был короче, чем рекомендуемый.

12.5 Распространенность анемии среди детей

В таблице 12.4 представлены показатели распространенности анемии среди детей в зависимости от социально-биологических характеристик. Тридцать шесть процентов детей до пяти лет страдают различной степенью анемии; из них 16 процентов - выраженной, а 1 процент - тяжелой степенью анемии.

Как и в случае с женщинами, здесь также имеются существенные различия в показателях гемоглобина в зависимости от места проживания, уровня образования матери и национальной принадлежности. Частота выраженной и тяжелой анемии среди детей, проживающих в сельских районах, была почти в два раза выше, чем среди городских детей (18 и 15 процентов соответственно). Аналогично показателям анемии среди женщин, уровень выраженной и тяжелой анемии был самый высокий среди детей, проживающих в Балканском и Дашогузском вelayах (24 и 25 процентов соответственно). Низкий уровень выраженной и тяжелой анемии отмечен среди детей, проживающих в Марыйском и Ахалском вelayах: 7 и 10 процентов соответственно. В г.Ашгабате как и в Марыйском и Ахалском вelayах не было случаев тяжелой анемии среди проживающих там детей. Средние уровни выраженной и тяжелой анемии среди детей проживающих в г.Ашгабате и Лебапском вelayах, составили 19 и 20 процентов соответственно.

Таблица 12.4 также показывает, что дети, чьи матери имеют начальное или среднее образование, чаще страдают анемией, чем дети матерей, имеющих средне-специальное или высшее образование. Выраженная и тяжелая анемия среди детей-туркмен (16 процентов) относительно ниже чем у детей узбекской и других национальностей (20 и 19 процентов соответственно).

В таблице 12.5 представлена распространенность анемии среди детей Туркменистана в зависимости от демографических характеристик и нутритивного статуса. Выраженная и тяжелая степени анемии чаще отмечены у мальчиков, чем у девочек (18 и 15 процентов соответственно); у детей младше 24 месяцев (19 процентов) по сравнению с детьми старше 24 месяцев (16 процентов). Видимой зависимости частоты анемии у детей от порядкового номера родов и межродового интервала не обнаружено. Рассматривая массо-ростовые показатели детей при рождении (со слов матерей) в связи с уровнями выраженной и тяжелой анемии, можно заметить, что дети, имевшие при рождении массу менее 2,5 кг чаще страдали анемией, чем дети имевшие вес при рождении более 2,5 кг (24 процента и 16 процентов соответственно).

Анализ распространенности анемии в зависимости от нутритивного статуса, выявил большие различия уровней выраженной и тяжелой степени анемии в зависимости от индекса задержки роста и весо-возрастного индекса. Частота выраженной и тяжелой степени анемии среди детей чей росто-возрастной индекс был ниже 2СО составила 23 процента, среди детей с индексом более 2СО таких было 15 процентов. Частота выраженной и тяжелой анемии среди детей с весо-возрастным индексом ниже 2СО была 26 процентов по сравнению с 15 процентами детей, чей индекс был выше 2СО.

Таблица 12.3 Применение препаратов железа

Процент женщин, применявших препараты железа, и среднее количество дней приема во время текущей или последней беременности, в зависимости от социально-биологических факторов. Туркменистан, 2000.

Социально-биологические факторы	Применение препаратов железа во время беременности или после родов		
	Процент принимавших препараты	Среднее кол-во дней	Кол-во опрошенных женщин
Возраст, лет			
15-19	32.9	8.1	42
20-24	33.9	13.6	579
25-29	30.7	15.2	831
30-34	33.1	13.1	581
35-39	33.5	14.0	304
40-44	29.9	15.1	107
45-49	30.0	10.0	26
Местожителство			
Город	31.5	15.4	1,052
Село	33.0	12.9	1,417
Регион			
г.Ашгабат	36.2	18.5	266
Ахал	10.3	18.8	352
Балкан	17.4	10.6	215
Дашогуз	69.6	15.1	520
Лебап	29.7	11.9	513
Мары	18.9	11.1	603
Образование			
Нач/Среднее	31.4	14.1	1,715
Среднес-спец	34.3	13.0	560
Высшее	35.1	15.6	194
Национальность			
Туркменки	29.3	13.8	1,992
Узбекки	53.4	14.5	295
Другие	31.5	14.7	182
Всего	32.3	14.0	2,470

Таблица 12.4. Анемия среди детей

Процент детей до пяти лет, классифицированных как имеющих анемию, в зависимости от социально-демографических факторов. Туркменистан, 2000.

Социально-биологические факторы	Процент детей с:			Кол-во детей	Невзвешенное кол-во
	Тяжелой анемией ¹	Выраженной анемией ²	Умеренной анемией ³		
Местожительство					
Город	0.3	18.0	22.6	1,115	1,115
Село	0.8	14.6	17.2	1,835	1,770
Регион					
г. Ашгабат	0.0	19.3	20.8	228	130
Ахал	0.0	10.1	20.4	444	420
Балкан	1.2	23.2	25.8	258	359
Дашогуз	1.3	23.9	27.0	574	972
Лебап	0.9	19.3	21.6	683	552
Мары	0.0	6.7	8.1	763	488
Образование					
Начальное/среднее	0.6	15.1	18.8	2,076	2,081
Средне-специальное	0.7	16.3	21.8	667	662
Высшее	0.1	22.5	16.0	207	178
Национальность					
Туркменки	0.5	15.3	18.4	2,444	2,290
Узбечки	1.4	18.9	25.3	340	473
Другие	0.3	18.8	19.8	166	158
Всего	0.6	15.9	19.3	2,950	2,921

¹ Уровень гемоглобина ниже 7 г/дл

² Уровень гемоглобина 7-9.9 г/дл

³ Уровень гемоглобина 10 - 10.9 г/дл

Таблица 12.5 Анемия среди детей в зависимости от демографических характеристик и нутритивного статуса

Процент детей до пяти лет, классифицированных как имеющих анемию, в зависимости от демографических характеристик. Туркменистан, 2000.

Социально-биологические факторы	Процент детей с:			Кол-во детей	Неизвестное кол-во
	Тяжелой анемией ¹	Выраженной анемией ²	Умеренной анемией ³		
Пол					
Муж.	0.8	17.4	18.2	1,492	1,490
Жен.	0.3	14.3	20.4	1,458	1,431
Возраст в мес					
0-24 мес	0.5	18.0	19.3	601	583
24-29 мес	0.6	15.4	19.2	2,349	2,338
Порядок родов					
1	0.7	15.4	17.7	985	957
2-3	0.4	16.8	19.2	1,366	1,344
4-5	0.9	15.0	22.8	426	436
6+	0.4	13.6	19.7	174	184
Межродовый интервал					
Первые роды	0.7	15.4	17.8	990	963
< 24 мес	0.7	16.6	19.7	706	694
24-47 мес	0.5	16.0	20.1	869	880
48+	0.2	15.7	20.4	384	384
Вес при рождении					
менее 2,5 кг	2.5	21.2	20.5	138	138
2,5 кг и более	0.5	15.6	19.2	2,812	2,783
Рост/возраст					
< 2СО	1.1	21.6	19.5	660	675
> 2СО	0.4	14.2	19.2	2,290	2,246
Вес/рост					
< 2СО	0.7	18.6	15.4	173	159
> 2СО	0.6	15.7	19.5	2,777	2,762
Вес/возраст					
< 2СО	1.2	24.5	22.7	348	357
> 2СО	0.5	14.7	18.8	2,602	2,564
Всего	0.6	15.9	19.3	2,950	2,921

¹ Уровень гемоглобина ниже 7 г/дл

² Уровень гемоглобина 7-9.9 г/дл

Ш.М. Тураева, А.Ю. Хайтова, Джереми М. Салливан

Синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД) – это состояние, вызываемое вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), который ослабляет иммунную систему и делает организм восприимчивым ко всем другим видам инфекции, особенно к таким как туберкулез и пневмония.

ВИЧ/СПИД – это пандемия, случаи заболевания встречаются практически в каждой стране мира. В настоящее время число ВИЧ-инфицированных в мире составляет 32.2 миллиона среди взрослых и 1 миллион среди детей. Всемирной Организацией Здравоохранения (ВОЗ) определено, что 11 миллионов взрослых и 3 миллиона детей, инфицированных ВИЧ, уже умерли с начала пандемии (Fauci and Lane, 2000).

По сравнению с другими странами Туркменистан не затронут эпидемией ВИЧ/СПИД. В настоящее время имеется один известный случай СПИДа и один ВИЧ-положительный больной в Туркменистане. Несмотря на это, Министерство здравоохранения и медицинской промышленности, осознавая потенциальную опасность проблемы ВИЧ/СПИД, при содействии программы ООН/СПИД разработало национальную программу по предотвращению СПИДа (МЗ и МПТ, 1999). Эта программа является всесторонней и включает такие компоненты как повышение знаний населения о СПИДе и БППП с вовлечением средств массовой информации, защита национального банка крови, уделено внимание наркомании, повышению использования презервативов и предоставлению ухода и поддержки ВИЧ-инфицированным больным.

Принятая национальная программа в Туркменистане также уделяет внимание факту роста БППП. И хотя уровень БППП в Туркменистане на порядок ниже, чем в сопредельных странах, беспокоит факт семикратного увеличения случаев заболевания сифилисом за период с 1992 по 1997 годы, количество случаев заболевания составило 45 на 100,000 населения. Наркомания является другим фактором, сопутствующим эпидемии СПИДа во многих странах, и также имеет тенденцию к росту и увеличилась в 4 раза с 1992 по 1997 годы (53 случая на 100,000 населения).

В ПМДТ 2000 включен раздел ВИЧ/СПИД для того, чтобы дать базовую информацию об уровне осведомленности и знаний о ВИЧ/СПИД среди женщин репродуктивного возраста. Вопросы касались поведенческих особенностей, которые снижают риск инфицирования вирусом СПИДа; отношения к ВИЧ-инфицированным и отношения к информации, передаваемой средствами массовой информации (радио, телевидение о ВИЧ/СПИДе). Определялся также уровень знаний о БППП и о том, где можно приобрести презервативы. В этой главе суммирована информация на национальном уровне, а также по географическим и социально-биологическим подгруппам населения.

13.1 Знания о ВИЧ/СПИДе

У респондентов ПМДТ спрашивали, слышали ли они когда-нибудь о таком заболевании, как СПИД. Данные, представленные в таблице 13.1, показывают, что знание СПИДа широко распространено, хотя и не полно, среди большинства женщин. Более 73 процентов респондентов ответили, что они слышали о СПИДе. Среди определенных групп населения процент женщин, ответивших, что они знают о СПИДе, был ниже национального уровня: среди женщин 15-19 лет (58 процентов), незамужних женщин (64 процента), сельских жительниц (67 процентов), жительниц Балканского вейлата (56 процентов) и женщин с начальным/средним образованием (67 процентов).

Респондентам, которые слышали о СПИДе, также задавались следующие вопросы: «Можно ли избежать заражения вирусом СПИДа?» и «Что человек может сделать, чтобы избежать СПИДа?». Таблица 13.1 показывает, что приблизительно три четверти женщин, которые слышали о СПИДе, верят в то, что болезнь можно избежать. Таким образом, 50 процентов всех респондентов слышали о СПИДе и верят что болезнь можно предупредить.

Отмечаются существенные различия по социально-биологическим характеристикам в числе респондентов, ответивших, что болезнь можно предотвратить. Понимание того, что болезнь можно предотвратить наиболее низко среди женщин 15-19 лет (32 процента), незамужних женщин (38 процентов), сельских женщин (49 процентов) и женщин с начальным/средним образованием и без образования (40 процентов).

13.2 Знания о возможности предотвращения инфицирования ВИЧ

Респондентов, которые осведомлены о ВИЧ/СПИДе и которые ответили, что болезнь можно как-либо предотвратить, спрашивали "Что нужно сделать?". При этом учитывался спонтанный ответ о том, сколько путей профилактики ВИЧ/СПИДа знают респонденты. Эта информация является полезной для определения процента респондентов, которые могут определить методы защиты против ВИЧ-инфекции, а также для определения характера заблуждений относительно заражения ВИЧ/СПИДом.

В таблице 13.2 показано, что 50 процентов респондентов, которые знают о ВИЧ/СПИДе и верят в то, что болезнь можно избежать, только 2 процента не смогли назвать специфические пути профилактики ВИЧ/СПИДа. Среди специфических путей профилактики заболевания наиболее часто упоминались 2 метода: не иметь половых связей с проститутками и иметь

только одного полового партнера, хранить верность одному партнеру (оба эти пути были упомянуты 22 процентами респондентов). Другими наиболее часто упоминаемыми респондентами методами являются отказ от сексуальных отношений и использование презервативов (по 16 процентов). Значительный процент респондентов также указали отказ от инъекций (10 процентов) и отказ от переливания крови (7 процентов).

Неверная информированность о путях передачи ВИЧ/СПИДа встречалась довольно редко. Только небольшой процент респондентов заявили о том, что предохранение от поцелуев является одним из методов защиты от заражения ВИЧ/СПИДом (1,6 процента) и, что инфекция может передаваться через укусы комара (0,2 процента).

Таблица 13.1 Знания о СПИДе

Процентное распределение женщин, слышавших когда-либо о ВИЧ/СПИДе и знающих пути профилактики ВИЧ/СПИДа, в зависимости от социально-биологических характеристик. Туркменистан, 2000.

Социально-биологические характеристики	Слышали о СПИДе	Верят, что СПИД можно предупредить	Кол-во женщин
Возраст			
15-19	58.2	31.5	1,547
20-24	70.5	42.7	1,541
25-29	81.2	58.2	1,256
30-39	78.6	59.0	2,034
40-49	76.9	57.4	1,513
Семейное положение			
Замужем/живут вместе	77.4	55.6	4,892
Разведена/не живут вместе или вдова	77.2	56.9	463
Не была замужем	64.0	37.9	2,563
Местожительство			
Город	80.1	59.2	3,691
Село	66.9	41.9	4,228
Регион			
г.Ашгабат	86.1	69.8	1,038
Ахал	73.9	51.6	1,145
Балкан	56.3	44.1	709
Дашогуз	69.7	44.1	1,628
Лебап	76.2	43.5	1,607
Мары	71.8	50.7	1,791
Образование			
Начальное/среднее	66.6	40.2	5,800
Средне-специальное	88.8	72.3	1,556
Высшее	96.3	87.9	563
Всего	73.1	49.9	7,919

Таблица 13.2 Знание путей профилактики ВИЧ/СПИД

Процент женщин относительно их знаний о профилактике ВИЧ/СПИД, Туркменистан, 2000.

Пути избежания ВИЧ/СПИДа	Кол-во женщин
Не знает о СПИДе и путях его профилактики	48.1
Путей профилактики СПИДа нет	2.0
Не знает о специфических путях ¹	1.8
Воздержание от половых связей	15.7
Использование презервативов	16.1
Наличие одного полового партнера/верность одному партнеру	
Ограничение количества половых партнеров	21.7
Избегать половых отношений с проститутками	8.8
Избегать половых отношений с гомосексуалистами	22.1
Избегать половых отношений с наркоманами	0.8
Избегать переливаний крови	4.7
Избегать инъекции	7.4
Не пользоваться чужой бритвой/лезвием	9.6
Избегать поцелуев	0.3
Избегать укусов комаров	1.6
Избегать лечения у знахарей	0.2
Другое	0.2
	1.2
Всего	7,919

¹Включает лица, знающие о СПИДе, но спонтанно не назвавшие какой-либо специфический путь

13.3 Прогнозируемые основы поведения, снижающие риск заболевания

Отказ от сексуальных отношений, использование презервативов и ограничение числа сексуальных партнеров определяются как прогнозируемые пути предотвращения заболевания ВИЧ/СПИД. Согласно этому в дополнение к заданным респондентам вопросам для получения спонтанных ответов о путях предотвращения заражения СПИДом, респондентов спрашивали "Думают ли они, что риск заражения вирусом ВИЧ/СПИД можно снизить, если: 1)отказаться от половых связей, 2) ограничить число сексуальных партнеров или 3) использовать презерватив.

В таблице 13.3 представлена информация о проценте женщин, которые спонтанно либо в ответ на специфический вопрос сообщили о знании трех прогнозируемых путей снижения риска заболевания. Более 53 процентов всех респондентов не сослались ни на один из трех специфических путей снижения риска (27 процентов респондентов ответили, что знают о СПИДе, а другие 26 процентов, что они слышали о СПИДе, но ничего не знают о путях передачи заболевания). Из оставшихся 46 процентов респондентов знают хотя бы один путь профилактики 13 процентов, более одного пути знают 34 процента.

Более 37 процентов респондентов сообщили , что отказ от всех половых контактов снизит риск заболевания СПИДом, 43 процента считали, что этого можно добиться ограничением числа сексуальных партнеров и 31 процент ответили, что использование презервативов также предотвращает СПИД. Существенно важные различия в понимании путей, снижающих риск заболевания СПИДом, отмечены в зависимости от социально-биологических характеристик. Например, процент респондентов, сообщивших, что использование презервативов сможет снизить риск заболевания, был наименьшим среди женщин 15-19 лет (15 процентов), незамужних женщин (20 процентов), сельских женщин (21 процент) и женщин с начальным/средним образованием (22 процентов).

Таблица 13.3 Знания специфических путей профилактики ВИЧ/СПИД

Процентное распределение женщин относительно их знаний путей профилактики ВИЧ/СПИД, и процент женщин знающих два способа избегания ВИЧ/СПИД, в зависимости от социально-биологических характеристик. Туркменистан, 2000.

Социально-биологические факторы	Пути профилактики ВИЧ/СПИД					Специфические пути профилактики ВИЧ/СПИДа			Кол-во женщин
	Не знает о ВИЧ/СПИДе	Знает о ВИЧ/СПИДе но не знает как избежать	Один способ	Два или более способа	Всего	Воздержания от половых контактов	Использование презерватива	Ограничение числа половых партнеров	
Возраст									
15-19	41.7	31.1	6.3	20.8	100.0	20.5	15.4	22.8	1,574
20-24	29.5	30.1	7.0	33.5	100.0	30.3	26.7	35.1	1,541
25-20	18.8	25.5	5.5	50.3	100.0	45.2	38.9	51.8	1,256
30-39	21.4	22.0	5.8	50.8	100.0	45.7	38.4	52.8	2,034
40-49	23.1	22.1	8.0	46.7	100.0	41.5	36.1	50.9	1,513
Семейное положение									
Замужем/живут вместе	22.6	24.2	6.0	47.2	100.0	41.9	36.0	49.6	4,892
Разведена/не живут вместе/вдова	22.8	22.8	7.2	47.2	100.0	42.4	39.1	49.4	463
Не была замужем	35.9	29.9	7.3	26.9	100.0	26.1	20.4	28.8	2,563
Местожителство									
Город	19.9	23.6	6.7	49.7	100.0	42.6	42.8	50.7	3,691
Село	33.0	28.0	6.3	32.7	100.0	31.8	21.0	36.1	4,228
Регион									
г.Ашгабат	13.9	17.9	8.3	59.8	100.0	46.0	56.2	61.5	1,038
Ахал	26.1	30.7	6.2	37.0	100.0	31.1	30.3	40.9	1,145
Балкан	43.7	13.0	4.6	38.7	100.0	36.4	31.6	39.0	709
Дашогуз	30.3	28.6	9.2	31.9	100.0	30.7	21.8	37.1	1,628
Лебал	23.8	35.0	5.4	35.8	100.0	33.5	26.5	36.6	1,607
Мары	28.1	22.2	4.9	44.7	100.0	43.9	29.8	45.8	1,791
Образование									
Начальное/Среднее	33.4	29.1	5.7	31.8	100.0	30.3	22.2	33.9	5,800
Средне-специальное	11.2	19.7	8.3	60.9	100.0	53.1	51.4	63.3	1,556
Высшее	3.7	10.8	9.8	75.6	100.0	58.5	68.0	78.9	563
Всего	26.9	25.9	6.5	40.6	100.0	36.8	31.2	42.9	7,919

13.4 Знание вопросов, связанных с ВИЧ/СПИД

Респондентам, которые знают о СПИДе, задавались вопросы для того, чтобы определить глубину их знаний. Вопросы задавались для того, чтобы выяснить может ли внешне выглядящий здоровым человек быть носителем вируса СПИДа, может ли СПИД передаваться от матери к ребенку и знает ли респондент кого-либо, кто заразился СПИДом либо умер от СПИДа. Результат опроса представлен в таблице 13.4, процентное распределение респондентов в зависимости от специфических знаний (иными словами, респонденты ответившие, что знают о СПИД, включены в анализ как лица которым недостает знаний о СПИДе).

Таблица 13.4 Знание вопросов, связанных с ВИЧ/СПИД

Процентное распределение женщин по ответам на различные вопросы, связанные с ВИЧ/СПИД, в зависимости от социально-биологических характеристик. Туркменистан, 2000.

Социально-биологические факторы	Процент респондентов, которые считают, что внешне выглядящий здоровым человек может быть носителем вируса СПИДа	Процент респондентов ответивших, как СПИД может передаваться от матери к ребенку			Процент респондентов знающих кого-либо кто заразился СПИДом	Кол-во женщин
		Во время родов	В течение беременности	Через грудное молоко		
Возраст						
15-19	36.7	38.9	43.1	39.0	1.1	1,574
20-24	48.1	55.1	58.0	53.5	1.3	1,541
25-29	56.6	64.7	68.9	64.5	1.7	1,256
30-39	56.1	64.9	68.7	64.4	1.0	2,034
40-49	53.9	64.1	66.8	63.2	1.5	1,513
Семейное положение						
Замужем/живут вместе	54.1	63.3	66.6	62.8	1.4	4,892
Разведена, не живет вместе или вдова	58.7	64.5	68.1	61.7	1.4	463
Не была замужем	41.7	45.6	49.6	45.0	1.1	2,563
Местожительство						
Город	58.3	64.0	67.8	61.9	1.4	3,691
Село	43.4	52.1	55.4	52.7	1.2	4,228
Регион						
г.Ашгабат	63.7	70.5	73.6	62.7	1.5	1,038
Ахал	46.3	64.8	66.2	59.5	0.4	1,145
Балкан	48.7	48.3	49.2	48.6	0.5	709
Балкан	43.8	56.4	59.5	60.5	1.5	1,628
Дашогуз	45.0	58.2	61.4	54.7	0.4	1,607
Лебап	56.7	49.9	57.0	54.2	2.6	1,791
Мары						
Образование						
Начальное/среднее	43.4	50.7	54.0	51.0	1.3	5,800
Средне-специальное	66.4	73.4	78.0	71.3	1.4	1,556
Высшее	77.9	85.3	89.2	78.8	1.3	563
Всего	50.3	57.6	61.2	57.0	1.3	7,919

Важным моментом предотвращения заражения ВИЧ/СПИДом являются знания о том, что человек может быть инфицирован в результате незащищенного полового акта лицом, который выглядит здоровым, но является носителем ВИЧ/СПИД. Таблица 13.4 показывает, что 50 процентов респондентов знают, что выглядящий здоровым человек может быть носителем вируса СПИДа.

В отношении передачи заболевания от матери к ребенку в течение беременности, родов либо кормления грудью 57-61 процентов респондентов ответили, что такой путь возможен.

Процент респондентов, которые лично знали кого-либо, кто был ВИЧ-инфицированным либо умер от СПИДа были очень мал - 1 процент. Не вызывает сомнений тот факт, что ВИЧ/СПИД является на данный момент редким явлением в Туркменистане.

13.5 Социальные аспекты профилактики и уход за больным ВИЧ/СПИД

Таблица 13.5 Обсуждение с партнером вопросов, касающихся ВИЧ/СПИД

Процентное распределение женщин, состоящих в браке или проживающих вместе по факту обсуждения со своим супругом/партнером вопросов профилактики ВИЧ/СПИД, в зависимости от социально-биологических характеристик. Туркменистан, 2000.

Социально-биологические факторы	Обсуждение с партнером путей профилактики инфицирования СПИД			Всего	Кол-во женщин
	Да	Нет	Не слышала о СПИДе		
Возраст					
15-19	10.3	51.1	38.5	100.0	83
20-24	22.5	49.2	28.4	100.0	682
25-29	29.8	51.9	18.3	100.0	1,015
30-39	28.8	49.2	22.0	100.0	1,791
40-49	24.5	52.3	23.3	100.0	1,321
Местожителство					
Город	30.3	52.0	17.8	100.0	2,307
Село	23.4	49.4	27.2	100.0	2,585
Регион					
г.Ашгабат	31.4	55.7	12.9	100.0	639
Ахал	3.6	74.2	22.2	100.0	699
Балкан	16.0	45.9	38.1	100.0	424
Дашогуз	23.7	49.3	27.1	100.0	950
Лебап	38.3	40.6	21.2	100.0	1,030
Мары	34.0	45.3	20.7	100.0	1,150
Образование					
Начальное/среднее	20.6	50.4	29.0	100.0	3,347
Средне-специальное	37.2	52.1	10.7	100.0	1,149
Высшее	46.8	48.4	4.8	100.0	396
Всего	26.7	50.6	22.7	100.0	4,892

Обсуждение вопроса профилактики ВИЧ/СПИД с супругом либо сожителем является важным поведенческим аспектом. Таблица 13.5 показывает процент женщин в настоящий момент состоящих в браке, которые когда-либо обсуждали пути профилактики СПИД со своим партнером. Приблизительно четверть (23 процента) замужних женщин не знают о СПИДе, половина женщин (50 процентов) знают о СПИДе, но не обсуждали вопросы профилактики СПИДа со своим партнером. И наконец более четверти респондентов (27 процентов) знают о СПИДе и обсуждали вопросы профилактики СПИДа со своим партнером.

Количество респондентов, обсуждавших со своим партнером вопросы профилактики СПИДа, наименьшее среди женщин возрастной группы 15-19 лет (10 процентов), сельских женщин (23 процента), жительниц Ахала (4 процента) и женщин с начальным/средним образованием (21 процент).

Социальные аспекты профилактики и ухода за больными ВИЧ/СПИД включают, среди прочих, негативное отношение к тем, кто является носителем СПИДа. Это осуждение связано с тем фактом, что в обществе преобладает мнение, что болезнь первично возникает среди ограниченных групп людей, таких как работники коммерческого секса и внутривенные наркоманы. Такое "клеймение" иногда выражается в открытой дискриминации, что принимается во внимание программами, несущими ответственность по уходу за больными ВИЧ/СПИД.

В ПМДТ респондентам, которые знают о СПИДе задавались вопросы для того, чтобы определить их отношение к ВИЧ-инфицированным. Например, респондентов спрашивали, считают ли они, что лицу зараженному СПИДом следует хранить свое заболевание в тайне или нужно сделать эту информацию доступной для всего общества..

Таблица 13.6 показывает, что небольшое количество респондентов (24 процента) считают, что лицу, инфицированному ВИЧ, следует держать эту информацию в тайне. В отношении того, чтобы ухаживать в своем доме за ВИЧ-инфицированным родственником, 45 процентов респондентов ответили, что они бы этого не сделали. Семьдесят три процента респондентов ответили, что ВИЧ-инфицированному лицу не следует разрешать работу вместе с другими людьми, в магазине или офисе.

Таблица 13.6 Социальные аспекты профилактики и ухода за больным с ВИЧ/СПИД

Процентное распределение женщин, знающих о СПИДе, по их ответу по различным социальным аспектам профилактики и ухода за больными с ВИЧ/СПИД, в зависимости от социально-биологических факторов. Туркменистан, 2000.

Социально-биологические факторы	Лицу, инфицированному ВИЧ не следует держать эту информацию в тайне	Не будет ухаживать за родственником, заболевшим СПИД-ом в собственном доме	Лицу, инфицированному ВИЧ, не следует работать вместе с другими людьми в магазине или офисе	Кол-во женщин
Возраст				
15-19	24.4	46.0	73.1	917
10-24	26.8	42.9	69.4	1,087
25-29	23.4	44.1	71.5	1,021
30-39	21.4	46.1	74.5	1,598
40-49	24.9	44.8	76.2	1,163
Семейное положение				
Замужем/живут вместе	23.3	44.8	73.8	3,787
Разведена, не живут вместе или вдова	25.8	41.9	71.4	358
Не была замужем	24.9	45.8	71.8	1,641
Местожительство				
Город	26.4	43.0	67.6	2,955
Село	21.4	46.8	78.8	2,831
Регион				
г. Ашгабат	26.4	38.5	58.8	894
Ахал	29.2	52.5	63.3	847
Балкан	36.1	32.1	56.2	399
Дашогуз	5.1	79.5	85.6	1,135
Лебап	39.9	25.4	76.0	1,225
Мары	16.4	36.3	81.0	1,286
Образование				
Начальное/среднее	22.9	47.1	76.6	3,862
Средне-специальное	26.1	42.4	67.5	1,382
Высшее	25.9	35.7	62.5	542
Всего	23.9	44.9	73.1	5,786

Результаты исследования показали негативное отношение к лицам, инфицированным ВИЧ, и наличие ошибочного мнения, что вирус может передаваться путем бытовых контактов с инфицированным лицом.

Таблица 13.7 Информация о СПИДе в средствах массовой информации

Процент женщин, знающих о СПИДе и считающих приемлемым обсуждение вопросов о СПИДе в средствах массовой информации (СМИ), в зависимости от социально-биологических факторов. Туркменистан, 2000.

Социально-биологические факторы	Приемлемость обсуждения вопросов о СПИДе в СМИ			Не следует обсуждать в любом СМИ	Кол-во женщин
	Радио	Телевидение	Газеты		
Возраст					
15-19	94.5	95.3	95.3	4.5	917
20-24	95.8	96.0	96.0	3.9	1,087
25-29	96.6	96.5	96.5	3.2	1,021
30-39	96.9	97.3	97.2	2.6	1,598
40-49	97.3	97.5	97.6	2.4	1,163
Семейное положение					
Замужем/живут вместе	96.9	97.1	97.1	2.7	3,787
Разведена, не живут вместе или вдова	97.0	97.2	97.2	2.8	358
Не была замужем	94.9	95.4	95.4	4.3	1,641
Местожителство					
Город	95.7	96.0	96.0	3.8	2,955
Село	97.0	97.3	97.3	2.6	2,831
Регион					
г.Ашгабат	95.1	95.9	95.7	4.1	894
Ахал	94.7	95.0	95.0	5.0	847
Балкан	89.1	90.3	90.9	9.1	399
Дашогуз	98.3	98.4	98.4	1.4	1,135
Лебап	97.3	97.3	97.3	2.5	1,225
Мары	97.9	98.1	97.9	1.8	1,286
Образование					
Начальное/среднее	95.2	95.7	95.6	4.2	3,862
Средне-специальное	98.4	98.4	98.5	1.4	1,382
Высшее	99.1	99.2	99.2	0.6	542
Всего	96.4	96.6	96.6	3.2	5,786

13.6 Возможность освещения ВИЧ/СПИД в средствах массовой информации

Респондентов, которые ответили, что знают о СПИДе, спросили: как они считают, можно ли передавать информацию о ВИЧ/СПИД через средства массовой информации, включая радио, телевидение, публикации в газетах. Как показано в таблице 13.7 более 35 процентов женщин ответили, что вполне допускают получение такой информации через средства массовой информации. Высокий процент приемлемости такой информации через средства массовой информации показан респондентами всех социально-биологических групп.

13.7 Знание признаков и симптомов болезней, передающихся половым путем

Существование таких *болезней, передающиеся половым путем* как сифилис, гонорея, хламидиоз увеличивает вероятность заражения ВИЧ. Следовательно, программы по профилактике ВИЧ/СПИД должны быть также направлены на профилактику и лечение других БППП. Углубление знаний о БППП и их симптомах, наряду с ориентацией на изменение полового поведения является важным компонентом таких программ.

Респондентам в ПМДТ 2000 года задавались вопросы о том, слышали ли они о других инфекциях, передаваемых половым путем, кроме СПИДа. Таблица 13.7 показывает, что только 48 процентов респондентов когда-либо слышали о каких-либо БППП кроме СПИДа. Это меньше, чем процент респондентов, ответивших что знают о СПИД (73 процента). Число женщин знающих о БППП было низким среди женщин 15-19 лет (29 процентов), незамужних женщин (35 процентов), сельских жителей (38 процентов) и женщин с низким уровнем образования (37 процентов).

Респондентов, знающих о БППП, спрашивали также о том, какие признаки или симптомы им известны, характерные для заболевшего мужчины или женщины. В целом, 28 процентов респондентов назвали 1 или более признаков или симптомов БППП у женщин. Семьдесят три процента респондентов не знали ни одного признака или симптома БППП у женщин (52 процента не знали о БППП и 21 процент не назвали ни одного симптома).

Таблица 13.8 Знание признаков и симптомов БППП

Процентное распределение женщин по знанию признаков и симптомов болезней, передающихся половым путем (БППП) у мужчин и женщин, в зависимости от социально-биологических факторов. Туркменистан, 2000.

Социально-биологические факторы	Знание симптомов БППП у мужчин				Знание симптомов БППП у женщин			Кол-во женщин
	Не знает о БППП	Не знает каких-либо симптомов БППП	Знает один симптом	Знает два или более симптомов	Не знает каких-либо симптомов БППП	Знает один симп-том	Знает два или более симптомов	
Возраст								
15-19	70.6	17.2	5.9	6.0	15.0	5.5	8.5	1,574
20-24	56.8	20.7	7.6	14.7	15.4	7.4	20.2	1,541
25-29	45.4	20.4	10.6	23.5	12.0	9.8	32.8	1,256
30-39	44.0	21.4	10.5	23.7	13.0	10.3	32.3	2,034
40-49	42.6	22.4	9.4	25.3	14.2	10.5	32.5	1,513
Семейное положение								
Замужем/живут вместе	45.8	21.1	10.1	22.7	13.0	9.9	31.0	4,892
Разведена, не живут вместе или вдова	39.8	23.0	9.4	27.8	14.4	12.7	33.1	463
Не была замужем	65.2	18.8	6.3	9.5	15.7	5.9	13.0	2,563
Местожителство								
Город	40.1	22.7	10.3	26.7	15.4	10.0	34.2	3,691
Село	61.9	18.6	7.6	11.8	12.7	7.7	17.5	4,228
Регион								
г.Ашгабат	30.3	19.4	13.6	35.7	15.5	11.9	41.4	1,038
Ахал	50.8	3.3	19.4	26.4	2.6	16.7	29.9	1,145
Балкан	60.6	15.3	8.1	15.9	9.9	6.9	22.5	709
Дашогуз	62.6	14.2	5.9	17.0	8.9	6.8	21.4	1,628
Лебап	39.7	41.6	6.4	12.2	26.5	8.9	24.8	1,607
Мары	62.3	20.8	4.4	12.5	15.2	4.3	18.2	1,791
Образование								
Начальное/среднее	62.7	17.8	7.9	11.5	12.7	8.1	16.3	5,800
Средне-специальное	24.7	27.1	12.6	35.3	16.7	11.5	46.8	1,556
Высшее	13.8	30.0	7.9	48.0	18.9	8.2	58.8	563
Всего	51.8	20.5	8.8	18.7	13.9	8.8	25.3	7,919

Знания респондентов о признаках БППП у мужчин были такими же недостаточными. В целом, только 34 процента респондентов назвали 1 или более специфических признаков или симптомов БППП у мужчин. В общем, 66 процентов респондентов не знают ни одного признака или симптома БППП у мужчин (52 процента не знают о БППП и 14 процентов не назвали ни одного симптома).

13.8 Сексуальное поведение

Пропаганда безопасного сексуального поведения является наиболее важным компонентом профилактики ВИЧ/СПИД в настоящее время. Этот компонент включает пропаганду ведения моногамного образа жизни, отказа от сексуальных контактов вне брака и использования презервативов, в особенности с новым партнером. Информация по половому поведению важна для планирования и мониторинга программы профилактики ВИЧ/СПИД.

В анкете ПМДТ 2000 были вопросы о половой активности респондентов в течение последних 12 месяцев с учетом типа партнерства (супруг, сожитель, случайный партнер). Такие вопросы помогли определить долю состоящих и не состоящих в браке респондентов, которые имели случайные половые отношения в недавнем прошлом.

В таблице 13.9 представлены результаты по замужним женщинам. В целом 3 процента замужних женщин сообщили, что имели половые контакты с кем-либо еще кроме своего супруга или сожителя в течение последних 12 месяцев. Этот процент имеет тенденцию к увеличению с возрастанием возраста респондентов и более высок для женщин, проживающих в городской местности (5,4 процента), по сравнению с сельскими женщинами (0,3 процента) и самый высокий среди жительниц г.Ашгабата (7,9 процента).

В таблице 13.10 показаны результаты опроса незамужних женщин. Около 3 процентов незамужних женщин сообщили, что имели половую связь за последние 12 месяцев. Число женщин, сообщивших о том, что они имели половой контакт, увеличивается с возрастом респондентов и наиболее высоко для женщин городской местности (4,6 процента) по сравнению с сельскими жительницами (1,2 процента) и

Таблица 13.9 Количество половых партнеров у женщин, состоящих в браке

Процентное распределение Женщин, состоящих в настоящее время в браке, по количеству половых партнеров в последние 12 месяцев, включая и исключая супруга/сожителя, в зависимости от социально-биологических характеристик. Туркменистан, 2000.

Социально-биологические факторы	Количество партнеров исключая супруга			Всего	Кол-во женщин
	0	1	2+		
Возраст					
15-19	100.0	0.0	0.0	100.0	83
20-24	98.2	1.8	0.0	100.0	682
25-29	95.9	3.8	0.3	100.0	1,015
30-39	97.4	2.5	0.0	100.0	1,791
40-49	97.0	2.7	0.2	100.0	1,321
Местожительство					
Город	94.3	5.4	0.3	100.0	2,307
Село	99.7	0.3	0.0	100.0	2,585
Регион					
г.Ашгабат	91.8	7.9	0.3	100.0	639
Ахал	98.3	1.7	0.0	100.0	699
Балкан	96.7	2.7	0.4	100.0	424
Дашогуз	99.5	0.5	0.0	100.0	950
Лебап	97.6	2.3	0.1	100.0	1,030
Мары	97.3	2.6	0.2	100.0	1,150
Образование					
Начальное/среднее	98.6	1.4	0.0	100.0	3,347
Средне-специальное	93.3	6.3	0.4	100.0	1,149
Высшее	96.3	3.7	0.0	100.0	396
Всего	97.1	2.7	0.1	100.0	4,892

наивысшее среди жительниц г.Ашгабата (5,6 процента). Нужно отметить, что почти все незамужние женщины, которые имели половые отношения в течение последних 12 месяцев, были ранее замужем, но на момент проведения обзора были либо в разводе, либо жили отдельно, либо овдовели. Среди респондентов, ранее состоявших в браке, 18 процентов сообщили, что имели половые связи в последние 12 месяцев.

Таблица 13.10 Количество половых партнеров среди незамужних женщин

Процентное распределение незамужних женщин, по количеству половых партнеров в последние 12 месяцев, в зависимости от социально-биологических характеристик. Туркменистан, 2000.

Социально-биологические факторы	Количество партнеров			Кол-во женщин
	0	1	Всего	
Возраст				
15-19	99.6	0.4	100.0	1,491
20-24	98.2	1.8	100.0	859
25-29	93.9	6.1	100.0	241
30-39	88.5	11.5	100.0	243
40-49	89.4	10.6	100.0	192
Семейное положение				
Разведена, не живет вместе или вдова	82.0	18.0	100.0	463
Не была замужем	100.0	0.0	100.0	2,563
Местожительство				
Город	95.4	4.6	100.0	1,383
Село	98.8	1.2	100.0	1,643
Регион				
г.Ашгабат	94.4	5.6	100.0	399
Ахал	98.8	1.2	100.0	447
Балкан	97.3	2.7	100.0	285
Дашогуз	98.3	1.7	100.0	678
Лебап	96.1	3.9	100.0	577
Мары	97.8	2.2	100.0	641
Образование				
Начальное/среднее	98.2	1.8	100.0	2,453
Средне-специальное	91.9	8.1	100.0	407
Высшее	96.1	3.9	100.0	166
Всего	97.2	2.8	100.0	3,027

13.9 Знания о презервативах

Знание и использование презервативов могут сыграть важную роль в профилактике СПИД. В таблице 13.11 приведена информация о знании презервативов среди женщин Туркменистана. В целом, среди всех респондентов 61 процент знают о мужских презервативах, 45 процентов знают место, где их можно приобрести. Но только 33 процента сообщили о том, что смогут сами приобрести презерватив если понадобится.

Знание и доступность презервативов широко варьируют в зависимости от социально-биологических характеристик респондентов. Молодые женщины, незамужние женщины, сельские женщины и менее образованные женщины меньше знают о презервативах, реже знают, где их можно приобрести, и меньше

Таблица 13.11 Знание, источник приобретения и использование мужского презерватива

Процент женщин знающих о мужском презервативе, источнике его приобретения и тех, кто сможет приобрести мужской презерватив в зависимости от социально-биологических характеристик. Туркменистан, 2000.

Социально-биологические факторы	Знают о мужском презервативе	Знают, где можно приобрести презерватив	Приобретут презерватив	Кол-во женщин
Возраст				
15-19	37.9	27.3	13.3	1,574
20-24	56.1	39.7	25.2	1,541
25-29	70.7	51.7	40.6	1,256
30-39	72.3	53.5	43.2	2,034
40-49	66.3	50.8	41.8	1,513
Семейное положение				
Замужем/живут вместе	69.7	50.3	40.9	4,892
Разведена, не живут вместе или вдова	71.0	59.6	47.8	463
Не была замужем	42.3	31.6	15.5	2,563
Место жительства				
Город	73.5	61.5	46.5	3,691
Село	49.9	30.2	21.4	4,228
Регион				
г. Ашгабат	81.5	74.4	61.2	1,038
Ахал	62.3	55.6	38.2	1,145
Балкан	56.9	38.8	28.4	709
Дашогуз	34.6	25.3	15.2	1,628
Лебап	76.0	56.6	43.0	1,607
Мары	60.0	30.3	22.8	1,791
Образование				
Начальное/среднее	51.4	34.3	23.8	5,800
Средне-специальное	84.9	70.2	54.8	1,556
Высшее	92.0	83.6	68.4	563
Всего	60.9	44.8	33.1	7,919

уверены в том, что они пойдут приобретать их. Это те же категории женщин, которые ранее были определены как имеющие наименьшие знания о ВИЧ/СПИД и менее знакомые с признаками или симптомами БППП.

13.10 Заключение

Обзор показал, что женщины репродуктивного возраста имеют ограниченный уровень знаний о ВИЧ/СПИД. Семьдесят три процента респондентов ответили, что слышали о ВИЧ/СПИД и только 50 процентов сообщили, что они смогут применить новое поведение, которые уменьшит риск заболевания. Об ограниченном уровне знаний по ВИЧ/СПИД свидетельствует и низкий процент женщин, сообщивших, что применение презервативов является одним из путей снижения риска заболевания. Немногие респонденты могут рассказать о расшифровке названия СПИД, а также имеют понятие о путях его передачи и способах поведения, снижающих риск возможного заражения.

Значительная разница в осведомленности по ВИЧ/СПИД была отмечена в зависимости от социально-биологических характеристик. Женщины в возрасте 15-19 лет (в некоторой степени и женщины 20-24 лет), незамужние женщины, сельские женщины и женщины с низким уровнем образования оказались менее

информированы. Таким образом, получается, что глубина знаний по ВИЧ/СПИД невысока в популяции женщин репродуктивного возраста и имеются специфические группы населения, на которые должны быть нацелены образовательные программы по ВИЧ/СПИД.

Обзор также показал, что в Туркменистане имеется социальное "клеймение", связанное с ВИЧ/СПИД. Высокий процент респондентов, которые слышали о СПИДе, считают, что инфицированные люди не должны держать эту информацию в тайне, и что она должна быть доступной для общества (76 процентов). В дополнение, сравнительно высокий процент респондентов считают, что инфицированное лицо не должно работать вместе с другими людьми, в магазине или офисе. Эти результаты показывают, что респонденты ошибочно считают, что вирус ВИЧ может передаваться в результате бытовых контактов.

Обзор четко показал, что много еще нужно сделать в области повышения образования населения по вопросам ВИЧ/СПИД. Для образовательных программ важно то, что 95 процентов респондентов считают возможным использование средств массовой информации (радио, телевидение, газеты) для

предоставления обучающей информации о ВИЧ/СПИД для широких масс населения.

Таким образом, хотя Туркменистан не находится во власти эпидемии СПИД, которая поразила многие страны мира, тем не менее большой акцент на образование в области профилактики ВИЧ/СПИД является наиболее желательным в настоящее время.

БИБЛИОГРАФИЯ

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

Институт акушерства и гинекологии МЗ Узбекистана и Macro International Inc. 1997. *Медико-демографическое исследование Узбекистана 1996 года*. Ташкент, Узбекистан: Институт акушерства и гинекологии МЗ Узбекистана и Macro International Inc.

Институт акушерства и педиатрии МЗ КР и Macro International Inc. 1998. *Медико-демографическое исследование Кыргызстана 1997 года*. Бишкек, Кыргызстан: Институт акушерства и педиатрии МЗ КР и Macro International Inc.

Шарманов Т.Ш. 1996. Анемия. *Медико-демографическое исследование Казахстана 1995 года*. Алматы, Казахстан: Институт питания МН-АН РК и Macro International Inc. с.153-163.

Bicego, G. and O.B. Ahmad, 1996. *Infant and child mortality*. DHS Comparative Studies No. 20. Calverton, Maryland: Macro International Inc.

Brozek, J. and B. Schurch. 1984. *Malnutrition and behavior: Critical assessment of key issues*. Nestle Foundation Publication Series Vol. 4. Lausanne, Switzerland: Nestle Foundation.

Church, M. and E. Koutanev. 1995. *Health sector indicators available through government institutions in the Central Asian region of the former Soviet Union*. Almaty, Kazakstan: Zdrav/Reform, Abt Associates, Inc.

Cohen, R.J., K.H. Brown, J. Canahuait, L.L. Rivera, and K.G. Dewey. 1994. Effect of age of introduction of complementary foods on infant breastmilk intake, total energy intake, and growth: A randomized intervention study in Honduras. *Lancet* 334(8918): 288-293.

Darsky, L.E. and N.B. Dworak. 1993. *Kazakhstan: fertility indicators and characteristics of the potential market for contraception*. Washington, D.C.: The Futures Group.

de Carvalho, M., S. Robertson, A. Friedman, and M. Klaus. 1983. Effect of frequent breast-feeding on early milk production and infant weight gain. *Pediatrics* 72(3): 307-311.

DeMaeyer, E., et al. 1989. *Preventing and controlling iron deficiency anemia through primary health care: A guide for health administrators and programme managers*. World Health Organization.

Fauci, A. and H.C. Lane. 2000. Human immunodeficiency virus (HIV) disease: AIDS and related disorders. In *Harrison's Principles of Internal Medicine*, 14th Edition (CD-ROM version). New York: McGraw-Hill.

Fleming, A.F. 1987. Maternal anemia in northern Nigeria: Causes and solutions. *World Health Forum* 8:339-343.

Foreit, K. and S. McCombie. 1995. *Family planning knowledge, attitudes, and practices among urban women in Kazakhstan*. Washington, D.C.: The Futures Group.

Gleason, G.R., T. Bekbossynov, A. Saparbekov. 1999. Building effective anemia prevention and control in the Central Asian Republics and Kazakhstan: Early assessment, supportive actions and recommendations. Almaty, Kazakhstan: UNICEF Area Office for the Central Asian Republics and Kazakhstan.

Habicht, J.-P., R. Martorell, C. Yarbrough, R.M. Malina, and R.E. Klein. 1974. Height and weight standards for preschool children. How relevant are ethnic differences in growth potential. *Lancet* 1(858): 611-614.

Herberg, S. and P. Galan. 1992. Nutritional anemias. *BailliPire's Clinical Haematology* 5:1:143.

- Hoyle, B., M. Yunus, and L.C. Chen. 1980. Breast-feeding and food intake among children with acute diarrheal disease. *American Journal of Clinical Nutrition* 33(11): 2365-2371.
- Huffman, S.L. and C. Combest. 1990. Role of breast-feeding in the prevention and treatment of diarrhoea. *Journal of Diarrhoeal Disease Research* 8(3): 68-81.
- International Nutritional Anemia Consultative Group (INACG). 1979. *Iron deficiency in infancy and childhood*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- International Nutritional Anemia Consultative Group (INACG). 1989. *Iron deficiency in women*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Institute of Medicine (IOM), Committee to Study the Prevention of Low Birthweight. 1985. *Preventing low birthweight*. Washington, D.C.: National Academy Press.
- Lee, R. 1999. Anemia: A diagnostic strategy. In *Wintrobe's clinical hematology*, 10th Edition. Baltimore: Williams and Wilkins. 908-940.
- Lozoff et al. 1991. Long-term development outcome of infants with iron deficiency. *New England Journal of Medicine* 325(10): 687-694.
- Martorell, R. and J.-P. Habicht. 1986. Growth in early childhood in developing countries. In *Human growth: A comprehensive treatise*, ed. F.Falkner and J.M.Tanner, Vol.3. New York: Plenum Press. 241-262
- Ministry of Health and Medical Industry. 1999. *The National Programme on AIDS/STIs Prevention in Turkmenistan for 1999-2003*. MOHMI document 09.09.99 N337, Ashgabat.
- Omar, M.M., et al. 1994. Maternal health and child survival in relation to socioeconomic factors. *Gynecology Obstetrics Invest* 38:107-112.
- Palomo, I.G., M. Grebe, J.M. Ferrada, et al. 1993. Effects of the prolonged use of intrauterine devices (IUDs) and oral contraceptives on iron nutrition. *Revista Medica de Chile* 121(6): 639-644.
- Pelletier, D.L., E.A. Frongillo, Jr., and J.-P. Habicht. 1993. Epidemiologic evidence for a potentiating effect of malnutrition on child mortality. *American Journal of Public Health* 83(8): 1130-1133.
- Perez-Escamilla, R., S. Seguro-Millan, J. Canahuati, and H. Allen. 1996. Prolactal feeds are negatively associated with breastfeeding outcomes in Honduras. *Journal of Nutrition*. In press.
- Righard, L. and M.O. Alade. 1990. Effect of delivery room routines on success of first breast-feed. *Lancet* 336(8723): 1105-1107.
- Scrimshaw, N.S. 1984. Functional consequences of iron deficiency in human populations. *Journal of Nutritional Science and Vitaminology* 30(1):47-63.
- Scrimshaw, N.S., C.E. Taylor, and J.E. Gordon. 1968. *Interactions of nutrition and infection*. World Health Organization Monograph Series No. 57. Geneva: World Health Organization.
- Sharmanov, A. 1998. Anemia in Central Asia: Demographic and health survey experience. *Food and Nutrition Bulletin* 19(4):307-317.
- Sharmanov, A. 2000. *Anemia testing manual for population-based surveys*. Calverton, Maryland: Macro International Inc.
- Stoltzfus, R.J., and M. Dreyfuss. 1998. *Guidelines for the use of iron supplements to prevent and treat iron deficiency anemia*. The International Nutritional Anemia Consultative Group (INACG), the World Health Organization (WHO) and the United Nations Children's Fund (UNICEF). Washington, D.C., USA (Available from INACG, WHO, UNICEF).

- Sullivan, J.M., S.O. Rutstein, and G.T. Bicego. 1994. *Infant and child mortality*. DHS Comparative Studies No. 15. Calverton, Maryland: Macro International Inc.
- Thonneau, P., et al. 1992. Risk factors for maternal mortality: Results of a case-control study conducted in Conakry (Guinea). *International Journal of Gynecology Obstetrics* 39:87-92.
- UNICEF. 1990. *Strategy for improved nutrition of children and women in developing countries*. New York: UNICEF.
- United Nations. 1962. *1961 Demographic yearbook*. New York: United Nations.
- United Nations. 1975. *1974 Demographic yearbook*. New York: United Nations.
- United Nations. 1982. *Non-sampling errors in household surveys: Sources, assessment and control*. National Household Survey Capability Programme. New York: United Nations.
- United Nations. 1992. *1990 Demographic yearbook*. New York: United Nations.
- United Nations. 1993. *Abortion policies: A global review*. Vol. 2. New York: United Nations.
- UNAIDS/WHO. 2000. *Guidelines for second generation HIV surveillance*. UNAIDS/WHO Global Group on HIV/AIDS and STI Surveillance. Geneva, Switzerland: UNAIDS/WHO.
- Victora, C.G., J.P. Vaughan, C. Lombardi, S.M. Fuchs, L.P. Gigante, P.G. Smith, L.C. Nobre, A.M. Teixeira, L.B. Moreira, and F.C. Barros. 1987. Evidence for protection by breast-feeding against infant deaths from infectious diseases in Brazil. *Lancet* 2(8554): 319-322.
- Villar, J. and J. Rivera. 1988. Nutritional supplementation during two consecutive pregnancies and the interim lactation period: Effect on birth weight. *Pediatrics* 81(1): 51-57.
- World Health Organization. 1993. *International statistical classification of diseases and related health problems, tenth revision*. Geneva: World Health Organization.
- Yip, R. 1994. Iron deficiency: Contemporary scientific issues and international programmatic approaches. Symposium: Clinical nutrition in developing countries. 1479S-1490S.

Альфредо Алиага

А.1 Рамки выборки

В Программе медико-демографического исследования Туркменистана (ПМДТ), проведенной в 2000 г., была использована выборка, рамки которой позволили провести статистический анализ на общенациональном уровне, в городской и сельской местности и в шести регионах страны (г.Ашгабат, Ахалский, Балканский, Дашогузский, Лебапский и Марыйский велаяты).

Выборка заданного числа домовладений в шести регионах Туркменистан была распределена следующим образом: 800 в г.Ашгабате, по 1000 в каждом из четырех регионов (Ахалский, Балканский, Лебапский и Марыйский велаяты) и 2000 в Дашогузском велаяте, в связи с желанием провести более глубокий анализ (таблица А.1).

Шесть регионов страны далее были разделены на городскую (столица, город) и сельскую (села) местности. Статистическая выборка была основана на первичных единицах выборки (ПЕВ). Каждая ПЕВ была создана на базе совмещающихся блоков с четкими границами (соответствующих переписи исследуемых местностей) и включала от 200 до 500 домовладений согласно данным Переписи населения 1995 года.

А.2 Характеристика статистической выборки

Выборка ПМДТ 2000 года проводилась в две стадии. Стратификация была достигнута путем деления каждого региона исследования на городскую и сельскую местности. На первой стадии отбора были отобраны первичные единицы выборки (ПЕВ) пропорционально размеру, который определялся количеством населения. В результате были отобраны 213 ПЕВ: 118 в городской и 113 в сельской местности соответственно. Составление полного списка домовладений проведено согласно ПЕВ. На второй стадии, в каждой отобранной единице выборки было определено по одному кластеру, предназначенному для исследования. Крупные кластеры были сегментированы для последующего составления списков домовладений в отдельных сегментах.

Таблица А.1 Распределение выборки

Регион исследования	Число домовладений	Количество ПЕВ	Количество ПЕВ городской местности	Количество ПЕВ сельской местности
город Ашгабат	800	34	34	0
Ахал	1000	35	11	24
Балкан	1000	35	27	8
Дашогуз	2000	57	22	35
Лебап	1000	35	15	20
Мары	1000	35	9	26
Всего	6800	231	118	113

А.3 Осуществление статистической выборки

Результатом осуществление рамки выборки явился отбор 6,850 домовладений. Данные о количестве и возрасте членов домовладения были собраны в Анкете домовладения, которые позволили идентифицировать 8,250 женщин подлежащих интервьюированию по Индивидуальной анкете женщины (женщины 15-49 лет, являющиеся постоянными жителями или посетительницами данного домовладения (таблица А.2).

Из 6,850 отобранных домовладений 6,391 были заняты под жилье, и в 6,302 домовладениях интервьюирование проведено в полном объеме, то есть полнота охвата домовладений составила 96 процентов. Из 8,250 женщин, соответствовавших критериям, индивидуальное интервью в полном объеме было проведено с 7919 женщинами, что составило 96 процентов от общего числа отобранных для исследования женщин.

Общий объем охват выборки по анкете домовладения и индивидуальной анкете составил 94,7 процентов. Уровень ответственности колебался в зависимости от региона от 85,6 процентов (г.Ашгабат) до 97,4 процентов (Балканский велаат).

А.2. Результаты интервьюирования домовладельцев и индивидуального интервьюирования (женщины)

Процентное распределение домовладельцев и женщин, подлежащих опросу в выборке ПМДТ 2000 г., по результатам интервьюирования домовладельцев и индивидуального интервьюирования и уровень ответственности выборки в зависимости от региона и местожительства. Туркменистан, 2000.

Результат интервьюирования и уровень ответственности выборки	Регион						Местожительство		
	Ашгабат	Ахал	Балканы	Дашогуз	Лебап	Мары	Город	Село	Всего
Отобранные домовладельцы									
Визит осуществлен (С)	80.5	89.2	91.8	95.6	94.4	93.9	88.9	95.7	92.0
Нет члена домохозяйства или лица, способного ответить на вопросы (HP)	2.1	0.3	0.9	0.1	0.3	0.1	0.8	0.1	0.5
Визит отложен (P)	0.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.1	0.0	0.0
Получен отказ (R)	3.3	0.3	0.0	0.2	0.2	0.3	0.8	0.2	0.6
Жилище не найдено (DNF)	0.4	0.9	0.1	0.0	0.0	0.0	0.2	0.2	0.2
Респонденты отсутствовали длительное время (NA)	806	4.8	4.0	2.3	2.7	3.5	5.5	1.9	3.9
Жилище пустое/не найдено (DV)	4.4	4.2	2.8	1.6	1.8	2.0	3.5	1.5	2.5
Жилище разрушено (DD)	0.5	0.2	0.2	0.1	0.6	0.0	0.3	0.2	0.2
Другое (O)	0.0	0.0	0.1	0.1	0.0	0.1	0.0	0.1	0.1
Всего	100.0	100.0	100.0	100.1	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Количество домовладельцев	780	956	992	2,032	1,040	1,050	3,688	3,162	6,850
Уровень ответственности домовладельцев (HRR)¹	93.0	98.3	98.9	99.7	99.5	99.5	97.9	99.4	98.6
Подлежащие опросу женщины									
Проинтервьюированные (EWS)									
Нет дома (EWNH)	92.0	93.8	98.4	96.9	96.8	95.2	96.3	95.7	96.0
Визит отложен (EWP)	4.6	5.4	0.6	2.1	2.0	3.4	2.3	3.1	2.7
Получен отказ (EWR)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0
Частично завершен (EWPS)	2.2	0.1	0.0	0.2	0.2	0.7	0.5	0.2	0.4
Невозможен	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.1	0.0	0.0	0.0
Другое	0.8	0.8	1.0	0.8	0.9	0.7	0.8	0.8	0.8
	0.5	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.0	0.0
Всего	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Количество женщин	636	1,153	1,016	2,925	1,305	1,215	3,836	4,414	8,250
Уровень ответственности женщин, подлежащих опросу (EWRR)²	92.0	93.8	98.4	96.9	96.8	95.2	96.3	95.7	96.0
Общий уровень ответственности (ORR)³	85.6	92.1	97.4	96.6	96.3	94.7	94.3	95.2	94.7

Примечание. Уровень ответственности домовладельцев был подсчитан как отношение домовладельцев с осуществленным визитом к сумме домовладельцев с осуществленным визитом, домовладельцев, где не оказалось лица, способного ответить на вопросы, домовладельцев, где получен отказ, и домовладельцев, которые не найдены. Уровень ответственности женщин, подлежащих опросу, был подсчитан как отношение всех проинтервьюированных женщин к сумме всех проинтервьюированных женщин, женщин, не оказавшихся дома на момент интервью, женщин, визит к которым был отложен, женщин, отказавшихся дать интервью, женщин, визит к которым был частично завершен, случаев, в которых получить интервью было невозможно, и случаев отмеченных в категории "другое". Общий уровень ответственности получили делением на число 100 произведенных уровня ответственности домовладельцев и женщин, подлежащих опросу.

¹ Применяя соответствующие цифры в специфических категориях ответа домовладельцев, уровень ответственности домовладельцев (HRR) подсчитывался следующим образом:

$$\frac{C}{C + HP + R + DNF} * 100$$

² Применяя соответствующие цифры в специфических категориях ответов женщин, подлежащих опросу, уровень ответственности женщин, подлежащих опросу (EWRR) подсчитывался следующим образом:

$$\frac{EWC}{EWC + EWNH + EWP + EWR + EWPC + EW I + EWO} * 100$$

³ Общий уровень ответственности (ORR) подсчитывался следующим образом: ORR = (HRR * EWRR) x 100

При расчете выборки для исследования встречаются два вида ошибок: (1) ошибки, не имеющие отношения к выборке и (2) ошибки, сделанные непосредственно в выборке. Ошибки, не имеющие отношения к выборке, являются результатом погрешностей, сделанных при сборе и обработке данных, также как неудача при поиске определенного домовладения, недостаточное понимание вопросов как со стороны лица, проводящего интервью, так и респондента, а так же ошибки при вводе данных. И, несмотря на многочисленные усилия для устранения такого рода ошибок при проведении Медико-демографического исследования Туркменистана (ПМДТ) в 2000 году, этих ошибок невозможно было избежать и было достаточно трудно их статистически подсчитать.

Ошибки, сделанные непосредственно при проведении выборки, с другой стороны, могут быть оценены статистически. Отбор респондентов, проведенный для ПМДТ 2000 г. является одной из многих возможных статистических вариантов выборок, которые могли быть рассчитаны для того же населения с использованием того же дизайна и ожидаемого размера. Результаты по каждой из выборок так или иначе отличались бы от результата фактически проведенной выборки. Таким образом, ошибки такого рода являются мерой вариабельности между всеми возможными выборками. Хотя степень вариабельности этой разницы неизвестна, она может быть оценена по результатам исследования.

Ошибка выборки обычно характеризуется *стандартной ошибкой*, которая является квадратным корнем отклонения частной статистической характеристики (средней, проценты и т.д.). Стандартная ошибка может использоваться при выявлении доверительного интервала, которые несут в себе истинное значение данного показателя. Например, для любого статистического показателя, подсчитанного из выборки исследования, его истинное значение будет находиться в пределах двух стандартных ошибок выше или ниже вычисленного значения в 95 % всех возможных выборок идентичных размеров и дизайна.

Если отбор респондентов был сделан на основе простой рандомизированной выборки, было бы возможным использовать простые формулы для извлечения ошибок выборки. Однако выборка ПМДТ 2000 года является результатом многостадийного дизайна, и, как следствие этого, было просто необходимо использовать множество комплексных формул. Программным обеспечением, примененным в целях выявления ошибок выборки ПМДТ 2000 г., явился *Модуль ошибок выборки* программы ISSA. Этот модуль использует линейный метод Тэйлора для оценки вариабельности значений исследования, основанных на пропорциях. Метод повторяющейся репликации Джекнайфа используется для вариантов расчета более комплексных статистических данных, таких как рождаемость и смертность.

Линейным методом Тэйлора можно подвергнуть статистической обработке любой процент или среднее значение, отвечающий формуле, $g=y/x$, где y представляет общую величину выборки, а x - общее количество случаев в группе или подгруппе, которые берутся в расчет. Для подсчета значения g используется формула, приведенная ниже со стандартной ошибкой, являющейся квадратным корнем из значения,

$$var(r) = \frac{1-f}{x^2} \sum_{h=1}^H \left[\frac{m_h}{m_h - 1} \left(\sum_{i=1}^{m_h} z_{hi}^2 - \frac{z_h^2}{m_h} \right) \right]$$

в которой

$$z_{hi} = y_{hi} - g \cdot x_{hi}, \text{ и } z_h = y_h - g \cdot x_h$$

- где:
- h характеризует слой, в которой варьирует между 1 и H ,
 - m_h общее количество кластеров, выбранных в h -ом слое,
 - y_{hi} сумма взвешенных значений переменной y в i -кластере в h -слое,
 - x_{hi} сумма всех взвешенных случаев в i -кластере в h -слое, и
 - f общая фракция выборки, значение которой настолько незначительно, что ее можно не брать во внимание.

Метод повторяющейся репликации Джекиафа позволяет извлечь значения комплексных показателей в каждой из нескольких репликаций матричной выборки и вычислить стандартные ошибки для этих значений с использованием обычной формулы. Каждая репликация рассматривает *все, кроме одного*, кластера для получения значений. Таким образом, создаются псевдо-независимые репликации. В ПМДТ 2000 г. была создана 231 репликация. Следовательно, было создано 231 копирование. Изменения показателя r были получены следующим образом

$$ET^2(R) = var(r) = \frac{1}{k(k-1)} \sum_{i=1}^k (r_i - r)^2$$

в котором:

$$r_i = k r - (k-1) r_{(i)}$$

- где:
- r расчетная оценка, вычисленная из всей выборки, состоящей из 231 кластера,
 - $r_{(i)}$ расчетная оценка, вычисленная из сокращенной выборки 230 кластеров (i - кластер исключается),
 - k общее количество кластеров.

В дополнение к стандартной ошибке ISSA вычисляется дизайн-эффект (DEFT) для каждого значения, которое определяется как соотношение между стандартной ошибкой, используемой данным дизайном выборки и стандартной ошибкой, которая образуется, если выборка была выполнена как простая рандомизированная выборка. Значение DEFT 1.0 указывает, что дизайн выборки настолько же эффективен, как и простая рандомизированная выборка, тогда как значение превышающее 1.0, указывает на увеличение ошибки выборки по причине использования более комплексного и статистически менее эффективного дизайна. Программа ISSA вычисляет также относительные ошибки и доверительные пределы для значений.

Ошибки выборки в ПМДТ 2000г. вычисляются для выборочных переменных, которые представляют первостепенный интерес. В данном приложении представлены результаты по стране в целом, по городской и сельской местности, по шести регионам: г. Ашгабат, Ахалский, Балканский, Дашогузский, Лебапский и Марыйский велаяты. Статистические значения для каждой переменной (средние, пропорции или соотношения) даны в таблице В.1. В таблицах В.2 до В.10 показаны значения статистической величины (R), ее стандартная ошибка (SE), количество невзвешенных (N) и взвешенных (WN) случаев, дизайн-эффект (DEFT), относительная стандартная ошибка (SE/R) и 95 процентный доверительный интервал ($R+2SE$) для каждой переменной. Значение DEFT является неопределенным при стандартной ошибке, полученной путем рандомизированной выборки и равняется 0 (когда величина оценки от 0 до 1).

Существует ряд различий относительной стандартной ошибки при оценке отдельных групп населения. Например, для показателя *использующие любой метод контрацепции*, относительные стандартные ошибки в целом по стране, по городской и сельской местности составляют 1,1%, 1,6% и 1,5% соответственно.

Доверительный интервал (то есть, рассчитанный для *женщин, использующие любой метод*) может быть представлен следующим образом: общая средняя по национальной выборке составляет 0,618, и ее стандартная ошибка составила 0,007. Таким образом, для получения 95 процентного доверительного интервала, необходимо к

среднему значению прибавить, и от него отнять стандартную ошибку данной выборки, то есть $0,618 \pm 2 \times 0,007$. Исходя из этого высока вероятность (95%) того, что *истинное* среднее количество женщин в возрасте 15–49 лет использующие методы контрацепции, будет в пределах 60,4 и 63,2 процента

Таблица В.1 Список показателей, по которым представлены данные об ошибках выборки. Туркменистан, 2000

Переменная	Данные	Население
Городское местожительство	Соотношение	Все женщины 15-49 лет
Начально/среднее образование	Соотношение	Все женщины 15-49 лет
Средне-специальное образование	Соотношение	Все женщины 15-49 лет
Никогда не была замужем	Соотношение	Все женщины 15-49 лет
В настоящий момент замужем	Соотношение	Все женщины 15-49 лет
Возраст вступления в брак до 20 лет	Соотношение	Все женщины 15-49 лет
Первый половой контакт до 18 лет	Соотношение	Все женщины 15-49 лет
Родившиеся дети	Среднее	Все женщины 15-49 лет
Дети, рожденные женщинами старше 40	Среднее	Все женщины 15-49 лет
Выжившие дети	Среднее	Все женщины 15-49 лет
Знают любой метод контрацепции	Соотношение	Замужние женщины 15-49 лет
Знают любой современный метод	Соотношение	Замужние женщины 15-49 лет
Использовали любой метод контрацепции	Соотношение	Замужние женщины 15-49 лет
Используют любой метод контрацепции	Соотношение	Замужние женщины 15-49 лет
Используют любой современный метод	Соотношение	Замужние женщины 15-49 лет
Используют таблетки	Соотношение	Замужние женщины 15-49 лет
Используют ВМС	Соотношение	Замужние женщины 15-49 лет
Используют презерватив	Соотношение	Замужние женщины 15-49 лет
Используют женскую стерилизацию	Соотношение	Замужние женщины 15-49 лет
Используют календарный метод	Соотношение	Замужние женщины 15-49 лет
Используют прерванный половой акт	Соотношение	Замужние женщины 15-49 лет
Используют ЛАМ	Соотношение	Все женщины 15-49 лет
Источник государственного сектора	Соотношение	Использующие современный метод
Не хотят иметь более детей	Соотношение	Замужние женщины 15-49 лет
Хотят иметь детей через 2 года	Соотношение	Замужние женщины 15-49 лет
Идеальное количество детей	Среднее	Все женщины 15-49 лет
ИМТ < 18,5	Соотношение	Все женщины 15-49 лет
ИМТ от 18,5 до 30,0	Соотношение	Все женщины 15-49 лет
ИМТ > 30,0	Соотношение	Все женщины 15-49 лет
Вес/рост (< -2 SD)	Соотношение	Все женщины 15-49 лет
Тяжелая анемия	Соотношение	Все женщины 15-49 лет
Выраженная анемия	Соотношение	Все женщины 15-49 лет
Умеренная анемия	Соотношение	Все женщины 15-49 лет
Матерям оказана медицинская помощь	Соотношение	Роды в течение 5 лет
Диарея в течение последних 2 недель	Соотношение	Дети до 5 лет
Получили ОРТ-терапию	Соотношение	Дети до 5 лет с диареей в последние 2 недели Другое
медикаментозное лечение	Соотношение	Дети до 5 лет с диареей в последние 2 недели
Получили БЦЖ-вакцину	Соотношение	Дети 12-23 месяцев
Получили АКДС-вакцину (3 дозы)	Соотношение	Дети 12-23 месяцев
Получили Полио-вакцину (3 дозы)	Соотношение	Дети 12-23 месяцев
Получили противокоревую вакцину	Соотношение	Дети 12-23 месяцев
Полная иммунизация	Соотношение	Дети 12-23 месяцев
Вес/рост (< -2 SD)	Соотношение	Дети до 5 лет, у которых проведено измерение
Рост/возраст (< -2 SD)	Соотношение	Дети до 5 лет, у которых проведено измерение
Вес/возраст (< -2 SD)	Соотношение	Дети до 5 лет, у которых проведено измерение
Тяжелая анемия	Соотношение	Дети до 5 лет, у которых оценен Hb
Выраженная анемия	Соотношение	Дети до 5 лет, у которых оценен Hb
Умеренная анемия	Соотношение	Дети до 5 лет, у которых оценен Hb
Коэффициент общей рождаемости (3 лет)	Коэффициент	Количество родов
Показатель неонатальной смертности	Коэффициент	Количество родов
Показатель младенческой смертности	Коэффициент	Количество родов
Показатель детской смертности	Коэффициент	Количество родов
Показатель смертности до пяти лет	Коэффициент	Количество родов
Показатель постнеонатальной смертности	Коэффициент	Количество родов
Общий коэффициент аборт (3 лет)	Коэффициент	Женщина-лет репродуктивного возраста

¹Пять лет для общего уровня

НИ = не применимы

Таблица В.2 Ошибки выборки для женщин - Общенациональная выборка, Туркменистан, 2000

Переменная	Значение (R)	Стандартная ошибка (SE)	Количество случаев		Дизайн-эффект (DEFT)	Относительная ошибка (SE/R)	Доверительный интервал	
			Не-взвешенное (N)	Взвешенное (WN)			R-2SE	R+2SE
Городское местожительство	0.466	0.013	7919	7919	2.371	0.029	0.439	0.493
Начальное/среднее образование	0.732	0.008	7919	7919	1.604	0.011	0.717	0.748
Средне-специальное образование	0.268	0.008	7919	7919	1.604	0.030	0.252	0.283
никогда не была замужем	0.324	0.007	7919	7919	1.267	0.021	0.310	0.337
В настоящее время замужем	0.618	0.006	7919	7919	1.133	0.010	0.605	0.630
Возраст вступления в брак до 20 лет	0.292	0.008	6330	6345	1.323	0.026	0.277	0.308
Первый половой контакт до 18 лет	0.079	0.005	6330	6345	1.378	0.059	0.069	0.088
Родившиеся дети	2.122	0.027	7919	7919	1.057	0.013	2.068	2.176
Дети, рожденные матерями >40 лет	4.842	0.073	1473	1513	1.218	0.015	4.695	4.989
Выжившие дети	1.896	0.024	7919	7919	1.068	0.013	1.848	1.944
Знают любой метод контрацепции	0.993	0.001	4829	4892	1.216	0.001	0.991	0.996
Знают любой современный метод	0.993	0.001	4829	4892	1.211	0.001	0.990	0.996
Использовали любой метод	0.891	0.004	4829	4892	0.982	0.005	0.883	0.900
Используют любой метод	0.618	0.007	4829	4892	0.985	0.011	0.604	0.632
Используют любой современный метод	0.531	0.007	4829	4892	1.014	0.014	0.516	0.545
Используют таблетки	0.012	0.002	4829	4892	1.164	0.150	0.009	0.016
Используют таблетки	0.390	0.007	4829	4892	1.035	0.019	0.376	0.405
Используют презерватив	0.020	0.003	4829	4892	1.260	0.125	0.015	0.026
Используют женскую стерилизацию	0.018	0.002	4829	4892	1.215	0.128	0.014	0.023
Используют календарный метод	0.021	0.002	4829	4892	1.038	0.102	0.017	0.025
Используют прерванный половой акт	0.053	0.004	4829	4892	1.086	0.066	0.046	0.061
Используют ЛАМ	0.049	0.003	7919	7919	1.093	0.054	0.044	0.055
Источник государственного сектора	0.841	0.008	2653	2678	1.105	0.009	0.826	0.857
Не хотят иметь более детей	0.532	0.009	4829	4892	1.242	0.017	0.514	0.550
Хотят иметь детей через 2 года	0.171	0.006	4829	4892	1.135	0.036	0.159	0.184
Идеальное количество детей	3.341	0.022	7357	7449	1.306	0.007	3.296	3.386
ИМТ < 18,5	0.099	0.004	7340	7310	1.165	0.041	0.091	0.107
ИМТот 18,5 до 30,0	0.799	0.006	7340	7310	1.195	0.007	0.788	0.811
ИМТ > 30,0	0.102	0.004	7340	7310	1.238	0.043	0.094	0.111
Вес/рост (< -2 SD)	0.050	0.003	7328	7298	1.188	0.060	0.044	0.056
Тяжелая анемия	0.011	0.001	7765	7714	1.141	0.124	0.008	0.013
Выраженная анемия	0.084	0.004	7765	7714	1.368	0.051	0.075	0.092
Умеренная анемия	0.378	0.008	7765	7714	1.439	0.021	0.362	0.394
Оказание мед.помощи в родах	0.972	0.004	3624	3583	1.136	0.004	0.964	0.980
Диарея в течение последних 2 нед.	0.032	0.004	3342	3292	1.138	0.112	0.025	0.039
Использована ОПТ-терапия	0.759	0.046	96	105	1.098	0.061	0.666	0.851
Другое медикаментозное лечение	0.385	0.057	96	105	1.167	0.149	0.271	0.499
Получили БЦЖ-вакцину	0.933	0.013	634	646	1.292	0.014	0.908	0.959
Получили АКДС-вакцину (3 дозы)	0.922	0.013	634	646	1.214	0.014	0.896	0.948
Получили полио-вакцину (3 дозы)	0.915	0.013	634	646	1.215	0.015	0.888	0.942
Получили противокоревую вакцину	0.875	0.016	634	646	1.186	0.018	0.844	0.906
Полная иммунизация	0.848	0.017	634	646	1.165	0.019	0.815	0.881
Вес/рост (< -2 SD)	0.057	0.005	2974	2928	1.043	0.081	0.048	0.067
Рост/возраст (< -2 SD)	0.223	0.009	2974	2928	1.127	0.040	0.205	0.242
Вес/возраст (< -2 SD)	0.120	0.007	2974	2928	1.156	0.060	0.106	0.134
Тяжелая анемия	0.006	0.002	2632	2647	1.150	0.297	0.002	0.009
Выраженная анемия	0.157	0.009	2632	2647	1.182	0.055	0.140	0.175
Умеренная анемия	0.196	0.011	2632	2647	1.340	0.054	0.175	0.217
Общий коэффициент рождаемости (3 лет)	2.889	0.084	NA	22320	1.466	0.029	2.721	3.058
Показатель неонатальной смертности (5 лет)	33.790	3.322	3723	3681	1.040	0.098	27.146	40.435
Показатель младенческой смертности (5 лет)	73.874	5.398	3741	3696	1.174	0.073	63.078	84.669
Показатель детской смертности (5 лет)	22.019	2.414	3746	3706	1.007	0.110	17.192	26.846
Показатель смертности до 5 лет (5 лет)	94.266	6.140	3766	3724	1.238	0.065	81.985	106.547
Показатель постнеонатальной смерт (5 лет)	40.083	4.154	3739	3693	1.219	0.104	31.775	48.391
Общий коэффициент аборт (3 лет)	0.847	0.052	NA	22320	1.276	0.062	0.742	0.952

NA = данные не приемлемы

Таблица В.3 Ошибки выборки для женщин - Городская местность. Туркменистан, 2000

Переменная	Значение (R)	Стандартная ошибка (SE)	Количество случаев			Относительная ошибка (SE/R)	Доверительный интервал	
			Не-взвешен. (N)	Взвешенное (WN)	Дизайн-эффект (DEFT)		R-2SE	R+2SE
Городское местожительство	1.000	0.000	3693	3691	NA	0.000	1.000	1.000
Начальное/среднее образование	0.605	0.013	3693	3691	1.645	0.022	0.579	0.632
Средне-специальное образование	0.395	0.013	3693	3691	1.645	0.034	0.368	0.421
никогда не была замужем	0.286	0.012	3693	3691	1.581	0.041	0.263	0.310
В настоящее время замужем	0.625	0.010	3693	3691	1.249	0.016	0.605	0.645
Возраст вступления в брак до 20 лет	0.328	0.011	3018	3032	1.314	0.034	0.306	0.351
Первый половой контакт до 18 лет	0.093	0.008	3018	3032	1.425	0.081	0.078	0.108
Родившиеся дети	1.992	0.043	3693	3691	1.284	0.021	1.906	2.077
Дети, рожденные матерями >40 лет	4.051	0.113	757	790	1.481	0.028	3.824	4.278
Выжившие дети	1.809	0.038	3693	3691	1.297	0.021	1.733	1.885
Знают любой метод контрацепции	0.991	0.003	2288	2307	1.257	0.003	0.986	0.996
Знают любой современный метод	0.991	0.003	2288	2307	1.257	0.003	0.986	0.996
Использовали любой метод	0.897	0.006	2288	2307	1.002	0.007	0.884	0.910
Используют любой метод	0.623	0.010	2288	2307	1.014	0.016	0.603	0.644
Используют любой современ.метод	0.526	0.012	2288	2307	1.121	0.022	0.503	0.549
Используют таблетки	0.020	0.003	2288	2307	1.182	0.172	0.013	0.027
Используют таблетки	0.382	0.011	2288	2307	1.118	0.030	0.359	0.404
Используют презерватив	0.034	0.005	2288	2307	1.332	0.148	0.024	0.044
Используют женскую стерилизацию	0.019	0.004	2288	2307	1.233	0.183	0.012	0.027
Используют календарный метод	0.032	0.004	2288	2307	1.094	0.126	0.024	0.040
Использую прерванный половой акт	0.048	0.005	2288	2307	1.206	0.112	0.037	0.059
Используют ЛАМ	0.036	0.004	3693	3691	1.233	0.105	0.028	0.044
Источник государственного сектора	0.879	0.011	1282	1284	1.257	0.013	0.856	0.902
Не хотят иметь более детей	0.536	0.014	2288	2307	1.304	0.025	0.508	0.563
Хотят иметь детей через 2 года	0.156	0.009	2288	2307	1.232	0.060	0.137	0.174
Идеальное количество детей	3.149	0.041	3487	3536	1.648	0.013	3.068	3.230
ИМТ < 18,5	0.095	0.007	3427	3390	1.377	0.073	0.081	0.108
ИМТот 18,5 до 30,0	0.788	0.009	3427	3390	1.348	0.012	0.769	0.807
ИМТ > 30,0	0.118	0.008	3427	3390	1.428	0.067	0.102	0.133
Вес/рост (< -2 SD)	0.045	0.004	3423	3384	1.148	0.090	0.037	0.053
Тяжелая анемия	0.011	0.002	3586	3528	1.250	0.195	0.007	0.016
Выраженная анемия	0.076	0.005	3586	3528	1.228	0.071	0.065	0.087
Умеренная анемия	0.367	0.012	3586	3528	1.512	0.033	0.343	0.392
Оказание мед.помощи в родах	0.982	0.005	1470	1413	1.196	0.005	0.972	0.993
Диарея в течение последних 2 нед.	0.047	0.007	1373	1310	1.131	0.143	0.034	0.061
Использована ОРТ-терапия	0.706	0.061	60	62	1.037	0.086	0.585	0.827
Другое медикаментозное лечение	0.310	0.070	60	62	1.181	0.226	0.170	0.450
Получили БЦЖ-вакцину	0.890	0.026	277	281	1.377	0.029	0.838	0.941
Получили АКДС-вакцину (3 дозы)	0.865	0.027	277	281	1.293	0.031	0.811	0.918
Получили полио-вакцину (3 дозы)	0.861	0.027	277	281	1.291	0.031	0.808	0.915
Получили противокоревую вакцину	0.818	0.030	277	281	1.297	0.037	0.757	0.878
Новая иммунизация	0.801	0.031	277	281	1.278	0.038	0.740	0.863
Вес/рост (< -2 SD)	0.066	0.009	1176	1101	1.162	0.136	0.048	0.084
Рост/возраст (< -2 SD)	0.195	0.014	1176	1101	1.139	0.072	0.166	0.223
Вес/возраст (< -2 SD)	0.120	0.011	1176	1101	1.087	0.092	0.098	0.142
Тяжелая анемия	0.003	0.001	1042	1005	0.739	0.439	0.000	0.005
Выраженная анемия	0.178	0.012	1042	1005	0.996	0.070	0.153	0.203
Умеренная анемия	0.231	0.016	1042	1005	1.188	0.069	0.199	0.263
Общий коэффициент рождаемости (3 лет)	2.458	0.116	НП	10444	1.517	0.047	2.226	2.689
Показатель неонатальной смертности(10 лет)	32.213	3.726	3281	3204	1.087	0.116	24.761	39.664
Показатель младенческой смертности (10 лет)	60.103	6.697	3282	3205	1.447	0.111	46.710	73.496
Показатель детской смертности (10 лет)	13.372	2.098	3287	3209	1.037	0.157	9.176	17.568
Показатель смертности до 5 лет (10 лет)	72.671	7.051	3288	3209	1.429	0.097	58.569	86.773
Показатель постнеонатальной смерт (10 лет)	27.890	4.533	3282	3205	1.477	0.163	18.823	36.957
Общий коэффициент аборт (3 лет)	1.024	0.079	НП	10444	1.249	0.077	0.866	1.182

НП = данные не приемлемы

Таблица В.4 Ошибка выборки для женщин - Сельская местность. Туркменистан, 2000.

Переменная	Значение (R)	Стандар- тная ошибка (SE)	Кол-во случаев		Дизайн- эффект (DEFT)	Отно- сительная ошибка (SE/R)	Доверительный интервал	
			Взвешен- ное (N)	Невзве- шенное (WN)			R-2SE	R+2SE
Городское местожительство	0.000	0.000	4226	4228	НП	НП	0.000	0.000
Начальное/среднее образование	0.843	0.010	4226	4228	1.708	0.011	0.824	0.863
Средне-специальное образование	0.157	0.010	4226	4228	1.708	0.061	0.137	0.176
никогда не была замужем	0.356	0.008	4226	4228	1.045	0.022	0.341	0.372
В настоящее время замужем	0.611	0.008	4226	4228	1.032	0.013	0.596	0.627
Возраст вступления в брак до 20 лет	0.260	0.010	3312	3313	1.320	0.039	0.240	0.280
Первый половой контакт до 18 лет	0.065	0.006	3312	3313	1.320	0.087	0.054	0.077
Родившиеся дети	2.236	0.035	4226	4228	0.927	0.016	2.166	2.306
Дети, рожденные матерями >40 лет	5.707	0.086	716	723	1.037	0.015	5.536	5.878
Выжившие дети	1.972	0.030	4226	4228	0.921	0.015	1.911	2.033
Знают любой метод контрацепции	0.996	0.001	2541	2585	1.139	0.001	0.993	0.999
Знают любой современный метод	0.995	0.002	2541	2585	1.134	0.002	0.992	0.998
Использовали любой метод	0.886	0.006	2541	2585	0.958	0.007	0.874	0.898
Используют любой метод	0.614	0.009	2541	2585	0.962	0.015	0.595	0.632
Используют любой современ.метод	0.535	0.009	2541	2585	0.904	0.017	0.517	0.553
Используют таблетки	0.005	0.002	2541	2585	1.268	0.351	0.002	0.009
Используют таблетки	0.398	0.009	2541	2585	0.959	0.023	0.379	0.416
Используют презерватив	0.008	0.002	2541	2585	1.141	0.247	0.004	0.012
Используют женскую стерилизацию	0.017	0.003	2541	2585	1.195	0.178	0.011	0.024
Используют календарный метод	0.011	0.002	2541	2585	1.008	0.190	0.007	0.015
Использую прерванный половой акт	0.058	0.005	2541	2585	0.999	0.080	0.049	0.067
Используют ЛАМ	0.061	0.004	4226	4228	0.982	0.059	0.054	0.068
Источник государственного сектора	0.806	0.011	1371	1393	0.989	0.013	0.785	0.827
Не хотят иметь больше детей	0.529	0.012	2541	2585	1.182	0.022	0.505	0.552
Хотят иметь детей через 2 года	0.186	0.008	2541	2585	1.076	0.045	0.169	0.202
Идеальное количество детей	3.515	0.023	3870	3912	0.976	0.007	3.469	3.561
ИМТ < 18,5	0.103	0.005	3913	3920	0.966	0.046	0.093	0.112
ИМТот 18.5 до 30.0	0.809	0.006	3913	3920	1.028	0.008	0.796	0.822
ИМТ > 30.0	0.089	0.004	3913	3920	0.988	0.051	0.080	0.098
Вес/рост (< -2 SD)	0.054	0.004	3905	3914	1.207	0.081	0.045	0.063
Тяжелая анемия	0.010	0.002	4179	4186	1.034	0.157	0.007	0.014
Выраженная анемия	0.090	0.006	4179	4186	1.449	0.071	0.077	0.103
Умеренная анемия	0.387	0.010	4179	4186	1.369	0.027	0.366	0.408
Оказание мед.помощи в родах	0.966	0.006	2154	2171	1.122	0.006	0.954	0.977
Диарея в течение последних 2 нед.	0.022	0.004	1969	1982	1.130	0.175	0.014	0.030
Использована ОПТ-герация	0.834	0.069	36	43	1.208	0.083	0.696	0.971
Другое медикаментозное лечение	0.492	0.086	36	43	1.094	0.175	0.320	0.665
Получили БЦЖ-вакцину	0.967	0.010	357	365	1.082	0.011	0.946	0.987
Получили АКДС-вакцину (3 дозы)	0.966	0.010	357	365	1.029	0.010	0.947	0.986
Получили полио-вакцину (3 дозы)	0.956	0.011	357	365	1.058	0.012	0.934	0.979
Получили противокоревую вакцину	0.920	0.015	357	365	1.050	0.016	0.890	0.950
Полная иммунизация	0.885	0.018	357	365	1.047	0.020	0.849	0.920
Вес/рост (< -2 SD)	0.052	0.005	1798	1827	0.941	0.097	0.042	0.062
Рост/возраст (< -2 SD)	0.241	0.012	1798	1827	1.130	0.049	0.217	0.264
Вес/возраст (< -2 SD)	0.120	0.009	1798	1827	1.195	0.079	0.101	0.139
Тяжелая анемия	0.007	0.003	1590	1642	1.219	0.349	0.002	0.012
Выраженная анемия	0.145	0.012	1590	1642	1.284	0.080	0.121	0.168
Умеренная анемия	0.175	0.014	1590	1642	1.427	0.079	0.147	0.202
Общий коэффициент рождаемости (3 лет)	3.296	0.112	НП	11876	1.265	0.034	3.072	3.519
Показатель неонатальной смертности (5 лет)	33.406	2.906	4507	4491	0.971	0.087	27.595	39.218
Показатель младенческой смертности (5 лет)	79.938	4.886	4511	4495	1.117	0.061	70.166	89.709
Показатель детской смертности (5 лет)	21.578	2.638	4517	4501	1.118	0.122	16.302	26.853
Показатель смертности до 5 лет (5 лет)	99.791	5.528	4523	4507	1.135	0.055	88.735	110.846
Показатель постнеонатальной смерт (5 лет)	46.532	3.608	4509	4492	1.084	0.078	39.316	53.747
Общий коэффициент абортс (3 лет)	0.686	0.067	НП	11876	1.283	0.098	0.551	0.820

НП = данные не приемлемы

Таблица В.5 Ошибка выборки для женщин - город Ашгабат. Туркменистан, 2000

Переменная	Значение (R)	Стандартная ошибка (SE)	Кол-во случаев		Дизайн- эффект (DEFT)	Отно- сительная ошибка (SE/R)	Доверительный интервал	
			Взвешен- ное (N)	Невзвешенное (WN)			R-2SE	R+2SE
Городское местожительство	1.000	0.000	585	1038	НП	0.000	1.000	1.000
Начальное/среднее образование	0.517	0.032	585	1038	1.566	0.063	0.452	0.582
Средне-специальное образование никогда не была замужем	0.483	0.032	585	1038	1.566	0.067	0.418	0.548
В настоящее время замужем	0.273	0.017	585	1038	0.904	0.061	0.239	0.306
Возраст вступления в брак до 20 лет	0.616	0.016	585	1038	0.817	0.027	0.583	0.648
Первый половой контакт до 18 лет	0.337	0.025	495	882	1.159	0.073	0.288	0.387
Родившиеся дети	0.096	0.017	495	882	1.265	0.174	0.063	0.130
Дети, рожденные матерями >40 лет	1.722	0.112	585	1038	1.591	0.065	1.498	1.947
Выжившие дети	3.254	0.257	127	225	1.538	0.079	2.739	3.768
Знают любой метод контрацепции	1.583	0.105	585	1038	1.644	0.067	1.372	1.793
Знают любой современный метод	0.989	0.006	360	639	1.152	0.006	0.976	1.000
Использовали любой метод	0.989	0.006	360	639	1.152	0.006	0.976	1.000
Используют любой метод	0.895	0.015	360	639	0.900	0.016	0.866	0.924
Используют любой современ. метод	0.597	0.022	360	639	0.857	0.037	0.553	0.641
Используют таблетки	0.518	0.021	360	639	0.813	0.041	0.475	0.561
Используют таблетки	0.032	0.011	360	639	1.145	0.332	0.011	0.053
Используют презерватив	0.349	0.016	360	639	0.635	0.046	0.317	0.381
Используют женскую стерилизацию	0.064	0.016	360	639	1.210	0.244	0.033	0.095
Используют календарный метод	0.008	0.005	360	639	1.015	0.582	0.000	0.018
Использую прерванный половой акт	0.043	0.009	360	639	0.855	0.213	0.025	0.061
Используют ЛАМ	0.031	0.008	360	639	0.915	0.270	0.014	0.048
Источник государственного сектора	0.031	0.005	585	1038	0.763	0.178	0.020	0.041
Не хотят иметь более детей	0.879	0.020	201	354	0.858	0.022	0.840	0.919
Хотят иметь детей через 2 года	0.528	0.022	360	639	0.842	0.042	0.484	0.573
Идеальное количество детей	0.142	0.020	360	639	1.104	0.143	0.101	0.183
ИМТ < 18,5	2.887	0.108	559	994	1.790	0.037	2.672	3.103
ИМТ от 18,5 до 30,0	0.071	0.012	513	907	1.078	0.172	0.047	0.096
ИМТ > 30,0	0.804	0.021	513	907	1.212	0.026	0.761	0.847
Вес/рост (< -2 SD)	0.124	0.021	513	907	1.466	0.172	0.082	0.167
Тяжелая анемия	0.033	0.009	512	905	1.103	0.265	0.015	0.050
Выраженная анемия	0.008	0.005	525	928	1.207	0.598	0.000	0.017
Умеренная анемия	0.050	0.010	525	928	1.020	0.193	0.031	0.070
Оказание мед.помощи в родах	0.310	0.029	525	928	1.433	0.093	0.252	0.368
Диарея в течение последних 2 нед.	0.994	0.005	201	356	1.035	0.005	0.984	1.000
Использована ОРТ-терапия	0.047	0.018	188	332	1.043	0.371	0.012	0.082
Другое медикаментозное лечение	0.646	0.172	9	16	1.014	0.266	0.302	0.990
Получили БЦЖ-вакцину	0.217	0.140	9	16	0.980	0.643	0.000	0.496
Получили АКДС-вакцину (3 дозы)	0.752	0.081	43	75	1.223	0.108	0.589	0.914
Получили полио-вакцину (3 дозы)	0.728	0.082	43	75	1.194	0.112	0.564	0.892
Получили противокоревую вакцину	0.728	0.082	43	75	1.194	0.112	0.564	0.892
Полная иммунизация	0.681	0.084	43	75	1.172	0.123	0.513	0.849
Вес/рост (< -2 SD)	0.657	0.084	43	75	1.143	0.127	0.490	0.824
Рост/возраст (< -2 SD)	0.109	0.031	130	228	1.071	0.288	0.046	0.171
Вес/возраст (< -2 SD)	0.133	0.025	130	228	0.807	0.189	0.083	0.183
Тяжелая анемия	0.117	0.031	130	228	1.063	0.264	0.055	0.179
Выраженная анемия	0.000	0.000	113	198	НП	НП	0.000	0.000
Умеренная анемия	0.186	0.029	113	198	0.771	0.157	0.127	0.244
Общий коэффициент рождаемости (3 лет)	0.230	0.036	113	198	0.901	0.156	0.158	0.301
Показатель неонатальной смертности (10 лет)	2.101	0.243	NA	2979	1.307	0.116	1.615	2.587
Показатель младенческой смертности (10 лет)	33.379	8.270	438	779	0.977	0.248	16.839	49.918
Показатель детской смертности (10 лет)	47.698	9.304	438	779	0.895	0.195	29.089	66.306
Показатель смертности до 5 лет (10 лет)	11.672	4.356	439	781	0.846	0.373	2.960	20.384
Показатель постнеонатальной смерт (10 лет)	58.813	8.158	439	781	0.716	0.139	42.496	75.130
Общий коэффициент абортов (3 лет)	14.319	5.738	438	779	0.875	0.401	2.844	25.794
	1.118	0.158	NA	2979	0.819	0.142	0.801	1.434

НП = данные не приемлемы

Таблица В.6 Ошибка выборки для женщин - Ахалский велаят, Туркменистан, 2000

Переменная	Значение (R)	Стандартная ошибка (SE)	Кол-во случаев		Дизайн-эффект (DEFT)	Относительная ошибка (SE/R)	Доверительный интервал	
			Взвешенное (N)	Невзвешенное (WN)			R-2SE	R+2SE
Городское местожительство	0.320	0.023	1081	1145	1.621	0.072	0.274	0.366
Начальное/среднее образование	0.864	0.014	1081	1145	1.325	0.016	0.836	0.891
Средне-специальное образование	0.136	0.014	1081	1145	1.325	0.101	0.109	0.164
никогда не была замужем	0.348	0.017	1081	1145	1.189	0.050	0.314	0.382
В настоящее время замужем	0.610	0.015	1081	1145	1.026	0.025	0.580	0.640
Возраст вступления в брак до 20 лет	0.292	0.028	853	905	1.769	0.094	0.237	0.347
Первый половой контакт до 18 лет	0.094	0.017	853	905	1.654	0.176	0.061	0.127
Родившиеся дети	2.192	0.069	1081	1145	0.962	0.032	2.053	2.331
Дети, рожденные матерями >40 лет	5.266	0.156	201	212	0.999	0.030	4.955	5.578
Выжившие дети	1.939	0.065	1081	1145	1.032	0.034	1.809	2.070
Знают любой метод контрацепции	0.996	0.003	660	699	0.989	0.003	0.991	1.000
Знают любой современный метод	0.996	0.003	660	699	0.989	0.003	0.991	1.000
Использовали любой метод	0.903	0.009	660	699	0.821	0.010	0.884	0.922
Используют любой метод	0.663	0.013	660	699	0.704	0.020	0.637	0.689
Используют любой современ. метод	0.609	0.014	660	699	0.747	0.023	0.580	0.637
Используют таблетки	0.022	0.005	660	699	0.911	0.239	0.011	0.032
Используют таблетки	0.435	0.022	660	699	1.123	0.050	0.392	0.479
Используют презерватив	0.034	0.006	660	699	0.792	0.163	0.023	0.046
Используют женскую стерилизацию	0.026	0.008	660	699	1.267	0.303	0.010	0.041
Используют календарный метод	0.009	0.004	660	699	1.015	0.415	0.002	0.016
Использую прерванный половой акт	0.044	0.008	660	699	1.010	0.184	0.028	0.060
Используют ЛАМ	0.051	0.006	1081	1145	0.942	0.123	0.039	0.064
Источник государственного сектора	0.857	0.016	404	429	0.935	0.019	0.825	0.890
Не хотят иметь больше детей	0.525	0.015	660	699	0.783	0.029	0.495	0.556
Хотят иметь детей через 2 года	0.226	0.012	660	699	0.755	0.054	0.201	0.251
Идеальное количество детей	3.514	0.042	1045	1108	0.877	0.012	3.430	3.599
ИМТ < 18,5	0.087	0.010	1005	1065	1.159	0.118	0.067	0.108
ИМТот 18,5 до 30,0	0.808	0.014	1005	1065	1.140	0.018	0.780	0.837
ИМТ > 30,0	0.106	0.010	1005	1065	1.033	0.095	0.086	0.126
Вес/рост (< -2 SD)	0.042	0.007	1002	1062	1.033	0.156	0.029	0.055
Тяжелая анемия	0.010	0.004	1066	1130	1.211	0.379	0.002	0.017
Выраженная анемия	0.064	0.009	1066	1130	1.181	0.138	0.046	0.082
Умеренная анемия	0.374	0.018	1066	1130	1.239	0.049	0.337	0.411
Оказание мед.помощи в родах	0.927	0.016	480	507	1.037	0.018	0.895	0.960
Диарея в течение последних 2 нед.	0.021	0.006	441	466	0.942	0.306	0.008	0.034
Использована ОПТ-терапия	0.681	0.192	9	10	1.250	0.282	0.297	1.000
Другое медикаментозное лечение	0.316	0.075	9	10	0.489	0.237	0.166	0.467
Получили БЦЖ-вакцину	0.928	0.024	84	89	0.858	0.026	0.879	0.976
Получили АКДС-вакцину (3 дозы)	0.915	0.024	84	89	0.772	0.026	0.867	0.962
Получили полно-вакцину (3 дозы)	0.913	0.022	84	89	0.719	0.024	0.869	0.957
Получили противокоревую вакцину	0.778	0.042	84	89	0.919	0.054	0.694	0.861
Полная иммунизация	0.753	0.040	84	89	0.846	0.053	0.674	0.833
Вес/рост (< -2 SD)	0.053	0.009	408	430	0.792	0.169	0.035	0.072
Рост/возраст (< -2 SD)	0.240	0.023	408	430	1.013	0.095	0.194	0.285
Вес/возраст (< -2 SD)	0.076	0.012	408	430	0.879	0.154	0.052	0.099
Тяжелая анемия	0.000	0.000	374	396	НП	НП	0.000	0.000
Выраженная анемия	0.102	0.021	374	396	1.329	0.201	0.061	0.143
Умеренная анемия	0.208	0.029	374	396	1.380	0.137	0.151	0.265
Общий коэффициент рождаемости (3 лет)	2.912	0.212	НП	3230	1.248	0.073	2.488	3.336
Показатель неонатальной смертности (10 лет)	29.908	5.836	1064	1127	0.983	0.195	18.235	41.580
Показатель младенческой смертности (10 лет)	74.395	8.401	1066	1129	0.998	0.113	57.592	91.198
Показатель детской смертности (10 лет)	9.730	3.201	1064	1127	1.055	0.329	3.328	16.131
Показатель смертности до 5 лет (10 лет)	83.401	8.600	1067	1130	0.966	0.103	66.202	100.600
Показатель постнеонатальной смерт (10 лет)	44.487	6.372	1065	1128	1.018	0.143	31.742	57.232
Общий коэффициент абортот (3 лет)	0.481	0.117	НП	3230	1.276	0.244	0.247	0.715

НП = данные не приемлемы

Таблица В.7 Ошибки выборки для женщин - Балканский велаят, Туркменистан 2000

Переменная	Значение (R)	Стандартная ошибка (SE)	Кол-во случаев			Относительная ошибка (SE/R)	Доверительный интервал	
			Неизвестное (N)	Введенное (WN)	Дизайн эффект (DEFT)		R-2SE	R+2SE
Городское местожительство	0.796	0.015	1000	709	1.147	0.018	0.766	0.825
Начальное/среднее образование	0.736	0.022	1000	709	1.548	0.029	0.693	0.779
Средне-специальное образование	0.264	0.022	1000	709	1.548	0.082	0.221	0.307
Никогда не была замужем	0.333	0.021	1000	709	1.407	0.063	0.291	0.375
Замужем в настоящее время	0.598	0.017	1000	709	1.116	0.029	0.563	0.633
Возраст вступления в брак до 20 лет	0.231	0.019	821	581	1.275	0.081	0.194	0.269
Первый половой контакт до 18 лет	0.064	0.010	821	581	1.112	0.148	0.045	0.083
Родившиеся дети	2.024	0.078	1000	709	1.098	0.039	1.868	2.181
Дети, рожденные женщинами старше 40 лет	4.819	0.235	207	147	1.458	0.049	4.349	5.289
Выжившие дети	1.849	0.063	1000	709	0.980	0.034	1.723	1.974
Знают любой метод контрацепции	0.981	0.007	595	424	1.199	0.007	0.967	0.994
Знают любой современный метод контрацепции	0.981	0.007	595	424	1.199	0.007	0.967	0.994
Использовали любой метод контрацепции	0.860	0.015	595	424	1.055	0.017	0.830	0.890
используют любой метод контрацепции	0.611	0.023	595	424	1.138	0.037	0.566	0.657
Используют любой современный метод контрацепции	0.487	0.020	595	424	0.968	0.041	0.448	0.527
Используют таблетки	0.003	0.002	595	424	0.929	0.697	0.000	0.007
Используют ВМС	0.372	0.023	595	424	1.138	0.061	0.327	0.417
Используют презерватив	0.018	0.006	595	424	1.013	0.307	0.007	0.029
Используют женскую стерилизацию	0.017	0.003	595	424	0.627	0.197	0.010	0.023
Используют календарный метод	0.020	0.006	595	424	1.054	0.306	0.008	0.032
Используют прерванный половой акт	0.053	0.012	595	424	1.297	0.224	0.029	0.077
Используют ИАМ	0.040	0.010	1000	709	1.545	0.240	0.021	0.059
Источник государственного сектора	0.861	0.029	306	216	1.471	0.034	0.802	0.919
Не хотят более иметь детей	0.454	0.023	595	424	1.102	0.050	0.409	0.499
Хотят иметь детей через 2 года	0.149	0.014	595	424	0.935	0.092	0.122	0.177
Идеальное количество детей	3.434	0.065	965	684	1.228	0.019	3.305	3.563
ИМТ < 18,5	0.135	0.014	950	672	1.305	0.107	0.106	0.163
ИМТ от 18.5 до 30.0	0.746	0.013	950	672	0.891	0.017	0.721	0.771
ИМТ > 30.0	0.120	0.013	950	672	1.224	0.108	0.094	0.146
Вес/рост (< -2 SD)	0.075	0.009	949	672	1.062	0.121	0.057	0.093
Тяжелая анемия	0.018	0.005	995	705	1.153	0.273	0.008	0.027
Выраженная анемия	0.128	0.012	995	705	1.147	0.095	0.104	0.153
Умеренная анемия	0.449	0.019	995	705	1.209	0.042	0.411	0.487
Матерям оказана медицинская помощь в родах	0.961	0.012	386	277	1.059	0.012	0.938	0.985
Диарея в течение последних 2 недель	0.032	0.009	362	259	1.023	0.295	0.013	0.051
Использована ОПТ-терапия	0.772	0.105	12	8	0.855	0.136	0.563	0.982
Использовано медикаментозное лечение	0.307	0.147	12	8	1.086	0.477	0.014	0.600
Получили БЦЖ-вакцину	0.873	0.046	78	55	1.212	0.052	0.782	0.965
Получили АКДС-вакцину (3 дозы)	0.849	0.047	78	55	1.084	0.055	0.756	0.942
Получили полно-вакцину (3 дозы)	0.856	0.045	78	55	1.132	0.053	0.766	0.946
Получили противокоревую вакцину	0.807	0.050	78	55	1.063	0.062	0.707	0.906
Полная иммунизация	0.781	0.057	78	55	1.176	0.073	0.666	0.895
Вес/рост (< -2 SD)	0.038	0.013	343	247	1.281	0.346	0.012	0.064
Рост/возраст (< -2 SD)	0.143	0.020	343	247	1.054	0.139	0.104	0.183
Вес/возраст (< -2 SD)	0.116	0.021	343	247	1.244	0.183	0.073	0.158
Тяжелая анемия	0.013	0.007	322	233	1.067	0.515	0.000	0.026
Выраженная анемия	0.246	0.027	322	233	1.071	0.110	0.192	0.300
Умеренная анемия	0.252	0.029	322	233	1.195	0.116	0.194	0.310
Коэффициент общей рождаемости (3 года)	2.681	0.213	НП	2020	1.398	0.079	2.255	3.107
Показатель неонатальной смертности (10 лет)	29.971	5.496	869	625	0.944	0.183	18.978	40.964
Показатель младенческой смертности (10 лет)	50.907	8.040	870	626	1.064	0.158	34.828	66.986
Показатель детской смертности (10 лет)	12.197	4.307	870	626	1.227	0.353	3.584	20.811
Показатель смертности до 5 лет (10 лет)	62.484	8.004	871	626	0.994	0.128	46.476	78.492
Показатель постнеонатальной смертности (10 лет)	20.936	4.865	870	626	0.968	0.232	11.206	30.667
Общий коэффициент абортов (3 года)	0.754	0.134	НП	2020	1.333	0.178	0.485	1.022

НП = Данные не приемлемы

Таблица В.8 Ошибка выборки для женщин - Дацогоузский вেলাят: Туркменистан 2000

Переменная	Значение (R)	Стандартная ошибка (SE)	Кол-во случаев			Относительная ошибка (SE/R)	Доверительный интервал	
			Неизвестное (N)	Взвешенное (WN)	Дизайн-эффект (DEFT)		R-2SE	R+2SE
Городское местожительство	0.328	0.031	2833	1628	3.526	0.095	0.266	0.390
Начальное/среднее образование	0.797	0.010	2833	1628	1.340	0.013	0.777	0.818
Средне-специальное образование	0.203	0.010	2833	1628	1.340	0.050	0.182	0.223
Никогда не была замужем	0.372	0.015	2833	1628	1.629	0.040	0.342	0.402
Замужем в настоящее время	0.584	0.012	2833	1628	1.275	0.020	0.560	0.607
Возраст вступления в брак до 20 лет	0.285	0.012	2244	1293	1.259	0.042	0.261	0.309
Первый половой контакт до 18 лет	0.086	0.007	2244	1293	1.250	0.086	0.072	0.101
Родившиеся дети	2.206	0.050	2833	1628	1.035	0.023	2.106	2.305
Дети, рожденные женщинами старше 40 лет	5.774	0.152	481	283	1.320	0.026	5.470	6.078
Выжившие дети	1.946	0.045	2833	1628	1.068	0.023	1.857	2.035
Знают любой метод контрацепции	0.992	0.002	1656	950	1.152	0.003	0.987	0.997
Знают любой современный метод контрацепции	0.992	0.002	1656	950	1.152	0.003	0.987	0.997
Использовали любой метод контрацепции	0.903	0.008	1656	950	1.154	0.009	0.886	0.920
используют любой метод контрацепции	0.558	0.014	1656	950	1.134	0.025	0.530	0.586
Используют любой современный метод контрацепции	0.548	0.014	1656	950	1.152	0.026	0.520	0.577
Используют таблетки	0.005	0.002	1656	950	1.138	0.386	0.001	0.009
Используют ВМС	0.405	0.014	1656	950	1.183	0.035	0.377	0.434
Используют презерватив	0.005	0.001	1656	950	0.733	0.267	0.002	0.007
Используют женскую стерилизацию	0.011	0.003	1656	950	1.068	0.251	0.005	0.016
Используют календарный метод	0.003	0.001	1656	950	0.946	0.434	0.000	0.005
Используют прерванный половой акт	0.007	0.002	1656	950	1.201	0.361	0.002	0.011
Используют ЛАМ	0.069	0.005	2833	1628	1.008	0.069	0.060	0.079
Источник государственного сектора	0.786	0.014	925	533	1.011	0.017	0.759	0.813
Не хотят более иметь детей	0.531	0.015	1656	950	1.198	0.028	0.502	0.561
Хотят иметь детей через 2 года	0.154	0.011	1656	950	1.191	0.069	0.133	0.175
Идеальное количество детей	3.475	0.033	2476	1427	1.087	0.010	3.408	3.542
ИМТ < 18,5	0.105	0.007	2624	1510	1.181	0.067	0.090	0.119
ИМТ от 18,5 до 30,0	0.813	0.009	2624	1510	1.157	0.011	0.795	0.830
ИМТ > 30,0	0.083	0.009	2624	1510	1.594	0.103	0.066	0.100
Вес/рост (< -2 SD)	0.058	0.004	2618	1506	0.980	0.077	0.049	0.067
Тяжелая анемия	0.018	0.003	2792	1606	1.084	0.154	0.012	0.023
Выраженная анемия	0.105	0.008	2792	1606	1.307	0.072	0.090	0.120
Умеренная анемия	0.401	0.011	2792	1606	1.238	0.029	0.378	0.424
Матерям оказана медицинская помощь в родах	0.971	0.008	1384	801	1.342	0.008	0.955	0.987
Диарея в течение последних 2 недель	0.015	0.004	1275	735	1.084	0.249	0.007	0.022
Использована ОРТ-терапия	0.814	0.078	22	11	0.864	0.096	0.658	0.970
Использовано медикаментозное лечение	0.596	0.126	22	11	1.104	0.211	0.344	0.847
Получили БЖВ-вакцину	0.989	0.007	214	126	1.029	0.007	0.974	1.000
Получили АКДС-вакцину (3 дозы)	0.984	0.008	214	126	0.878	0.008	0.969	0.999
Получили полио-вакцину (3 дозы)	0.965	0.012	214	126	0.967	0.012	0.941	0.989
Получили противокоревую вакцину	0.918	0.025	214	126	1.334	0.027	0.868	0.967
Полная иммунизация	0.899	0.025	214	126	1.233	0.028	0.849	0.949
Вес/рост (< -2 SD)	0.050	0.006	1093	635	0.962	0.127	0.038	0.063
Рост/возраст (< -2 SD)	0.272	0.016	1093	635	1.134	0.058	0.241	0.304
Вес/возраст (< -2 SD)	0.160	0.015	1093	635	1.263	0.092	0.131	0.190
Тяжелая анемия	0.014	0.003	895	526	0.894	0.252	0.007	0.020
Выраженная анемия	0.238	0.016	895	526	1.121	0.069	0.205	0.271
Умеренная анемия	0.268	0.017	895	526	1.126	0.062	0.235	0.301
Коэффициент общей рождаемости (3 года)	3.137	0.112	НП	4574	1.185	0.036	2.912	3.361
Показатель неонатальной смертности (10 лет)	29.522	3.331	2932	1707	0.980	0.113	22.859	36.185
Показатель младенческой смертности (10 лет)	80.402	6.896	2934	1708	1.233	0.086	66.610	94.194
Показатель детской смертности (10 лет)	18.772	3.115	2942	1713	1.218	0.166	12.543	25.002
Показатель смертности до 5 лет (10 лет)	97.665	7.560	2944	1714	1.262	0.077	82.545	112.785
Показатель постнеонатальной смертности (10 лет)	50.880	5.454	2934	1708	1.211	0.107	39.971	61.788
Общий коэффициент абортов (3 года)	0.599	0.064	НП	4574	1.161	0.107	0.471	0.727

НП = Данные не приемлемы

Таблица В.9 Ошибки выборки для женщин -Лебапский велаят: Туркменистан 2000

Переменная	Значение (R)	Стандартная ошибка (SE)	Количество случаев			Относительная ошибка (SE/R)	Доверительный интервал	
			Неизвестное (N)	Взвешенное (WN)	Дизайн-эффект (DEFT)		R-2SE	R+2SE
Городское местожительство	0.443	0.048	1263	1607	3.429	0.108	0.347	0.539
Начальное/среднее образование	0.591	0.020	1263	1607	1.411	0.033	0.552	0.630
Средне-специальное образование	0.409	0.020	1263	1607	1.411	0.048	0.370	0.448
Никогда не была замужем	0.299	0.017	1263	1607	1.327	0.057	0.265	0.333
Замужем в настоящее время	0.641	0.014	1263	1607	1.049	0.022	0.613	0.669
Возраст вступления в брак до 20 лет	0.349	0.017	996	1258	1.157	0.050	0.314	0.384
Первый половой контакт до 18 лет	0.078	0.009	996	1258	1.115	0.121	0.059	0.097
Родившиеся дети	2.189	0.052	1263	1607	0.828	0.024	2.085	2.293
Дети, рожденные женщинами старше 40 лет	4.780	0.145	234	307	1.061	0.030	4.490	5.070
Выжившие дети	2.007	0.044	1263	1607	0.788	0.022	1.918	2.096
Знают любой метод контрацепции	0.993	0.004	817	1030	1.285	0.004	0.986	1.000
Знают любой современный метод контрацепции	0.992	0.004	817	1030	1.243	0.004	0.984	1.000
Использовали любой метод контрацепции	0.858	0.008	817	1030	0.680	0.010	0.842	0.875
используют любой метод контрацепции	0.629	0.016	817	1030	0.940	0.025	0.597	0.661
Используют любой современный метод контрацепции	0.485	0.017	817	1030	0.983	0.035	0.451	0.520
Используют таблетки	0.005	0.003	817	1030	0.989	0.474	0.000	0.010
Используют ВМС	0.361	0.015	817	1030	0.876	0.041	0.331	0.390
Используют презерватива	0.015	0.004	817	1030	0.871	0.244	0.008	0.023
Используют женскую стерилизацию	0.023	0.005	817	1030	0.924	0.209	0.014	0.033
Используют календарный метод	0.033	0.005	817	1030	0.788	0.148	0.023	0.043
Используют прерванный половой акт	0.087	0.009	817	1030	0.942	0.107	0.068	0.106
Используют ЛАМ	0.041	0.008	1263	1607	1.349	0.183	0.026	0.056
Источник государственного сектора	0.847	0.026	414	516	1.459	0.030	0.796	0.899
Не хотят более иметь детей	0.560	0.018	817	1030	1.058	0.033	0.524	0.597
Хотят иметь детей через 2 года	0.212	0.014	817	1030	0.987	0.067	0.184	0.240
Идеальное количество детей	3.326	0.057	1248	1588	1.376	0.017	3.213	3.440
ИМТ < 18.5	0.084	0.011	1173	1494	1.418	0.137	0.061	0.107
ИМТ от 18.5 до 30.0	0.811	0.014	1173	1494	1.193	0.017	0.784	0.839
ИМТ > 30.0	0.105	0.006	1173	1494	0.710	0.061	0.092	0.117
Вес/рост (< -2 SD)	0.037	0.007	1173	1494	1.216	0.182	0.023	0.050
Тяжелая анемия	0.009	0.003	1258	1601	1.096	0.325	0.003	0.015
Выраженная анемия	0.064	0.007	1258	1601	1.057	0.114	0.049	0.078
Умеренная анемия	0.306	0.015	1258	1601	1.142	0.049	0.276	0.335
Матерям оказана медицинская помощь в родах	0.998	0.002	590	729	0.932	0.002	0.995	1.000
Диарея в течение последних 2 недель	0.032	0.007	560	692	0.932	0.220	0.018	0.045
Использована ОПТ-терапия	0.776	0.086	18	22	0.855	0.111	0.604	0.948
Использовано медикаментозное лечение	0.356	0.142	18	22	1.232	0.400	0.071	0.641
Получили БЦЖ-вакцину	0.992	0.008	116	144	0.977	0.008	0.975	1.000
Получили АКДС-вакцину (3 дозы)	0.965	0.016	116	144	0.954	0.017	0.932	0.998
Получили полно-вакцину (3 дозы)	0.958	0.018	116	144	0.969	0.019	0.921	0.994
Получили противокоревую вакцину	0.975	0.014	116	144	0.950	0.014	0.947	1.000
Полная иммунизация	0.940	0.022	116	144	0.977	0.023	0.896	0.983
Вес/рост (< -2 SD)	0.036	0.006	539	668	0.723	0.170	0.024	0.048
Рост/возраст (< -2 SD)	0.219	0.018	539	668	0.955	0.082	0.183	0.256
Вес/возраст (< -2 SD)	0.121	0.016	539	668	1.040	0.128	0.090	0.152
Тяжелая анемия	0.008	0.006	483	598	1.511	0.775	0.000	0.020
Выраженная анемия	0.176	0.017	483	598	0.988	0.098	0.141	0.210
Умеренная анемия	0.226	0.028	483	598	1.430	0.125	0.169	0.283
Коэффициент общей рождаемости (3 года)	2.970	0.201	НП	4487	1.340	0.068	2.568	3.373
Показатель неонатальной смертности (10 лет)	20.857	3.887	1290	1592	0.950	0.186	13.083	28.632
Показатель младенческой смертности (10 лет)	48.584	6.278	1290	1592	1.030	0.129	36.028	61.140
Показатель детской смертности (10 лет)	18.885	3.559	1292	1594	0.878	0.188	11.768	26.002
Показатель смертности до 5 лет (10 лет)	66.552	7.130	1292	1594	0.942	0.107	52.291	80.812
Показатель постнеонатальной смертности (10 лет)	27.727	5.571	1290	1592	1.180	0.201	16.586	38.869
Общий коэффициент абортов (3 года)	1.158	0.128	НП	4487	1.158	0.111	0.901	1.414

НП = данные не приемлемы

Таблица в.10 Ошибки выборки для женщин - Марыйский велаят, Туркменистан 2000

Переменная	Значение (R)	Стандартная ошибка (SE)	Кол-во случаев		Дизайн-эффект (DEFT)	Относительная ошибка (SE/R)	Доверительный интервал	
			Неизвестное (N)	Взвешенное (WN)			R-2SE	R+2SE
Городское местожительство	0.265	0.030	1157	1791	2.312	0.113	0.205	0.325
Начальное/среднее образование	0.840	0.014	1157	1791	1.322	0.017	0.812	0.869
Средне-специальное образование	0.160	0.014	1157	1791	1.322	0.089	0.131	0.188
Никогда не была замужем	0.312	0.013	1157	1791	0.974	0.042	0.286	0.339
Замужем в настоящее время	0.642	0.016	1157	1791	1.114	0.024	0.611	0.674
Возраст вступления в брак до 20 лет	0.247	0.012	921	1427	0.860	0.050	0.222	0.271
Первый половой контакт до 18 лет	0.057	0.009	921	1427	1.200	0.160	0.039	0.076
Родившиеся дети	2.212	0.058	1157	1791	0.895	0.026	2.095	2.328
Дети, рожденные женщинами старше 40 лет	4.917	0.138	223	340	0.994	0.028	4.641	5.194
Выжившие дети	1.924	0.050	1157	1791	0.892	0.026	1.825	2.024
Знают любой метод контрацепции	1.000	0.000	741	1150	NA	0.000	1.000	1.000
Знают любой современный метод контрацепции	1.000	0.000	741	1150	NA	0.000	1.000	1.000
Использовали любой метод контрацепции	0.914	0.010	741	1150	0.996	0.011	0.893	0.934
Используют любой метод контрацепции	0.645	0.016	741	1150	0.886	0.024	0.614	0.676
Используют любой современный метод контрацепции	0.533	0.015	741	1150	0.830	0.029	0.503	0.564
Используют таблетки	0.011	0.003	741	1150	0.874	0.304	0.004	0.018
Используют ВМС	0.407	0.016	741	1150	0.912	0.040	0.374	0.440
Используют презерватив	0.006	0.004	741	1150	1.194	0.545	0.000	0.013
Используют женскую стерилизацию	0.022	0.007	741	1150	1.220	0.301	0.009	0.035
Используют календарный метод	0.020	0.005	741	1150	0.947	0.243	0.010	0.030
Используют прерванный половой акт	0.081	0.009	741	1150	0.909	0.113	0.063	0.099
Используют ЛАМ	0.052	0.006	1157	1791	0.862	0.108	0.041	0.063
Источник государственного сектора	0.844	0.015	403	629	0.826	0.018	0.815	0.874
Не хотят более иметь детей	0.542	0.027	741	1150	1.464	0.049	0.488	0.596
Хотят иметь детей через 2 года	0.141	0.016	741	1150	1.227	0.111	0.109	0.172
Идеальное количество детей	3.358	0.034	1064	1647	0.876	0.010	3.291	3.426
ИМТ < 18,5	0.115	0.007	1075	1662	0.738	0.063	0.101	0.129
ИМТ от 18,5 до 30,0	0.790	0.012	1075	1662	0.982	0.015	0.765	0.814
ИМТ > 30,0	0.096	0.008	1075	1662	0.936	0.088	0.079	0.113
Вес/рост (< -2 SD)	0.059	0.008	1074	1660	1.157	0.141	0.042	0.075
Тяжелая анемия	0.006	0.002	1129	1744	1.023	0.396	0.001	0.011
Выраженная анемия	0.095	0.013	1129	1744	1.503	0.138	0.068	0.121
Умеренная анемия	0.434	0.019	1129	1744	1.304	0.044	0.395	0.472
Матерям оказана медицинская помощь в родах	0.972	0.010	583	914	1.193	0.011	0.951	0.992
Диарея в течение последних 2 недель	0.048	0.010	516	808	0.988	0.198	0.029	0.067
Использована ОПТ-терапия	0.795	0.069	26	39	0.852	0.087	0.657	0.934
Использовано медикаментозное лечение	0.445	0.098	26	39	0.946	0.221	0.249	0.642
Получили БЦЖ-вакцину	0.946	0.024	99	157	1.069	0.025	0.898	0.994
Получили АКДС-вакцину (3 дозы)	0.956	0.021	99	157	1.060	0.022	0.914	0.999
Получили полио-вакцину (3 дозы)	0.947	0.024	99	157	1.058	0.025	0.899	0.994
Получили противохоревую вакцину	0.923	0.030	99	157	1.114	0.032	0.864	0.982
Полная иммунизация	0.893	0.034	99	157	1.100	0.038	0.825	0.960
Вес/рост (< -2 SD)	0.076	0.011	461	720	0.861	0.144	0.054	0.098
Рост/возраст (< -2 SD)	0.231	0.023	461	720	1.170	0.100	0.184	0.277
Вес/возраст (< -2 SD)	0.112	0.016	461	720	1.083	0.145	0.079	0.144
Тяжелая анемия	0.000	0.000	445	697	НП	НП	0.000	0.000
Выраженная анемия	0.074	0.018	445	697	1.374	0.240	0.038	0.109
Умеренная анемия	0.081	0.017	445	697	1.339	0.214	0.047	0.116
Коэффициент общей рождаемости (3 года)	3.088	0.187	НП	5029	1.384	0.061	2.713	3.462
Показатель неонатальной смертности (10 лет)	48.908	5.420	1195	1865	0.734	0.111	38.069	59.748
Показатель младенческой смертности (10 лет)	98.570	10.213	1195	1865	1.056	0.104	78.144	118.997
Показатель детской смертности (10 лет)	26.764	5.114	1197	1868	0.996	0.191	16.536	36.992
Показатель смертности до 5 лет (10 лет)	122.696	11.290	1198	1870	1.082	0.092	100.116	145.275
Показатель постнеонатальной смертности (10 лет)	49.662	7.155	1194	1864	1.118	0.144	35.352	63.972
Общий коэффициент абортов (3 года)	0.941	0.129	НП	5029	1.112	0.137	0.683	1.200

НП = данные не приемлемы

Таблица С.1 Распределение членов домовладений по возрасту

Возрастное распределение членов домовладений в зависимости от пола (азвешенное). Туркменистан 2000.

Возраст, лет Процент	Мужчины		Женщины		Возраст, лет	Мужчины		Женщины	
	Кол-во	Процент	Кол-во	Процент		Кол-во	Процент	Кол-во	Процент
0	382	2,6	342	2,2	37	184	1,2	174	1,1
1	301	2,0	347	2,2	38	182	1,2	208	1,3
2	343	2,3	310	2,0	39	191	1,3	212	1,3
3	366	2,5	345	2,2	40	196	1,3	157	1,0
4	348	2,3	347	2,2	41	154	1,0	177	1,1
5	360	2,4	371	2,3	42	175	1,2	151	1,0
6	410	2,7	408	2,6	43	141	0,9	189	1,2
7	364	2,4	369	2,3	44	124	0,8	178	1,1
8	393	2,6	360	2,3	45	136	0,9	150	0,9
9	396	2,7	386	2,4	46	132	0,9	145	0,9
10	422	2,8	400	2,5	47	125	0,8	146	0,9
11	362	2,4	366	2,3	48	114	0,8	140	0,9
12	387	2,6	406	2,6	49	129	0,9	102	0,6
13	447	3,0	382	2,4	50	140	0,9	188	1,2
14	351	2,4	411	2,6	51	77	0,5	107	0,7
15	329	2,2	326	2,1	52	104	0,7	124	0,8
16	380	2,5	336	2,1	53	92	0,6	112	0,7
17	344	2,3	326	2,0	54	68	0,5	72	0,5
18	287	1,9	328	2,1	55	37	0,2	61	0,4
19	187	1,3	332	2,1	56	38	0,3	40	0,2
20	188	1,3	305	1,9	57	52	0,4	41	0,3
21	275	1,8	321	2,0	58	73	0,5	97	0,6
22	290	1,9	289	1,8	59	78	0,5	80	0,5
23	282	1,9	339	2,1	60	93	0,6	111	0,7
24	292	2,0	322	2,0	61	61	0,4	75	0,5
25	309	2,1	258	1,6	62	85	0,6	98	0,6
26	260	1,7	267	1,7	63	93	0,6	87	0,5
27	268	1,8	252	1,6	64	57	0,4	89	0,6
28	262	1,8	238	1,5	65	49	0,3	54	0,3
29	213	1,4	243	1,5	66	46	0,3	63	0,4
30	232	1,6	231	1,5	67	60	0,4	69	0,4
31	230	1,5	247	1,6	68	60	0,4	66	0,4
32	213	1,4	185	1,2	69	48	0,3	60	0,4
33	193	1,3	192	1,2	70+	359	2,4	580	3,7
34	199	1,3	210	1,3	Не знает/ пропущено	3	0,0	2	0,0
35	167	1,1	207	1,3					
36	157	1,0	179	1,1	Всего	14,946	100,0	15,885	100,0

Примечание. Население de facto включает всех действительных членов домовладения и тех, кто провел ночь, предшествующую интервью, в этом домовладении.

Таблица С.2.1 Распределение проинтервьюированных и соответствующих критериям женщин в зависимости от возраста

Процентное распределение членов домохозяйств женского пола de facto в возрасте 10-54 лет и процент (взвешенный) женщин 15-49 лет, соответствующих критериям отбора и прошедших интервью, в зависимости от пятилетних возрастных групп. Туркменистан, 2000.

Возраст, лет	Члены домохозяйств женщины		Проинтервьюированные женщины		Процент (взвешенный)
	Кол-во	Процент	Кол-во	Процент	
10-14	1,965	НП	НП	НП	НП
15-19	1,647	20.4	1,554	20.2	94.4
20-24	1,577	19.6	1,517	19.7	96.2
25-29	1,257	15.6	1,206	15.7	95.9
30-34	1,064	13.2	1,026	13.3	96.4
35-39	979	12.2	941	12.2	96.1
40-44	852	10.6	811	10.5	95.2
45-49	683	8.5	645	8.4	94.5
50-54	603	НП	НП	НП	НП
15-49	8,059	НП	7,700	НП	95.5

Примечание. Население домохозяйств de facto включает всех действительных членов домохозяйств и тех, кто провел ночь, предшествующую интервью, в этом домохозяйстве.

НП - данные не применимы

Таблица С.3 Полнота ответственности

Процент (взвешенный) пропущенных случаев по некоторым показателям демографической характеристики и здоровья. Туркменистан, 2000.

Показатель	Исследуемая группа	Процент пропущенных случаев	Кол-во случаев
Дата рождения	Родившиеся за последние 15 лет		
Месяц		0.22	11,312
Месяц и год		0.00	11,312
Возраст смерти	Случай смерти за последние 15 лет	0.07	1,006
Возраст/дата вступления в первый брак¹	Женщины, бывшие замужем	0.07	5,356
Образование респондента	Все женщины	0.00	7,919
Антропометрия	Дети в возрасте 0-59 месяцев	2.47	3,494
Рост		6.84	3,292
Вес		6.74	3,292
Рост или вес		7.47	3,292
Диарея за последние 2 недели	Дети в возрасте 0-59 месяцев	0.36	3,292
Анемия			
Дети	Дети в возрасте 6-59 месяцев	10.32	2,936
Женщины	Все женщины 15-49 лет	0.00	7,919

¹ Пропущены год и возраст

С.4 Количество родившихся по календарным годам

Распределение родившихся по календарю западного типа - живые (Ж), умершие (У) и все (В) дети в зависимости от полноты ответственности, пола при рождении и родившихся по календарным годам. Туркменистан, 2000.

Год	Количество родившихся			Процент с полной датой рождения ¹			Соотношение пола при рождении ²			Соотношение по календарю ³			Мужской			Женский		
	(Ж)	(У)	(В)	(Ж)	(У)	(В)	(Ж)	(У)	(В)	(Ж)	(У)	(В)	(Ж)	(У)	(В)	(Ж)	(У)	(В)
2000	436	17	453	100.0	100.0	100.0	120.1	61.1	117.0	НП	НП	НП	238	7	245	198	11	209
1999	667	54	721	100.0	100.0	100.0	87.6	141.3	90.8	123.5	163.7	125.9	312	32	343	355	22	378
1998	644	49	692	100.0	100.0	100.0	103.8	163.8	107.1	99.1	78.7	97.3	328	30	358	316	18	334
1997	632	70	702	100.0	100.0	100.0	111.3	152.0	114.8	96.8	116.3	98.4	333	42	375	299	28	327
1996	663	71	734	100.0	100.0	100.0	107.1	100.5	106.5	98.6	91.8	97.9	343	36	378	320	35	355
1995	713	85	798	100.0	100.0	100.0	88.5	197.5	96.2	101.5	121.8	103.3	335	57	391	378	29	407
1994	742	69	811	99.8	100.0	99.8	104.4	112.7	105.0	100.3	80.8	98.3	379	37	416	363	32	396
1993	767	85	852	100.0	97.7	99.8	96.9	169.6	102.3	107.9	113.5	108.4	377	54	431	390	32	421
1992	680	82	761	99.9	98.7	99.8	103.6	94.8	102.7	93.3	116.1	95.3	346	40	386	334	42	376
1991	690	55	745	99.8	100.0	99.9	101.4	177.2	105.6	НП	НП	НП	347	35	383	343	20	362
1996-2000	3,041	261	3,302	100.0	100.0	100.0	104.3	127.4	106.0	НП	НП	НП	1,553	146	1,699	1,489	115	1,603
1991-1995	3,591	376	3,968	99.9	99.2	99.8	98.7	143.5	102.3	НП	НП	НП	1,784	222	2,006	1,807	155	1,962
1986-1990	3,469	343	3,811	99.8	97.2	99.6	105.8	135.4	108.2	НП	НП	НП	1,783	197	1,980	1,685	146	1,831
1981-1985	2,542	362	2,904	99.7	98.5	99.6	103.0	122.2	105.2	НП	НП	НП	1,290	199	1,489	1,252	163	1,415
< 1981	2,373	446	2,819	99.7	99.0	99.6	103.0	123.6	106.0	НП	НП	НП	1,204	247	1,451	1,169	200	1,369
Все	15,016	1,789	16,804	99.8	98.7	99.7	102.9	130.1	105.5	НП	НП	НП	7,614	1,011	8,625	7,402	777	8,179

НП - данные не применимы

¹Указаны год и месяц рождения

² $(P_m/P_x)*100$, где P_m и P_x - количество родившихся мужского и женского пола, соответственно

³ $[2P_x/(P_{x-1}+P_{x+1})]*100$, где P_x - количество родившихся за календарный год x

Таблица С.5 Информация о возрасте смерти в днях

Распределение сообщенных случаев смерти в возрасте до одного месяца в зависимости от возраста смерти в днях и процент случаев неонатальной смертности в возрасте 0-6 дней за пятилетние периоды, предшествовавшие исследованию. Туркменистан, 2000.

Возраст смерти (в днях)	Кол-во лет, предшествовавших исследованию				Всего 0-19
	0-4	5-9	10-14	15-19	
<1	12	11	18	8	50
1	23	22	26	20	92
2	16	13	4	13	45
3	17	19	18	13	67
4	4	10	4	9	27
5	6	4	3	7	19
6	4	0	2	2	7
7	13	9	4	9	35
8	0	0	2	0	2
9	2	1	2	1	6
10	6	7	1	4	18
11	0	0	4	1	5
12	0	3	2	1	6
13	0	1	3	1	5
14	0	1	0	0	1
15	6	3	5	2	16
16	2	1	0	1	4
17	2	2	0	2	6
18	0	1	2	0	3
19	0	1	0	0	1
20	5	9	2	4	19
22	2	2	0	0	3
23	1	0	0	0	1
24	1	1	0	0	2
25	2	4	0	0	5
27	0	1	1	1	3
28	1	2	1	1	4
31+	0	1	1	2	4
Всего 0-30 ¹	123	128	101	100	452
Процент ранней неонатальной смертности ²	66.2	61.9	73.5	72.1	67.9

¹ Включает случаи, для которых возраст при смерти (точных днях) не известен

² (0-6 дней/0-3 дней) * 100

ЛИЦА, ПРИНИМАВШИЕ УЧАСТИЕ В ПРОГРАММЕ МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ТУРКМЕНИСТАНА 2000

D

Национальный консультант

Сопыев Б.С.

Технические директора

Назаров Ч.М.
Акмурадова Г.А.

Сотрудники Макро Интернэшнл

Салливан Д.М.	технический директор
Шарман А.Т.	координатор по международному здравоохранению
Темме А.	руководитель группы компьютерной обработки данных
Мамаду Т.	специалист по статистической выборке
Сэйхан Х.	демограф
Уайнстайн К.	консультант
Мур С.	редактор
Хан Ц.	специалист по печатной продукции

Национальный консультативный комитет ПМДТ 2000

Назаров Ч.М.	Директор НКЦ ОЗМР им.Курбансолтан эдже МЗ и МП Туркменистана
Аманниязова Л.Д.	Заместитель директора Института государственной статистики и информации "Туркменмиллихасабат"
Самаркина Е.Ю.	Менеджер медицинских программ USAID Туркменистан
Хелленов Э.А.	Представитель Фонда народоселения ООН
Аннамухамедова А.	Национальный координатор ФНН ООН
Абрамов А.М.	Специалист по делам ЮНИСЕФ в Туркменистане
Шарман А.Т.	координатор по международному здравоохранению Макро Интернэшнл, США

Правительство Туркменистана

Бердымухаммедов Г.М.	Министр Здравоохранения и медицинской промышленности Заместитель председателя Кабинета Министров Туркменистана
Сопыев Б.С.	Заместитель министра МЗ и МП Туркменистана
Байрамов Д.Б.	Директор Института государственной статистики и информации "Туркменмиллихасабат"
Аманниязова Л.Д.	Заместитель директора Института государственной статистики и информации "Туркменмиллихасабат"
Эзизова Г.К.	Начальник отдела лечебно-профилактической помощи МЗ и МПТ
Гаирова Б.А.	Главный специалист МЗ и МПТ

Руководители отделов здравоохранения

Назарова А.	г.Ашгабат
Назарова О.Р.	Ахалский вেলাят
Казаналиева Т.Я.	Балканский вেলাят
Реджепова С.	Дашогузский вেলাят
Абдуллаев Б.А.	Лебапский вেলাят
Чарыев М.	Марыйский вেলাят

Лица, участвовавшие в основных исследованиях

<i>г.Ашгабат</i>	<i>Ахалский вেলাят</i>	<i>Балканский вেলাят</i>
Координатор	Координатор	Координатор
Акмурадова Г.А.	Назарова О.Р.	Казаналиева Т.Я.
Супервизор	Супервизор	Супервизор
Каландарова М.	Каррыева Г.К.	Непесова И.И.
Полевой редактор	Полевой редактор	Полевой редактор
Каррыева Г.К.	Караева Б.А.	Гельдыева О.
Интервьюеры	Интервьюеры	Интервьюеры
Атаева Л., Морозова И., Шихлиева Г., Ибрагимова М., Дурдыева О.	Атаева Л., Морозова И., Шихлиева Г., Союнджалиева О., Джумадурдыева М.,	Оразова Г., Ялкашова О., Глычджанова Б., Мередова Н., Алланурова Г.,
Мед.техник	Мед.техник	Мед.техник
Гурбанов Д.	Гурбанов Д.	Пихиев Н.

<i>Дашогузский вেলাят</i>	<i>Лебапский вেলাят</i>	<i>Марыйский вেলাят</i>
Координатор	Координатор	Координатор
Реджепова С.	Абдуллаев Б.А.	Чарыев М.
Супервизор	Супервизор	Супервизор
Ким М.В.	Ибрагимова М.	Каландарова М.
Полевой редактор	Полевой редактор	Полевой редактор
Чарыева Т.	Юртаева И.В.	Байрамкулиева М.
Интервьюеры	Интервьюеры	Интервьюеры
Атаева Д., Исмаилова Д., Хайтбаева З Атабаева М., Реджепова С.	Сейтниязова Г., Ишанкулиева Э., Байриева Э., Розыбаева Г., Рахмедова М.,	Аннадурдыева А., Худайбердыева А., Оразбердыева О., Курбангелдыева М., Чарыева М.,
Мед.техник	Мед.техник	Мед.техник
Саклапов Н.Э.	Рахманов Б.Т.	Меретгельдыев А.

Группа компьютерной обработки материалов исследования

Координатор по обработке

данных

Осипов А.

Редактора в офисе

Тагирова Т.Р.

Операторы

Мамедов Д.,

Атаев Г.,

Оввадов О.,

Гавазова Л.

Межинская Л.,

Ненашева Т.,

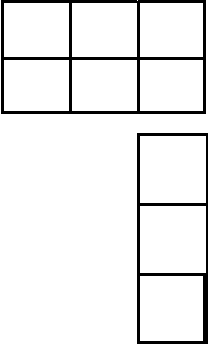
Ширинова Г.

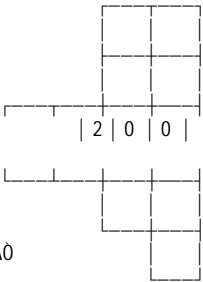


**Τ ΑΑΕΕΤ -ΑΑΙ Τ ΑΒΑΟΕ×ΑΝΕΤ Α ΕΝΝΕΑΑΤ ΑΑΙ ΕΑ ΟΘΕΙ ΑΙ ΕΝΟΑΙ Α
ΑΙ ΕΑΟΑ ΑΤ Τ Τ ΑΕΑΑΑΙ ΕΒ**





ΟΘΕΙ ΑΙ ΕΝΟΑΙ

Γ ΑΟ×ΙΤ -ΕΕΕΙ Ε×ΑΝΕΕΕ ΟΑΙ ΟΘ Τ ΟΘΑΙ Ο ÇΑΤ ΔΤ ΑΥΒ Τ ΑΟΑΔΕ Ε ΔΑΑΑΙ ΕΑ

Τ ΕΙ ΕΝΟΑΔΝΟΑΑ ÇΑΔΑΑΤ Τ ΟΘΑΙ ΑΙ ΕΒ Ε Τ ΑΑΕΟΕΙ ΝΕΤ Ε Τ ΔΤ Τ ΟΘΕΑΙ Γ Τ ΝΟΕ ΟΘΕΙ ΑΙ ΕΝΟΑΙ Α

ИДЕНТИФИКАЦИОННАЯ КАРТОЧКА	
<p>Γ ΑÇΑΑΙ ΕΑ ΑΤ ΔΤ ΑΑ/ΑΤ ΔΤ ΑΕΑ/ΝΑΕΑ _____</p> <p>ΕΙ Β ΑΕΑΑΟ ΑΤ Τ Τ ΑΕΑΑΑΙ ΕΒ _____</p> <p>Γ Τ Τ ΑΔ ΕΕΑΝΟΑΔΑ</p> <p>Γ Τ Τ ΑΔ ΑΤ Τ Τ ΑΕΑΑΑΙ ΕΒ</p> <p>ΑΤ ΕΥΘΤ Ε ΑΤ ΔΤ Α/ΑΤ ΑΑΤ ΕΥΘΤ Ε ΑΤ ΔΤ Α/ΑΤ ΔΤ ΑΤ Ε/ΝΑΕΥΝΕΑΒ Τ ΑΝΟΙ Τ ΝΟΥ</p> <p>(ΑΤ ΕΥΘΤ Ε ΑΤ ΔΤ Α=1, Γ ΑΑΤ ΕΥΘΤ Ε ΑΤ ΔΤ Α=2, ΑΤ ΔΤ ΑΤ Ε=3, ΝΑΕΥΝΕΑΒ Τ ΑΝΟΙ Τ ΝΟΥ=4)</p> <p>ΑΤ ΔΤ Α/ΝΑΕΤ (ΑΤ ΔΤ Α=1, ΝΑΕΤ =2)</p> <p>Α ΑΤ Τ Τ ΑΕΑΑΑΙ ΕΕ ΕΙ ΑΡΟΝΒ ΑΕΑΙ ΟΕΙ Ο Τ Τ ΑΕΑ/ΑΕΑ/ΕΑ Τ Τ ΔΤ ΝΟ Ε ΟΑΝΟΕΔΤ ΑΑΙ ΕΡ Τ Τ ΑΓ ΑΙ ΕΕ Ε Ε ΑΙ ΟΒ Τ Τ Τ ΑΟΔΕΕ (ΑΑ=1, Γ ΑΟ=2)</p>	

ВИЗИТ ИНТЕРВЬЮЕРА				
	1	2	3	Τ ΕΙ Γ ×ΑΟΑΕΥΙ ΟΕ ΑΕÇΕΟ
ΑΑΟΑ	_____	_____	_____	<p>ΑΑΓ Ο</p> <p>Τ ΑΝΒΟ</p> <p>ΑΤ Α</p> <p>Ο </p> <p>ΕΙ Β</p> <p>ΔΑÇΟΕΥΟΑΟ</p> 
ΕΙ Β ΕΙ ΟΑΔΑΥΡΑΔΑ ΔΑÇΟΕΥΟΑΟ*	_____	_____	_____	<p>ΕΙ Β</p> <p>ΔΑÇΟΕΥΟΑΟ</p>
ΝΕΑΑΟΡΟΕΕ ΑΕÇΕΟ: ΑΑΟΑ ΑΔΑΙ Β	_____	_____	_____	<p>Τ ΑΥΑΑ ×ΕΝΕΤ ΑΕÇΕΟΤ Α</p> 
<p>*ΕΤ ΑΕΔΤ ΑΑΙ ΕΑ ΔΑÇΟΕΥΟΑΟΤ Α:</p> <p>1 ΑΕÇΕΟ Τ ΝΟΥΑΝΟΑΕΑΓ</p> <p>2 Γ ΑΟ ×ΕΑΓ Τ Α ΑΤ Τ Τ ΑΕΑΑΑΙ ΕΒ ΕΕΕ ΕΕΟ, ΝΙ Τ ΝΤ ΑΓ ΟΟ Τ ΟΑΑΟΕΟΥ Γ Α ΑΤ Τ ΔΤ ΝΟΥ ΕΙ ΟΑΔΑΥΡΑΔΑ</p> <p>3 ΑΝΑ ×ΕΑΓ Ο ΑΤ Τ Τ ΑΕΑΑΑΙ ΕΒ Τ ΟΝΟΟΝΟΑΤ ΑΑΕΕ Τ ΔΤ ΑΤ Ε/ΕΟΑΕΥΙ Τ Α ΑΔΑΙ Β</p> <p>4 ΑΕÇΕΟ Τ ΟΕΤ ΑΕΑΓ</p> <p>5 Τ Τ ΕΟ×ΑΙ Τ ΟΕΑÇ</p> <p>6 ΑΕΕΕΥΑ Τ ΟΝΟΤ Α ΕΕΕ Γ ΑΟ ΑΕΕΕΥΑ Τ Τ ΕΙ ΑΡΟΑΙ ΟΝΒ ΑΑΔΑΝΟ</p> <p>7 ΑΕΕΕΥΑ ΔΑÇΟΟΑΙ Τ</p> <p>8 ΑΕΕΕΥΑ Γ Α Γ ΑΕΑΑΓ Τ</p> <p>9 ΑΒΟΑΙ Α _____ (ΟΕΑÇΑΟΥ ΕΤ Γ ΕΔΑΟΓ Τ)</p>				<p>Τ ΑΥΑΑ ×ΕΝΕΤ ΕΡΑΑΕ Α ΑΤ Τ Τ - ΑΕΑΑΑΙ ΕΕ</p> <p>Τ ΑΥΑΑ ×ΕΝΕΤ ΑΕΑΙ ΟΕΙ Τ Τ ΑΕΑ- ΑΕΑΥΕΟΤ Τ ΔΤ ΝΟ</p> <p>Γ Τ Τ ΑΔ ΕΕΓ ΕΕ ΔΑΝΙ Τ Γ ΑΑΓ ΟΑ Α ΑΓ ΕΑΟΑ ΑΤ Τ Τ ΑΕΑΑΑΙ ΕΒ</p> 

<p style="text-align: center;">ΝΟΤ ΑΔΑΕÇΤ Δ</p> <p>ÈÌ ß _____</p> <p>ÄÄÖÄ _____</p> 	<p style="text-align: center;">ΔΑΑΑΕÖΤ Δ Α ΔΑΕΤ Γ Α ΕΝΝΕΑΑΤ ΑΑΓ ΕΕ</p> <p>ÈÌ ß _____</p> <p>ÄÄÖÄ _____</p> 	<p style="text-align: center;">ΔΑΑΑΕÖΤ Δ Α ΟΑΓ ÖΔΑ</p> 	<p style="text-align: center;">Τ Τ ΑΔΑÖΤ Δ</p> 
---	--	--	--

ИНФОРМАЦИЯ О ЧЛЕНАХ ДОМОВЛАДЕНИЯ И ПОСЕТИТЕЛЯХ ДОМА

Нәе-ан і ғә і а і а о і а е і і н і о і н е о і т о а o е e o a o, е і о і o u a т а u = і т а e a o o о А а n e e e і a o і a y o n y н а e = a n а А a o a і а і і а
 Men häzir sizden, siziñ öýñüzde adaty ýaşayan hemde häzirkі oturýan adamlar barada soramakçy

ІТІ АДЕІЕЕ	ІТІ НОТІ БІ І ОА АЕОАЕЕ Е ІТІ НАОЕОАЕЕ	НАБÇУ НАЕААТ Е АТІ ІТ- АЕАААІ ЕБ*	ІТІ Е	І АНОТ І ДТ АЕААІ ЕБ		АТ ÇДАНО	ЕЕОА, ІТ АЕААЕУЕА ІТ ДТ НО
	<p>І а с і а e o a, і і а e o e n o a, e і а і a o a o e p a a e, e і o і o u a т a u = і т а e a o o а А a o a і а і і a, а o a e a e e і a і a і і n a o e o a e a e А a o a і а і і a, e і o і o u a a = a o a ç a a n u і і = a a a e e? і a = і e o a n a e a a u а т і і a e a a a і e y.</p> <p>Mümkün bolsa siziñ öýñüzdäki ýaşayan adamlaryñ attalaryny, siziñ öýñüzde gelip gidýänlerin hem-de düýn agşam ýatyp gidenleriniñ attalaryny aýdyp berin? Öý eýesiniñ adyny aýdyp başlaberiñ</p>	<p>Е a e і a a n a ý ç u (ЕІ Б) n a e a a і e А a o a a і а т і і т - a e a a a і e y?</p> <p>Öý eýesi bilen siziñ (ady) nähili baglylygyñyz bar?</p>	<p>Е a e і a і і e a (ЕІ Б): a a і n e і a і e e e і o a n e і a і ?</p> <p>Haýsy jyns (erkek ýa-da aýal)</p>	<p>І о і а e a a o e e (ЕІ Б) і і n o і y і і т a А a o a і а і і a ?</p> <p>Sizin öýñüzde elmydama ýaşayarmy?</p>	<p>І і = a a a e (a) e e (ЕІ Б) а А a o a і а і і a a = a o a і і = u p?</p> <p>Siziñ öýñüzde (ady) düýn agşam ýatgymy?</p>	<p>Н e і e u e і e a o (ЕІ Б)?</p> <p>Н а ç e ý а ş y ñ d a (ady)?</p>	<p>І А A A N O E E D O A E E I I I T I A D E E I E E A E I U E I U A A T Ç D A N O A 15-49 E A O</p>
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
01		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	01
02		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	02
03		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	03
04		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	04
05		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	05
06		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	06
07		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	07
08		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	08
09		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	09
10		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	10

* ЕТ А О А Е Б Т О А А О Т А І А А Т І Д Т Н 3.
 І А Т О І Т О А І Е Е Е А Е А A A A T I I A E A A A I E B:
 01 = А Е А А А А Т І Т А Е А А А І Е Б
 02 = А Е А Т А (І О А) А Е А А О А Т І Т А Е А А А І Е Б
 03 = Н О І Е Е Е А Т × U
 04 = Ç B O U E E E Н І Т О А
 05 = А І О Е Е Е Е А І О × E A
 06 = І А О U E E E Т О А O

07 = O A N O U E E E O A U A
 08 = A D A O E E E N A N O D A
 10 = A D O A T E D T A N O A A I I E E
 11 = I D E A I I U E (A B) N O I / A T × U
 12 = І А Е І А А О Д Т А N O A A I I U O N A B Ç A E
 98 = І А Ç І А А O

Í T I A D E I E E	ΑΤ Τ Δ Τ Ν Ο Τ Δ Τ Α Ε Ο Α Ε Β Ο : Ç A A A A A Ο Ο Ε Ο Α Ι Α Α Τ Ç Δ Α Ν Ο Α Ι Α Ι Ο Θ Α 15 Ε Α Ο *				Í Α Δ Α Ç Τ Α Α Ι Ε Α					
	Æεάα έε οταίαι ι άου ο (ΕΙ Β)?	ΆΝΕΕ ÆΕΑΑ	Æεά έε οταίίε ίοάο ο (ΕΙ Β)?	ΆΝΕΕ ÆΕΑ	ΆΝΕΕ ΑΤ Ç Δ Α Ν Ο 6 Ε Α Ο Ε Ν Ο Α Δ Θ Α		ΆΝΕΕ ΑΤ Ç Δ Α Ν Ο 6-24 Ε Α Ο			
	(Ady) ejeñiz dirimi	Æεάάο έε ί ί ά γοί ί αά άί ί ά? ΆΝΕΕ ΑΑ: Έαέ άά çíáοο?	(Ady) kakañyz dirimi	Æεάάο έε ί ί ά γοί ί αά άί ί ά? ΆΝΕΕ ΑΑ: Έαέ άί çíáοο?	Ο=εένυ (εάνυ) έε έίάά-έεάί (ΕΙ Β) ά ο=άάίίί çááááí έέί?	Έα έί ά ο ό ί ά ά ί υ ί ά Δ ά ç í á έ ί έ γ ά ο ί ί ο=άάίίί çááááí έέέ, άάάο=εένυ(εάνυ) (ΕΙ Β) ?*** Ν έ ί ε υ έ ί έ ε ά ν ν ί α (έοόñíá) çá έ ί +έέ(ά) (ΕΙ Β) ί?***	Í ί ν á ç υ á ε (ά) έέ (ΕΙ Β) ο=άάίί ά çáááááí έ έ έ ί άά- έεάί ά ο ά=άί έ ά ο=άάίί άί άά, ç á á á θ ε á - οάάίñý á ί ά ά 2000 á.?	Α έ έ έ ί έ έ ά ν ά /έοόñά ά γοί ί ο=άάίίί άί άο (ΕΙ Β) ο=εένυ(εάνυ) ?	Í ί ν á ç υ á ε (ά) έέ (ΕΙ Β) ο=άάίί ά çáááááí έ έ έ ί άά- έεάί ά ο ά=άί έ ά ί Δ á- άοάοάάίί ο=άάίί άί άί άά, çáááθ ε ά ο ά- άίñý á ί ά ά 1999á?	Α έ έ έ ί έ έ ά ν ά /έοόñά ά γοί ί ο=άάίίί άί άο (ΕΙ Β) ο=εένυ(εάνυ)?
	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(17)	(18)	(19)	(20)
01	ΑΑ ΓΑΟ ΓÇ 1 2 8 ↓ ΥΔΑΕΟΕ Ε 12	1 2 8 ↓ ΥΔΑΕΟΕ Ε 12	ΑΑ ΓΑΟ ΓÇ 1 2 8 ↓ ΥΔΑΕΟΕ Ε 14	1 2 8 ↓ ΥΔΑΕΟΕ Ε 14	ΑΑ ΓΑΟ 1 2 ↓ ΝΕΑΑ. ΕΕΙ ΕΒ	ΟΔΤ ΑΑΙ Ο ΕΕΑΝΝ/ΕΟΔΝ 1 2 ↓ ΥΔΑΕΟΕ Ε 19	ΑΑ ΓΑΟ 1 2 ↓ ΥΔΑΕΟΕ Ε 19	ΟΔΤ ΑΑΙ Ο ΕΕΑΝΝ/ΕΟΔΝ 1 2 ↓ ΥΔΑΕΟΕ Ε 19	ΑΑ ΓΑΟ 1 2 ↓ ΝΕΑΑ. ΕΕΙ ΕΒ	ΟΔΤ ΑΑΙ Ο ΕΕΑΝΝ/ΕΟΔΝ 1 2 ↓ ΥΔΑΕΟΕ Ε 19
02	1 2 8 ↓ ΥΔΑΕΟΕ Ε 12	1 2 8 ↓ ΥΔΑΕΟΕ Ε 12	1 2 8 ↓ ΥΔΑΕΟΕ Ε 14	1 2 8 ↓ ΥΔΑΕΟΕ Ε 14	1 2 ↓ ΝΕΑΑ. ΕΕΙ ΕΒ	1 2 ↓ ΥΔΑΕΟΕ Ε 19	1 2 ↓ ΥΔΑΕΟΕ Ε 19	1 2 ↓ ΥΔΑΕΟΕ Ε 19	1 2 ↓ ΝΕΑΑ. ΕΕΙ ΕΒ	1 2 ↓ ΥΔΑΕΟΕ Ε 19
03	1 2 8 ↓ ΥΔΑΕΟΕ Ε 12	1 2 8 ↓ ΥΔΑΕΟΕ Ε 12	1 2 8 ↓ ΥΔΑΕΟΕ Ε 14	1 2 8 ↓ ΥΔΑΕΟΕ Ε 14	1 2 ↓ ΝΕΑΑ. ΕΕΙ ΕΒ	1 2 ↓ ΥΔΑΕΟΕ Ε 19	1 2 ↓ ΥΔΑΕΟΕ Ε 19	1 2 ↓ ΥΔΑΕΟΕ Ε 19	1 2 ↓ ΝΕΑΑ. ΕΕΙ ΕΒ	1 2 ↓ ΥΔΑΕΟΕ Ε 19
04	1 2 8 ↓ ΥΔΑΕΟΕ Ε 12	1 2 8 ↓ ΥΔΑΕΟΕ Ε 12	1 2 8 ↓ ΥΔΑΕΟΕ Ε 14	1 2 8 ↓ ΥΔΑΕΟΕ Ε 14	1 2 ↓ ΝΕΑΑ. ΕΕΙ ΕΒ	1 2 ↓ ΥΔΑΕΟΕ Ε 19	1 2 ↓ ΥΔΑΕΟΕ Ε 19	1 2 ↓ ΥΔΑΕΟΕ Ε 19	1 2 ↓ ΝΕΑΑ. ΕΕΙ ΕΒ	1 2 ↓ ΥΔΑΕΟΕ Ε 19
05	1 2 8 ↓ ΥΔΑΕΟΕ Ε 12	1 2 8 ↓ ΥΔΑΕΟΕ Ε 12	1 2 8 ↓ ΥΔΑΕΟΕ Ε 14	1 2 8 ↓ ΥΔΑΕΟΕ Ε 14	1 2 ↓ ΝΕΑΑ. ΕΕΙ ΕΒ	1 2 ↓ ΥΔΑΕΟΕ Ε 19	1 2 ↓ ΥΔΑΕΟΕ Ε 19	1 2 ↓ ΥΔΑΕΟΕ Ε 19	1 2 ↓ ΝΕΑΑ. ΕΕΙ ΕΒ	1 2 ↓ ΥΔΑΕΟΕ Ε 19
06	1 2 8 ↓ ΥΔΑΕΟΕ Ε 12	1 2 8 ↓ ΥΔΑΕΟΕ Ε 12	1 2 8 ↓ ΥΔΑΕΟΕ Ε 14	1 2 8 ↓ ΥΔΑΕΟΕ Ε 14	1 2 ↓ ΝΕΑΑ. ΕΕΙ ΕΒ	1 2 ↓ ΥΔΑΕΟΕ Ε 19	1 2 ↓ ΥΔΑΕΟΕ Ε 19	1 2 ↓ ΥΔΑΕΟΕ Ε 19	1 2 ↓ ΝΕΑΑ. ΕΕΙ ΕΒ	1 2 ↓ ΥΔΑΕΟΕ Ε 19
07	1 2 8 ↓ ΥΔΑΕΟΕ Ε 12	1 2 8 ↓ ΥΔΑΕΟΕ Ε 12	1 2 8 ↓ ΥΔΑΕΟΕ Ε 14	1 2 8 ↓ ΥΔΑΕΟΕ Ε 14	1 2 ↓ ΝΕΑΑ. ΕΕΙ ΕΒ	1 2 ↓ ΥΔΑΕΟΕ Ε 19	1 2 ↓ ΥΔΑΕΟΕ Ε 19	1 2 ↓ ΥΔΑΕΟΕ Ε 19	1 2 ↓ ΝΕΑΑ. ΕΕΙ ΕΒ	1 2 ↓ ΥΔΑΕΟΕ Ε 19

	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(17)	(18)	(19)	(20)
08	1 2 8 ΤΑΒΑΕΟΕ Ε 12	1 2 8 ΤΑΒΑΕΟΕ Ε 12	1 2 8 ΤΑΒΑΕΟΕ Ε 14	1 2 8 ΤΑΒΑΕΟΕ Ε 14	1 2 ΝΕΑΑ. ΕΕΓΕΒ	1 2 ΤΑΒΑΕΟΕ Ε 19	1 2 ΤΑΒΑΕΟΕ Ε 19	1 2 ΝΕΑΑ. ΕΕΓΕΒ	1 2 ΤΑΒΑΕΟΕ Ε 19	1 2 ΝΕΑΑ. ΕΕΓΕΒ
09	1 2 8 ΤΑΒΑΕΟΕ Ε 12	1 2 8 ΤΑΒΑΕΟΕ Ε 12	1 2 8 ΤΑΒΑΕΟΕ Ε 14	1 2 8 ΤΑΒΑΕΟΕ Ε 14	1 2 ΝΕΑΑ. ΕΕΓΕΒ	1 2 ΤΑΒΑΕΟΕ Ε 19	1 2 ΤΑΒΑΕΟΕ Ε 19	1 2 ΝΕΑΑ. ΕΕΓΕΒ	1 2 ΤΑΒΑΕΟΕ Ε 19	1 2 ΝΕΑΑ. ΕΕΓΕΒ
10	1 2 8 ΤΑΒΑΕΟΕ Ε 12	1 2 8 ΤΑΒΑΕΟΕ Ε 12	1 2 8 ΤΑΒΑΕΟΕ Ε 14	1 2 8 ΤΑΒΑΕΟΕ Ε 14	1 2 ΝΕΑΑ. ΕΕΓΕΒ	1 2 ΤΑΒΑΕΟΕ Ε 19	1 2 ΤΑΒΑΕΟΕ Ε 19	1 2 ΝΕΑΑ. ΕΕΓΕΒ	1 2 ΤΑΒΑΕΟΕ Ε 19	1 2 ΝΕΑΑ. ΕΕΓΕΒ

*** ΚΟΔΥ ΔΙΑ ΑΠΑΝΤΗΣΕΩΝ ΤΩΝ ΕΡΩΤΗΣΕΩΝ 15, 18 ΚΑΙ 20

ΟΡΘΟΓΡΑΦΙΑ ΤΩΝ ΑΠΑΝΤΗΣΕΩΝ:

1 = ΓΑΧΑΕΥΓΙΑ ΕΝΔΑΓΑΑ

2 = ΝΔΑΑΓΑΝΥΔΟΕΑΕΥΓΙΑ

3 = ΑΥΝΘΑΑ

8 = ΓΑΓΓΑΑ

ΚΛΑΣΣΕΙΣ/ΚΟΥΡΣΟΙ:

00 = ΤΕΓΓΑΧΑΕΥΓΙΑ ΕΝΔΑΓΑΑ

98 = ΓΑΓΓΑΑ

** ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ 10-13.

ΥΠΕΡ ΤΗΝ ΟΥΝΕΙΔΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΕΡΩΤΗΣΕΩΝ ΕΙΣ ΤΗΝ ΑΝΑΘΕΣΗ ΤΩΝ ΕΡΩΤΗΣΕΩΝ ΟΤΙ ΟΥ ΔΕΝ ΕΙΝΑΙ.

ΑΓΝΟΣΤΟΙ ΑΤΤΩΝ 11 ΚΑΙ 13 ΑΝΕΙΣ ΤΗΝ ΕΡΩΤΗΣΗ ΤΩΝ ΒΑΒΕΡΟΝ ΒΑΒΕΡΟΝ ΕΙΣ ΤΗΝ ΑΤΤΩΝ.

ΕΡΩΤΗΣΗ	ΤΗΝ ΟΥΝΕΙΔΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΕΡΩΤΗΣΕΩΝ		ΝΑΒΧΟΥΝ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ		ΤΗΝ		ΤΗΝ ΟΥΝΕΙΔΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΕΡΩΤΗΣΕΩΝ		ΑΤΤΩΝ		ΕΡΩΤΗΣΗ, ΤΗΝ ΑΠΑΝΤΗΣΗ ΤΩΝ ΕΡΩΤΗΣΕΩΝ	
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)				
11				1 2	1 2	1 2	1 2	11				
12				1 2	1 2	1 2	1 2	12				
13				1 2	1 2	1 2	1 2	13				
14				1 2	1 2	1 2	1 2	14				
15				1 2	1 2	1 2	1 2	15				

16			1 2	1 2	1 2		16
17			1 2	1 2	1 2		17
18			1 2	1 2	1 2		18
19			1 2	1 2	1 2		19
20			1 2	1 2	1 2		20

* ET AO AEB TOAOT A I A AT I DT N 3.

T A T O I T O A I E E E A E A A A T I I T A E A A A I E B:

01 = A E A A A A T I I T A E A A A I E B

02 = A E A I A (I O A E) A E A A O A T I I T A E A A A I E B

03 = N O I E E E A I x U

04 = C B O U E E E N I T O A

05 = A I O E E E A I O x E A

06 = I A O U E E E I O A O

07 = O A N O U E E E O A U A

08 = A D A O E E E N A N O D A

10 = A D O A I E D T A N O A A I I E E

11 = T D E A I I O E (A B) N O I / A T x U

12 = I A E I A A O D T A N O A A I I U O N A B C A E

98 = I A C I A A O

I T I A D E E I E E	A T I D T N U T D T A E O A E B O : C A A A A A O U E E O A I A A T C D A N O A I A I U O A 15 E A O **				T A D A C T A A I E A					
	Æ e a a e e ð i a f a y i a o u ó (E I B) ?	Á N E E Æ E A A	Æ e a e e ð i a f i e í o a o o (E I B) ?	Á N E E Æ E A	Á N E E A T C D A N O 6 E A O E N O A D Ø A		Á N E E A T C D A N O 6-24 E A O			
(Ady) ejeñiz dirimi	Æ e a a o e e T i a a y o t i æ a a i i a ? Á N E E A A : E a e a a ç i a o o ? Eger diri bolsa. Şu öyde olam yaşayarm y? Howa bolsa. Onuñ ady nãme? Eger yaşy 6 we yokary . Ç A I E Ø E O A I T I A D E E I E E I A O A D E .	(Ady) kakañyz dirimi	Æ e a a o e e T i a a y o t i æ a a i i a ? E a e a a r ç i a o o ? Eger diri bolsa. Şu öyde olam yaşayarmy ? Howa bolsa. Onuñ ady nãme? Eger yaşy 6 we yokary . Ç A I E Ø E O A I T I A D E E I E E I O O A	Ó = e e n y (e a n u) e e e t a a a - e e a i (E I B) a ó = a a i i i ç a a a a a i e e l ? (Ady) haçanam bolsa okuw jaýynda okadyñyzmy?	E a e i a o d i a a f u T a d a c t a a f e y a o i i ó = a a i i i ç a a a a f e e , a a a ó = e e n y (e a n u) (E I B) ? * * * N e i e u e i e e a n n i a (e o d n a) ç a e t i + e e (a) (E I B) ? * * *	T i n a u a e (a) e e (E I B) ó = a a i t a ç a a a a a f e a e t a a a - e e a t a o a = a f e a ó = a a f i a i a i a a , ç a a a o e a - o a a i n y a i a a 2000 a . ?	Á e a e t i e e a n n a / e o d n a a y o i ó = a a i i i a r a o (E I B) ó = e e n y (e a n u) ? (Ady) Şu okuw ýylda naçinji klasda (kursda) okadyñ?	T i n a u a e (a) e e (E I B) ó = a a i t a ç a a a a a f e a e t a a a - e e a t a o a = a f e a i d a - a u a o u a a i ó = a a i f a i a i a a , ç a a a o e a o a - a i n y a i a a 1999 a ? (Ady) haçanam bolsa geçen okuw ýylyñ dowamynda 1999 nji ýylyñ maýynda tamamlap okuw j a ý y n d a gatnaşdyñyzmy.	Á e a e t i e e a n n a / e o d n a a o t i ó = a a i i i a r a o (E I B) ó = e e n y (e a n u) ? (Ady) Şol okuw ýylynda naçinji klasda (kursda) okadyñ?	
	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(17)	(18)	(19)	(20)
	AA I A O I Ç	AA I A O I Ç	AA I A O I Ç	AA I A O I Ç	AA I A O O D T A A I U E E A N N / E O D N	AA I A O O D T A A I U E E A N N / E O D N	AA I A O O D T A A I U E E A N N / E O D N	AA I A O O D T A A I U E E A N N / E O D N	AA I A O O D T A A I U E E A N N / E O D N	AA I A O O D T A A I U E E A N N / E O D N
11	1 2 8		1 2 8		1 2 8		1 2 8		1 2 8	
12	1 2 8		1 2 8		1 2 8		1 2 8		1 2 8	
13	1 2 8		1 2 8		1 2 8		1 2 8		1 2 8	
14	1 2 8		1 2 8		1 2 8		1 2 8		1 2 8	
15	1 2 8		1 2 8		1 2 8		1 2 8		1 2 8	

	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(17)	(18)	(19)	(20)
16	1 2 8		1 2 8		1 2 NEAA. EEΓEB		1 2 TADAEOE E 19		1 2 NEAA. EEΓEB	
17	1 2 8		1 2 8		1 2 NEAA. EEΓEB		1 2 TADAEOE E 19		1 2 NEAA. EEΓEB	
18	1 2 8		1 2 8		1 2 NEAA. EEΓEB		1 2 TADAEOE E 19		1 2 NEAA. EEΓEB	
19	1 2 8		1 2 8		1 2 NEAA. EEΓEB		1 2 TADAEOE E 19		1 2 NEAA. EEΓEB	
20	1 2 8		1 2 8		1 2 NEAA. EEΓEB		1 2 TADAEOE E 19		1 2 NEAA. EEΓEB	

***ΚΟΔΥΣ ΔΙΑ ΑΠΑΝΤΗΣΕΩΝ ΤΩΝ ΕΡΩΤΗΣΕΩΝ 15, 18 ΚΑΙ 20

ΟΒΤ ΑΑΓ Ο Τ ΑΒΑÇΤ ΑΑΓ ΕΒ:
 1 = Γ Α Χ Α Ε Ο Γ Τ Α Ε Ν Δ Α Α Γ Α Α
 2 = Ν Δ Α Α Γ Α Ν Γ Α Ο Ε Α Ε Ο Γ Τ Α
 3 = Α Ο Ν Ο Α Α
 8 = Γ Α Ç Γ Α Α Ο

ΚΛΑΣΣΕΣ/ΚΟΥΡΣΕΣ:

00 = Τ Ε Γ Γ Χ Ε Ε (Α) Γ Α Γ Ο Α Τ Α Γ Τ Α Τ Ε Ο Β Ν Α Ε Ε Α Ν Ν Α
 98 = Γ Α Ç Γ Α Α Ο

** ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ 10-13.

ΥΟΕ ΑΤ Γ Δ Τ Ν Ο Ε Ι Α Ρ Ο Τ Ο Γ Τ Ο Α Γ Ε Α Ε Δ Τ Α Γ Ε Ι Α Ο Α Δ Ε Ε Ε Δ Τ Α Γ Τ Ι Ο Τ Ο Ο Ο
 Δ Α Α Α Γ Ε Α.
 Α Γ Α Ν Ο Ε 'Ο Ο' Α Α Τ Γ Δ Τ Ν Ο 11 Ε 13 Α Ν Ε Ε Δ Τ Α Ε Ο Α Ε Ε Γ Α Β Α Ε Β Ρ Ο Ν Β Α Ε Ο Α Ε Β Γ Ε
 Α Α Γ Γ Γ Α Τ Α Γ Τ Α.

Τ Ο Ι Α Ο Ε Ο Α Α Ε Τ Χ Ε Γ Ε Α Ο Τ Γ Ν Ε Ο Χ Α Α Α Ν Ε Ε Γ Α Τ Α Ο Τ Α Ε Ι Τ Τ Δ Τ Α Τ Ε Α Ε Ο Ο Ν Υ Ε Ν Τ Ε

Γ Γ Α Γ ο α ρ ι τ ç a a a o u a u a f a n e t e u e t a i t o t n i a a e y o t a i , = o t a u a o u o o a a d a f i u i a o t i , = o t e i a p u e e n y o i a f y n i e n t e y a e y a o n y i t e f o i :
 Men ene-de birnäçe soraglar bermekçi ýagny mendäki spisogyň dolylygyna anyklamak üçin

- 1) Άνδρ έε άύά έοτ -έεάτ έç άçōτ ηέύο έέέ άάοάέ, έοτ ίά άτ οάέ ά ηίέντ έ?
 Uhlardan □a-da çagalardan şu spisoga gimmedik barmy?

AA → ΑΓ ΑΝΟΕ ΕΑΜΕΑΤ ΑΤ Α ΟΑΑΕΕΟΟ Γ ΑΟ
- 2) Γ τ α ά ά έ έ Ά Ο Γ α ç a a o u έ τ άτ -έεάτ, έοτ Γ ά γ α ε γ α ο n y -εάτ Γ Γ Ά α ο ά έ η α ι ύ ε (ά d o ç ü y ,
 o t a n o a a i f e e e , a i i d a a t o f e e e , f y f e , ç i a e t i u a , e a a d o e d a f o u) , f i a e a a o a a a o a i
 a i i a ?
 Siz a y d y n b i l j e k m i s i n i z h a y s y b i r i s i z i n m a ş g a k a n y z y n ç l e n y d a d i g i n i (d o s t l a r ,
 g a r y n d a ş l a r , h y z m a t k ä r l e r i n i z , e n e k e t a n y ş l a r , k w a r t i r a n t l a r) , y ö n e s i z i n ö y n ü z d e
 y a ş a y a r l a r ?

AA → ΑΓ ΑΝΟΕ ΕΑΜΕΑΤ ΑΤ Α ΟΑΑΕΕΟΟ Γ ΑΟ
- 3) Άνδρ έοτ -έεάτ έç άτ ηοάέ, άάάι ά Γ Γ Ο Ο Γ Γ η ά ο έ ο ά ε έ ε ο ά., Γ Γ -ά ά ά ά ο έ ο Γ Δ Τ ο έ τ έ
 Γ Γ = u p a Ά α ο ά i a t i a , Γ Γ Γ ά ά τ ο ά ο έ έ ά ά ά Γ Γ ο έ η έ έντ έ?
 Myhmanlardan kimdir biri, wagtla □yn gelen we başgalar, geçen gije siziň □nüzde
 □atmadyk □agny şu spisogyň içine gimmedik?

AA → ΑΓ ΑΝΟΕ ΕΑΜΕΑΤ ΑΤ Α ΟΑΑΕΕΟΟ Γ ΑΟ

1	ΑΤ Τ ΔΤ ΝΟ Ε ΟΕΕΥΟΘΟ	ΕΑΟΑΤ ΔΕΕ ΕΤ ΑΕΔΤ ΑΑΓ ΕΒ	Τ ΑΔΑΟΤ Α
21	<p>×οτ γαεγυαονγ τντταρττ ενοτ ρεεττ τρεουαατ ε αταυ α Ααοαι αττ α?</p> <p><i>Sizñ dññüzde içiñlan suvnyñ esasy çesmesi bolum näme durñar?</i></p>	<p>ΟΘΟΑΤ Τ ΔΤ ΑΤ Α ΟΘΟΑΑ Α ΑΕΕΕΥΑ 11 → 23 ΟΘΟΑΑ ΑΤ ΑΑΤ ΔΑ 12 → 23 Τ ΑΥΑΝΟΑΑΓ Γ ΟΕ ΟΘΟΑΤ Τ ΔΤ ΑΤ Α 13 ΕΤ ΕΤ ΑΑÇ Γ ΑΒ ΑΤ ΑΑ ΕΤ ΕΤ ΑΑΟ Α ΑΕΕΕΥΑ 21 → 23 ΕΤ ΕΤ ΑΑΟ ΑΤ ΑΑΤ ΔΑ 22 → 23 Τ ΑΥΑΝΟΑΑΓ Γ ΟΕ ΕΤ ΕΤ ΑΑΟ 23</p> <p>ΑΤ ΑΑ ΕÇ ΑΤ ΑΤ ΑΤ ÇΑ 61 ΑΟΟΕΤ × Γ ΑΒ ΑΤ ΑΑ 71 → 23</p> <p>ΑΔΟΑΤ Α 96 (ΟΕΑÇΑΟΥ ΕΤ Γ ΕΔΑΟΓ Τ)</p>	
22	<p>Ñετ ευετ αδατ ατ ε οδαοαονγ αεγ οτ ατ, ροτ αυ ΑΥ νοτ αεεε οοαα, αçγεε ατ αο ε ααδτ οεεñτ τ αδαοττ?</p> <p><i>Size näçe wagt gereke ñagny suwy gildip we alyp gelmek üçin?</i></p>	<p>Τ ΕΓ ΟΟΟ <input type="text"/></p> <p>Γ ΑΟΤ ΑΕΟΝΒ Α ΝΤ ΑΝΟΑΑΓ Γ Τ Τ ΑΕΑΑΑΤ ΕΕ 996</p>	
23	<p>Εαετ ε οετ οοαεαοα α Ααοαι αττ α?</p> <p><i>Sizñ öýñüzde haýsy tipli hajathana bar?</i></p>	<p>ΝΤ ΟΑΓ Τ Ε ΟΟΑΕΑΟ 11 ΟΟΑΕΑΟ Α ΑΕΑΑ ΒΤ Ο 21 Γ ΑΟ ΟΟΑΕΑΟΑ 31 → 25</p> <p>ΑΔΟΑΤ Α 96 (ΟΕΑÇΑΟΥ ΕΤ Γ ΕΔΑΟΓ Τ)</p>	
24	<p>Εñτ τ ευçοαοα εε ΑΥ οοαεαο ñτ ατ αñοττ ñ αεοαεγτ ε αδοαεο αττ τ αεααατ εε?</p> <p><i>Siz hajathanañyzy başgada goñşyçylykda yäşayanlar bilen bilelikde ulanyrsyñyzy?</i></p>	<p>ΑΑ 1 Γ ΑΟ 2</p>	
25	<p>Ετ αponγ εε α Ααοαι αττ τ αεααατ εε: Υεαεοδε-αñoατ? Δααετ? Οαεααεçτδ? Οαεαοττ? Οτ ετ αεευτ εε?</p> <p><i>Sizñ dññüzde - elektrik, radio, televizor, telefon, we holadilnik barmy?</i></p>	<p>ΥΕΑΕΟΔΕ×ΑΝΟΑΤ 1 ΔΑΑΕΤ 1 ΟΑΕΑΑΕÇΤ Δ 1 ΟΑΕΑΟΤ Γ 1 ΟΤ ΕΤ ΑΕΕΥΤ ΕΕ 1</p> <p>ΑΑ Γ ΑΟ 2 2 2 2 2</p>	
26	<p>Εαετ ε οετ οτ τ εεαα ΑΥ εñτ τ ευçοαοα αεγ τ δεατ οτ αεατ εγ τ ευε?</p> <p><i>Siz ñmit tañylamak üçin hañsy tipli ñangyly ulanñarsyñyz?</i></p>	<p>ΥΕΑΕΟΔΕ×ΑΝΟΑΤ 01 Τ ΔΕΔΤ ΑΓ ΟΕ ΑΑÇ 02 ΑΑÇ Α ΑΑΕΕΤ Γ ΑΟ 03 ΕΑΔΤ ΝΕΓ 04 ΟΑΤ ΕΥ 05 ΑΔΑΑΑΝΓ ΟΕ ΟΑΤ ΕΥ 06 ΑΔΤ ΑΑ, ΝΤ ΕΤ Τ Α 07 ΟΑÇΑΕ 08</p> <p>ΑΔΟΑΤ Α 96 (ΟΕΑÇΑΟΥ ΕΤ Γ ΕΔΑΟΓ Τ)</p>	
27	<p>ΟΕΑÇΑΟΥ Τ ΑΟΑΔΕΑΕ, ΕÇ ΕΤ ΟΤ ΔΤ ΑΤ ΝΑΑΕΑΤ Τ Τ Ε</p> <p>ÇΑΤ ΕΝΑΟΥ ΟΤ, ×ΟΤ ΕΓ ΑΑΟΝΒ Α ΑΤ Τ Α</p>	<p>ΑΝΟΑΝΟΑΑΓ Τ Τ Α Τ Τ ΕΔΟΕΑ ÇΑΤ ΕΒ Γ ΑΝΤ Ε 11 Τ ΔΤ ΝΟΤ Ε Τ Τ Ε ΑΑΔΑΑΒ Γ ΟΑ ΑΤ ΝΕΕ 21 Τ ΑΔΑΑΤ ΟΑΤ Γ ΟΕ Τ Τ Ε Τ ΑΔΕΑΟ ΕΕΕ Τ Τ ΕΕΔΤ ΑΕΑ 31 ΕΕΓ Τ ΕΑΟΓ 32 ΟΑΤ ΑΓ Ο 33 ΕΤ ΑΔΤ ΕΑΓ 34</p> <p>ΑΔΟΑΤ Α 96 (ΟΕΑÇΑΟΥ ΕΤ Γ ΕΔΑΟΓ Τ)</p>	
28	<p>Ετ ααonγ εε α Ααοαι αττ α: Ααετ ñετ αα? Τ τ οτ οεεε εεε τ τ οτ οτ αγ ετ αεα? Εααετ ααγ ααοττ ααετ α εεε αδοçτ αεε?</p> <p><i>Sizñ dññüzde welosiped, motosikl ýada motor gämisi eñil ýada ýük awtomaşyny barmy?</i></p>	<p>ΑΑ Γ ΑΟ 1 2 1 2 1 2</p>	

1	ΑΤ Τ ΔΤ ΝΟ Ε ΟΕΕΥΟΘΟ	ΕΑΟΑΤ ΔΕΕ ΕΤ ΑΕΔΤ ΑΑΓ ΕΒ	Τ ΔΑΟΤ Α
33	<p>Άνω έε ά Άαοάι άτι τ αεάαάί έε τ οάάάάί τ τ ά τ άνωτ άεγ τ ουύυ όόε?</p> <p>Siziň öňüzde el iuwmak üçin bölinen er barmy?</p>	<p>ΆΑ 1</p> <p>Γ ΑΟ 2 → 34A</p>	
34	<p>Υ Τ Υ Δ Τ Ν Ε Ο Α Υ Τ Ε Α Ç Α Ο Υ Υ Ο Τ Ι Α Ν Ο Τ , Ε Ν Ι Τ Ε Υ Ç Ο Α Ι Τ Α Χ Ε Α Γ Α Ι Ε</p> <p>Α Τ Ι Τ Α Ε Α Α Α Γ Ε Β Ε Τ Ο Ι Α Ο Ε Ο Υ Γ Α Ε Ε Χ Ε Α Ν Ε Α Α Ο Ρ Ο Ε Ο Τ Δ Α Α Ι Α Ο Τ Α</p>	<p>ΑΑ Γ ΑΟ</p> <p>Α Τ Α Τ Υ Δ Τ Α Τ Α Ο Ι Ο Α Ε Υ Γ Ε Ε 1 2</p> <p>Ι Ο Ε Τ Ε Ε Ε Α Δ Ο Α Ε Α</p> <p>Χ Ε Ν Ο Β Ο Ε Α Ν Δ Α Α Ν Ο Α Α 1 2</p> <p>Δ Α Ε Τ Α Ε Γ Α , Α Α Γ Γ Α Ο Α Ç , Α Α Α Δ Τ ... 1 2</p>	
34A	<p>Υ Τ Υ Δ Τ Ν Ε Ο Α Δ Α Ν Ι Τ Γ Α Α Γ Ο Α Τ Δ Ε Γ Α Ν Ο Ε Ο Υ Α Ε Τ Α Ε Ο Ν Τ Ε Ε Ε Τ Ο Ι Α Ο Υ Ο Α</p> <p>Ν Ε Α Α Ο Ρ Ο Α Α :</p> <p>Ο Δ Α Ε Ο Α Δ Ο Υ Α Ε Τ Α Ε Ε</p> <p>_____</p> <p>(Γ Α Ç Α Α Γ Ε Α Τ Δ Τ Ε Ç Α Τ Α Ε Ο Α Ε Β)</p>	<p>Υ Τ Ε Ε Υ Ο Ε Ε Α Γ Τ Α Β 1</p> <p>Ε Α Δ Ο Τ Γ Γ Α Β / Α Ο Ι Α Ε Γ Α Β 2</p> <p>Α Α Ç Ο Υ Α Ε Τ Α Ε Ε 3 → 35</p> <p>Α Τ Ι Α Γ Α Ο Ν Τ Ε Ε 4 → 36</p>	
34A	<p>Ν Τ Ε Υ Ε Τ Α Ε Δ Τ Α Α Γ Γ Α Β Ε Ε Ε Γ Α Ε Τ Α Ε Δ Τ Α Α Γ Γ Α Β</p>	<p>Ε Τ Α Ε Δ Τ Α Α Γ Γ Α Β Ν Τ Ε Υ 1</p> <p>Γ Α Ε Τ Α Ε Δ Τ Α Α Γ Γ Α Β Ν Τ Ε Υ 2</p> <p>Γ Α Ο Γ Α Α Τ Ε Ν Ε 3</p>	
35	<p>Υ Τ Υ Δ Τ Ν Ε Ο Α Δ Α Ν Ι Τ Γ Α Α Γ Ο Α Τ Δ Ε Γ Α Ν Ο Ε Ε Τ Α Ε Ο Ν Τ Ε Ε .</p> <p>Υ Δ Τ Α Α Α Ε Ο Α Ο Α Ν Ο Γ Α Ν Τ Α Α Δ Α Ε Α Ε Α Ε Τ Α Α Α Ν Τ Ε Ε .</p> <p>Ç Α Ι Ε Ç Ε Ο Α Ν Τ Α Α Δ Α Ε Α Ε Α Ε Τ Α Α Α Τ Ε Α .</p>	<p>Ο Ι Ε Α (Γ Α Ο Ε Τ Α Α) 1</p> <p>7 Ι Ε Α 2</p> <p>15 Ι Ε Α 3</p> <p>30 Ι Ε Α 4</p>	
35A	<p>Άαά Άú τ άú=ίτ όδαί έοά ντ έú?</p> <p>Siz nahar duzyny nirede saklaýarsyňyz?</p>	<p>Α Ç Α Ε Δ Ο Ο Ο Α Ι Ε Τ Ν Ο Β Ο / Α Α Ε Ε Τ Ο</p> <p>Ι Α Ν Ο Υ Δ Ε Α Τ Ο Τ Α Ε Α Γ Ε Β Τ Ε Υ Ε /</p> <p>Α Ο Α Ι Γ Τ Ι Ι Α Ν Ο Α 1</p> <p>Α Τ Ο Ε Δ Ο Ο Ο Α Ι Ε Τ Ν Ο Β Ο / Α Α Ε Ε Ç Ε Ι Α Ν Ο</p> <p>Υ Δ Ε Α Τ Ο Τ Α Ε Α Γ Ε Β Τ Ε Υ Ε /</p> <p>Γ Α Ν Α Α Ο Ο 2</p>	
35A	<p>Ç í a a a é e Á ú τ í á τ á ο τ á e i τ n o e ο í τ o á a e á í e y á τ e u o é τ á e d τ á a í τ t e</p> <p>ñ t é e , = o t á ú τ o á a o í o á a e o u o ý a ç a a t é a a a í e e ?</p> <p>Siz bilýärsiňizmi iýmite ýody duzy ulamaklyk barada, şonuň üsti bilen birnäçe keselleri düýdyryp bolýandygyny?</p>	<p>ΆΑ 1</p> <p>Γ Α Ο 2</p>	
36	<p>Άνω έε ό έτ άτ -έεάτ ά Άαοάι άτι τ αεάαάί έε άα=ά (έέε άτ ηόοί ά ηάά έέε</p> <p>τ άτ ό τ ά), τ ο έ ο ά ά Á ú τ τ α ο ά τ τ έ ο = α ο ú ό ό ο έ ο ú έ τ ά τ ú ε άτ ά δ άι ý τ η ά í τ á -</p> <p>έ ά ο í á á τ η á ç τ í á ?</p> <p>Siziň öýňüzini birinde daça (ýa-da bagy-bakjasy) barmy, siz tomus-güýzki mōwsüm wagtlarynda gōk-önümleri nireden alyp bilýärsiňiz?</p>	<p>ΆΑ 1</p> <p>Γ Α Ο 2</p> <p>Α Δ Ο Α Τ Α 6</p> <p>(Ο Ε Α Ç Α Ο Υ Ε Τ Γ Ε Δ Α Ο Γ Τ)</p>	
37	<p>Ντ άάδ αέο έε έοτ -έεάτ ά Άαοάι άτι τ αεάαάί έε άτ τ ά ο í έε η έ τ o έέε</p> <p>άτ τ ά ο í η η τ o έ ο o ?</p> <p>Siziň öýňüzde kimdir biriňiz öý mallaryny we guşlaryny saklaýanlary barmy?</p>	<p>ΆΑ 1</p> <p>Γ Α Ο 2</p> <p>Α Δ Ο Α Τ Α 6</p> <p>(Ο Ε Α Ç Α Ο Υ Ε Τ Γ Ε Δ Α Ο Γ Τ)</p>	

Τ ΑΑΕΕΤ -ΑΑΙ Τ ΑΒΑΟΕ×ΑΝΕΤ Α ΕΝΝΕΑΑΤ ΑΑΙ ΕΑ ΟΟΘΕΙ ΑΓ ΕΝΟΑΙ Α
ΕΙ ΑΕΑΕΑΟΑΕΥΙ ΑΒ ΑΓ ΕΑΟΑ ΑΕΑΙ ΟΕΙ Ο

Γ ΑΟ×ΓΤ -ΕΕΕΙ Ε×ΑΝΕΕΕ ΟΑΙ ΟΘ Τ ΟΘΑΓ Ο ÇΑΤ ΔΤ ΑΥΒ Τ ΑΟΑΔΕ Ε ΔΑΑΑΓ ΕΑ
Τ ΕΙ ΕΝΟΑΒΝΟΑΑ ÇΑΔΑΑΤ Τ ΟΘΑΓ ΑΓ ΕΒ Ε Τ ΑΑΕΟΕΙ ΝΕΤ Ε Τ ΔΤ Τ ΟΘΕΑΓ Γ Τ ΝΟΕ ΟΟΘΕΙ ΑΓ ΕΝΟΑΓ Α

ИДЕНТИФИКАЦИОННАЯ КАРТОЧКА	
<p>Γ ΑÇΑΑΓ ΕΑ ΑΤ ΔΤ ΑΑ/ΑΤ ΔΤ ΑΕΑ/ΝΑΕΑ _____</p> <p>ΕΙ Β ΑΕΑΑΟ ΑΤ Τ Τ ΑΕΑΑΑΓ ΕΒ _____</p> <p>Γ Τ Τ ΑΔ ΕΕΑΝΟΑΔΑ Γ Τ Τ ΑΔ ΑΤ Τ Τ ΑΕΑΑΑΑΓ ΕΒ</p> <p>ΑΤ ΕΥΘΤ Ε ΑΤ ΔΤ Α/ΑΤ ΑΑΤ ΕΥΘΤ Ε ΑΤ ΔΤ Α/ΑΤ ΔΤ ΑΤ Ε/ΝΑΕΥΝΕΑΒ Τ ΑΝΟΙ Τ ΝΟΥ (ΑΤ ΕΥΘΤ Ε ΑΤ ΔΤ Α=1, Γ ΑΑΤ ΕΥΘΤ Ε ΑΤ ΔΤ Α=2, ΑΤ ΔΤ ΑΤ Ε=3, ΝΑΕΥΝΕΑΒ Τ ΑΝΟΙ Τ ΝΟΥ=4)</p> <p>ΑΤ ΔΤ Α/ΝΑΕΤ (ΑΤ ΔΤ Α=1, ΝΑΕΤ =2)</p> <p>ΕΙ Β Ε Γ Τ Τ ΑΔ ΕΕΓ ΕΕ ΑΕΑΓ ΟΕΙ Ο _____</p>	

ВИЗИТ ИНТЕРВЬЮЕРА									
	1	2	3	Τ ΕΤ Γ ×ΑΟΑΕΥΙ ΟΕ ΑΕÇΕΘ					
<p>ΑΑΟΑ _____</p> <p>ΕΙ Β ΕΓ ΟΑΔΑΥΠΑΔΑ _____</p> <p>ΔΑÇΟΕΥΟΑΟ* _____</p>				<p>ΑΑΓ Ο _____</p> <p>Τ ΑΝΒΟ _____</p> <p>ΑΤ Α <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;">2</td><td style="width: 15px; height: 15px;">0</td><td style="width: 15px; height: 15px;">0</td><td style="width: 15px; height: 15px;">0</td></tr> </table> _____</p> <p>ΕΙ Β _____</p> <p>ΔΑÇΟΕΥΟΑΟ _____</p>		2	0	0	0
	2	0	0	0					
<p>ΝΕΑΑΟΠΟΕΕ ΑΕÇΕΘ: ΑΑΟΑ _____</p> <p style="text-align: right;">ΑΔΑΙ Β _____</p>				<p>Τ ΑΟΥΑ ×ΕΝΕΤ _____</p> <p>ΑΕÇΕΟΤ Α <input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/></p>					
<p>* ΕΤ ΑΕΔΤ ΑΑΓ ΕΑ ΔΑÇΟΕΥΟΑΟΤ Α</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> <p>1 Τ ΝΟΥΑΝΟΑΕΑΓ</p> <p>2 Γ ΑΟ ΑΤ Τ Α</p> <p>3 Τ ΟΕΤ ΑΕΑΓ</p> <p>4 Τ ΟΕΑÇ</p> </td> <td style="width: 50%; border: none;"> <p>5 ×ΑΝΟΕ×ΓΤ ÇΑΑΑΔΘΑΓ</p> <p>6 Γ ΑΑΤ ÇΙ Τ ΑΕΑΓ</p> <p>7 ΑΘΟΑΤ Α</p> </td> </tr> </table> <p style="text-align: right;">----- (ΟΕΑÇΑΟΥ ΕΤ Γ ΕΔΑΟΓ Τ)</p>					<p>1 Τ ΝΟΥΑΝΟΑΕΑΓ</p> <p>2 Γ ΑΟ ΑΤ Τ Α</p> <p>3 Τ ΟΕΤ ΑΕΑΓ</p> <p>4 Τ ΟΕΑÇ</p>	<p>5 ×ΑΝΟΕ×ΓΤ ÇΑΑΑΔΘΑΓ</p> <p>6 Γ ΑΑΤ ÇΙ Τ ΑΕΑΓ</p> <p>7 ΑΘΟΑΤ Α</p>			
<p>1 Τ ΝΟΥΑΝΟΑΕΑΓ</p> <p>2 Γ ΑΟ ΑΤ Τ Α</p> <p>3 Τ ΟΕΤ ΑΕΑΓ</p> <p>4 Τ ΟΕΑÇ</p>	<p>5 ×ΑΝΟΕ×ΓΤ ÇΑΑΑΔΘΑΓ</p> <p>6 Γ ΑΑΤ ÇΙ Τ ΑΕΑΓ</p> <p>7 ΑΘΟΑΤ Α</p>								

<p>1. ΒÇΟΕ, Γ Α ΕΤ ΟΤ ΔΤ Τ Τ ΔΤ ΑΤ ΑΕΕΤ ΝΟΥ ΑΓ ΕΑΟΘΕΤ ΑΑΓ ΕΑ</p> <p>2. ΒÇΟΕ, Γ Α ΕΤ ΟΤ ΔΤ Τ ΔΑÇΑΤ ΑΑΔΕΑΑΑΟ ΔΑΝΙ Τ Γ ΑΑΓ Ο</p> <p>3. ΑΥΕ ΕΕ Τ ΔΕΑΕΑΘΑΓ Τ ΑΔΑΑΤ Α×ΕΕ</p>	<p>ΟΟΘΕΙ ΑΓ ΝΕΕ Ε</p> <p>1</p> <p>ΑΑ</p> <p>1</p>	<p>ΔΟΝΝΕΕ Ε</p> <p>2</p> <p>Γ ΑΟ</p> <p>2</p>	<p>ΑΘΟΑΤ Ε</p> <p>3</p> <p>3</p>
--	---	---	----------------------------------

<p style="text-align: center;">ΝΟΤ ΑΒΑΕÇΤ Δ</p> <p>ΕΙ Β _____ </p> <p>ΑΑΟΑ _____</p>	<p style="text-align: center;">Τ Τ ΕΑΑΤ Ε ΔΑΑΑΕΟΤ Δ</p> <p>ΕΙ Β _____ </p> <p>ΑΑΟΑ _____</p>	<p style="text-align: center;">ΔΑΑΑΕΟΤ Δ ΑΤ ΟΕΝΑ</p> <p style="text-align: center;"><input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/></p>	<p style="text-align: center;">Τ Τ ΑΔΑΟΤ Δ</p> <p style="text-align: center;"><input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/></p>
--	--	---	---

РАЗДЕЛ 1А. ОБЩАЯ ИНФОРМАЦИЯ

ФОРМА СОГЛАСИЯ

Здравствуйте! Меня зовут _____. Я работаю в Научно-клиническом центре охраны здоровья матери и ребенка Министерства здравоохранения и медицинской промышленности Туркменистана. Мы проводим общенациональное исследование здоровья женщин и детей. Вы приглашаетесь для участия в данной программе. Я хотела бы задать Вам вопросы, касающиеся многих аспектов Вашего здоровья (и здоровья Ваших детей). Эта информация поможет правительству Туркменистана при планировании эффективных долгосрочных программ в области здравоохранения. Пожалуйста, уделите нам 20-45 минут Вашего времени для заполнения анкеты. Информация, предоставленная Вами, будет строго конфиденциальной и не будет передаваться третьим лицам.

Участие в этой программе добровольное и Вы можете не отвечать на какие-либо вопросы или на все вопросы. Однако, мы надеемся, что Вы будете участвовать в данной программе, поскольку узнать Ваше мнение нам очень важно.

Вы хотите узнать что-либо об этой программе? Можно ли мне начать опрос?

Подпись интервьюера: _____ Дата: “_____” _____ 2000 г.

Salam! Meniň adym _____. Men Türkmenistanyň saglygy goraýyş we derman senagaty ministrindäki Gurbansoltan-eje adyndaky EÇSG YKM-de işleýärim. Biz eneleriň we çagalaryň arasynda umumy milli barlag - saglyk işini geçiryäris. Biz sizi şu geçirilýän saglyk maksatnamasyna çagyryarys. Men size şu geçirilýän saglyk maksatnamasynda siziň saglygyňyza we çagaňyzyň saglygyna degişli bolan birnäçe sowal bermek isleýärim. Şu alýan maglumatlaryňyz biziň Türkmenistan döwletimizde geçirilýän köpylykly saglyk maksatnamasyna degerli peýda bolar diýip umyt edýäris. Biz 20-45min gymmatly wagtyňyzy şu anketany doldurmaga sarp etmegiňizi sizden haýyş edýäris. Şu berjek maglumatlaryňyz diňe ikimiziň aramyzda galar, başga hiç bir üçünji adam bilmez.

Şu programma gatnaşmak diňe siziň islegiňiz boýunça. Siz islemeseňiz käbir soraglara ýa-da hiç bir soragada jogap bermän hem bilersiňiz. Ýöne siz şu maksatnama gatnaşarsyňyz diýip umyt edýäris. Sebäbi siziň pikiriňiz bize örän möhüm.

Siz şu maksatnama barada bir zatlar bilesiňiz gelýärimi? Size sorag bermäge rugsat ediň.

Interwýuýeryň goly _____ wagty ”_____” _____ 2000ý.

РЕСПОНДЕНТ СОГЛАСНА НА УЧАСТИЕ В ОПРОСЕ1
ОПРОСЕ2



РЕСПОНДЕНТ НЕ СОГЛАСНА НА УЧАСТИЕ В
ЗАВЕРШЕНИЕ ОПРОСА _____→

101	ЗАПИСАТЬ ВРЕМЯ НАЧАЛА ИНТЕРВЬЮ.	ЧАСЫ <input type="text"/> <input type="text"/> МИНУТЫ <input type="text"/> <input type="text"/>	
102	Во-первых, мне хотелось бы спросить о Вас о Вашем доме. До того времени, когда Вам исполнилось 12 лет, где Вы в основном жили: в большом городе, городке или сельской местности? Birinji bilen sizden sorasym gelýär - özüňiz barada hem-de 12 ýaşa çenli nirede ýaşandygyňyz barada aýdasaňyz: uly şäherdemi, şäherçedemi ýa-da obada?	ГОРОД 1 ГОРОДОК 2 СЕЛЬСКАЯ МЕСТНОСТЬ 3	
103	Сколько лет Вы живете в данной местности (назвать ту местность, где она сейчас живет)? Siz şu wagtky ýeriňizde haçandan bäri ýaşaýarsyňyz? (Häzirki ýaşayan ýeriniň ady ýa-da adresi). ЕСЛИ МЕНЕЕ ОДНОГО ГОДА, ЗАПИШИТЕ '00' ЛЕТ.	ГОДЫ <input type="text"/> <input type="text"/> ВСЕГДА 95 НАХОДИТСЯ С ВИЗИТОМ 96	↳105
104	До того, как Вы сюда переехали, где Вы жили: в городе, городке или сельской местности? Şu ýere göçüp gelmezden öň siz nirede ýaşadyňyz: şäherdemi, şäherçedemi ýa-da obada.	ГОРОД 1 ГОРОДОК 2 СЕЛЬСКАЯ МЕСТНОСТЬ 3	
105	Скажите, пожалуйста, когда Вы родились (месяц и год) Siziň dogulan ýylyňyz we aýyňyz?	МЕСЯЦ <input type="text"/> <input type="text"/> НЕ ЗНАЕТ МЕСЯЦА 98 ГОД <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> НЕ ЗНАЕТ ГОДА 9998	
106	Сколько Вам полных лет? Siz şu wagt doly näçe ýaşyňyzda? СРАВНИТЬ ОТВЕТЫ 105 И/ИЛИ 106 И ВНЕСТИ ИСПРАВЛЕНИЯ, ЕСЛИ НЕОБХОДИМО	ПОЛНЫХ ЛЕТ <input type="text"/> <input type="text"/>	
107	Учились ли Вы когда-либо в учебном заведении? Siz haýsy hem bolsa bir okuw jaýynda okadyňyzmy?	ДА 1 НЕТ 2	→110
108	Каков уровень образования в том учебном заведении, в котором Вы учились (учитесь): начальный, средний, средне-специальный, высший? Siziň okan (okayan) okuw jaýyňyzda bilim derejesi nähili: başlangyç, orta, orta-hünärli ýa-da yokary bilim.	НАЧАЛЬНЫЙ/СРЕДНИЙ 1 СРЕДНЕ-СПЕЦИАЛЬНЫЙ 2 ВЫСШИЙ 3	
109	Сколько лет Вы проучились в том учебном заведении? Siz şol okuw jaýynda näçe ýyl okadyňyz?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

110	<p>Читаете ли Вы газеты или журналы почти каждый день, по меньшей мере один раз в неделю, меньше чем один раз в неделю или вообще не читаете? Siz gazet-žurnallary günde okaýarsyňizmi: hepde-de 1 gezekmi, 2 hepde-de bir gezekmi ýa-da hiç-hili okamaýarsyňizmi?</p>	<p>ПОЧТИ КАЖДЫЙ ДЕНЬ 1 НЕ МЕНЕЕ ОДНОГО РАЗА В НЕДЕЛЮ 2 МЕНЕЕ ОДНОГО РАЗА В НЕДЕЛЮ ... 3 НЕ ЧИТАЕТ 4</p>	
111	<p>Как часто Вы слушаете радио? (каждый день, менее 1 раза в неделю, более или не слушаете?) Siz radiony günde diňleýärsiňizmi, hepde-de bir gezek, iki hepde-de bir gezek ýa-da hiç-hili diňlemeýärsiňizmi?</p>	<p>ПОЧТИ КАЖДЫЙ ДЕНЬ 1 НЕ МЕНЕЕ ОДНОГО РАЗА В НЕДЕЛЮ 2 МЕНЕЕ ОДНОГО РАЗА В НЕДЕЛЮ ... 3 НЕ СЛУШАЕТ 4</p>	
112	<p>Смотрите ли телевизор и как часто: почти каждый день, один раз в неделю, меньше чем один раз в неделю или вообще не смотрите? Siz telewizory günde seredýärsiňizmi, hepde-de bir gezek, iki hepde-den bir gezek ýa-da hiç-hili seretmeýärsiňizmi?</p>	<p>ПОЧТИ КАЖДЫЙ ДЕНЬ 1 НЕ МЕНЕЕ ОДНОГО РАЗА В НЕДЕЛЮ 2 МЕНЕЕ ОДНОГО РАЗА В НЕДЕЛЮ ... 3 НЕ СМОТРИТ 4</p>	
113	<p>Являетесь ли Вы мусульманкой, христианкой, принадлежите к другой религии, или вообще не религиозны? Siz musulmany, hristianmy ýa başga dina uýýarsyňizmi ýa-da hiç-hili dina uýmaýarsyňizmi?</p>	<p>МУСУЛЬМАНКА 1 ХРИСТИАНКА 2 ДРУГОЕ _____ 6 (УКАЗАТЬ КОНКРЕТНО) НЕ РЕЛИГИОЗНА 7 НЕ ЗНАЕТ 8</p>	
114	<p>Какова Ваша национальность? Вы Туркменка? Русская? Казашка? Узбечка? Другой национальности? Siziň milletiniňiz näme? Siz Türkmenmi? Orsmy? Gazakmy? Özbekmi? Ýa-da başga milletmi?</p>	<p>ТУРКМЕНКА 1 РУССКАЯ 2 КАЗАШКА 3 УЗБЕЧКА 4 ДРУГОЕ _____ 6 (УКАЗАТЬ КОНКРЕТНО) НЕ ЗНАЕТ 8</p>	

114А	<p>Прежде чем продолжить с вопросами, разрешите померить Ваше кровяное давление на левой руке, а также пульс.</p> <p>ПОМЕРИТЬ ДАВЛЕНИЕ НА ЛЕВОЙ РУКЕ, А ТАКЖЕ ПУЛЬС ЗАПИСАТЬ РЕЗУЛЬТАТЫ</p>	<p>АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ:</p> <p>СИСТОЛИЧЕСКОЕ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>ДИАСТОЛИЧЕСКОЕ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>ПУЛЬС <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>
114В	<p>Давайте теперь померим Ваше кровяное давление на правой руке, а также пульс.</p> <p>ПОМЕРИТЬ ДАВЛЕНИЕ НА ПРАВОЙ РУКЕ, А ТАКЖЕ ПУЛЬС ЗАПИСАТЬ РЕЗУЛЬТАТЫ</p>	<p>АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ:</p> <p>СИСТОЛИЧЕСКОЕ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>ДИАСТОЛИЧЕСКОЕ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>ПУЛЬС <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>

РАЗДЕЛ 1А. ОБЩАЯ ИНФОРМАЦИЯ

ФОРМА СОГЛАСИЯ

Здравствуйте! Меня зовут _____ . Я работаю в Научно-клиническом центре охраны здоровья матери и ребенка Министерства здравоохранения и медицинской промышленности Туркменистана. Мы проводим общенациональное исследование здоровья женщин и детей. Вы приглашаетесь для участия в данной программе. Я хотела бы задать Вам вопросы, касающиеся многих аспектов Вашего здоровья (и здоровья Ваших детей). Эта информация поможет правительству Туркменистана при планировании эффективных долгосрочных программ в области здравоохранения. Пожалуйста, уделите нам 20-45 минут Вашего времени для заполнения анкеты. Информация, предоставленная Вами, будет строго конфиденциальной и не будет передаваться третьим лицам.

Участие в этой программе добровольное и Вы можете не отвечать на какие-либо вопросы или на все вопросы. Однако, мы надеемся , что Вы будете участвовать в данной программе, поскольку узнать Ваше мнение нам очень важно.

Вы хотите узнать что-либо об этой программе? Можно ли мне начать опрос?

Подпись интервьюера: _____ Дата: “ _____ ” _____ 2000 г.

Salam! Meniň adym _____. Men Türkmenistanyň saglygy gorayyş we derman senagaty ministrindäki Gurbansoltan-eje adyndaky EÇSG YKM-de işleýärim. Biz eneleriň we çagalaryň arasynda umumy milli barlag - saglyk işini geçiryäris. Biz sizi şu geçirilýän saglyk maksatnamasyna çagyryarys. Men size şu geçirilýän saglyk maksatnamasynda siziň saglygyňyza we çagaňyzyň saglygyna degişli bolan birnäçe sowal bermek isleýärim. Şu alýan maglumatlaryňyz biziň Türkmenistan döwletimizde geçirilýän köpylykly saglyk maksatnamasyna degerli peýda bolar diýip umyt edýäris. Biz 20-45min gymmatly wagtyňyzy şu anketany doldurmaga sarp etmegiňizi sizden haýyş edýäris. Şu berjek maglumatlaryňyz diňe ikimiziň aramyzda galar, başga hiç bir üçünji adam bilmez.

Şu programma gatnaşmak diňe siziň islegiňiz boýunça. Siz islemeseňiz käbir soraglara ýa-da hiç bir soragada jogap bermän hem bilersiňiz. Ýöne siz şu maksatnama gatnaşarsyňyz diýip umyt edýäris. Sebäbi siziň pikiriňiz bize örän möhüm.

Siz şu maksatnama barada bir zatlar bilesiňiz gelýärimi? Size sorag bermäge rugsat ediň.

Interwýuýeryň goly _____ wagty ” _____ “ _____ 2000ý.

РЕСПОНДЕНТ СОГЛАСНА НА УЧАСТИЕ В ОПРОСЕ1
ОПРОСЕ2



РЕСПОНДЕНТ НЕ СОГЛАСНА НА УЧАСТИЕ В
ЗАВЕРШЕНИЕ ОПРОСА _____ →

101	ЗАПИСАТЬ ВРЕМЯ НАЧАЛА ИНТЕРВЬЮ.	ЧАСЫ <input type="text"/> <input type="text"/> МИНУТЫ <input type="text"/> <input type="text"/>	
102	Во-первых, мне хотелось бы спросить о Вас о Вашем доме. До того времени, когда Вам исполнилось 12 лет, где Вы в основном жили: в большом городе, городке или сельской местности? Birinji bilen sizden sorasym gelýär - özüňiz barada hem-de 12 ýaşa çenli nirede ýaşandygyňyz barada aýdasaňyz: uly şäherdemi, şäherçedemi ýa-da obada?	ГОРОД 1 ГОРОДОК 2 СЕЛЬСКАЯ МЕСТНОСТЬ 3	
103	Сколько лет Вы живете в данной местности (назвать ту местность, где она сейчас живет)? Siz şu wagtky ýeriňizde haçandan bäri ýaşaýarsyňyz? (Häzirki ýaşayan ýeriniň ady ýa-da adresi). ЕСЛИ МЕНЕЕ ОДНОГО ГОДА, ЗАПИШИТЕ '00' ЛЕТ.	ГОДЫ <input type="text"/> <input type="text"/> ВСЕГДА 95 НАХОДИТСЯ С ВИЗИТОМ 96	↳105
104	До того, как Вы сюда переехали, где Вы жили: в городе, городке или сельской местности? Şu ýere göçüp gelmezden öň siz nirede ýaşadyňyz: şäherdemi, şäherçedemi ýa-da obada.	ГОРОД 1 ГОРОДОК 2 СЕЛЬСКАЯ МЕСТНОСТЬ 3	
105	Скажите, пожалуйста, когда Вы родились (месяц и год) Siziň dogulan ýylyňyz we aýyňyz?	МЕСЯЦ <input type="text"/> <input type="text"/> НЕ ЗНАЕТ МЕСЯЦА 98 ГОД <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> НЕ ЗНАЕТ ГОДА 9998	
106	Сколько Вам полных лет? Siz şu wagt doly näçe ýaşyňyzda? СРАВНИТЬ ОТВЕТЫ 105 И/ИЛИ 106 И ВНЕСТИ ИСПРАВЛЕНИЯ, ЕСЛИ НЕОБХОДИМО	ПОЛНЫХ ЛЕТ <input type="text"/> <input type="text"/>	
107	Учились ли Вы когда-либо в учебном заведении? Siz haýsy hem bolsa bir okuw jaýynda okadyňyzmy?	ДА 1 НЕТ 2	→110
108	Каков уровень образования в том учебном заведении, в котором Вы учились (учитесь): начальный, средний, средне-специальный, высший? Siziň okan (okayan) okuw jaýyňyzda bilim derejesi nähili: başlangyç, orta, orta-hünärli ýa-da ýokary bilim.	НАЧАЛЬНЫЙ/СРЕДНИЙ 1 СРЕДНЕ-СПЕЦИАЛЬНЫЙ 2 ВЫСШИЙ 3	
109	Сколько лет Вы проучились в том учебном заведении? Siz şol okuw jaýynda näçe ýyl okadyňyz?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

110	<p>Читаете ли Вы газеты или журналы почти каждый день, по меньшей мере один раз в неделю, меньше чем один раз в неделю или вообще не читаете? Siz gazet-žurnalary günde okaýarsyňizmi: hepde-de 1 gezekmi, 2 hepde-de bir gezekmi ýa-da hiç-hili okamaýarsyňizmi?</p>	<p>ПОЧТИ КАЖДЫЙ ДЕНЬ 1 НЕ МЕНЕЕ ОДНОГО РАЗА В НЕДЕЛЮ 2 МЕНЕЕ ОДНОГО РАЗА В НЕДЕЛЮ ... 3 НЕ ЧИТАЕТ 4</p>	
111	<p>Как часто Вы слушаете радио? (каждый день, менее 1 раза в неделю, более или не слушаете?) Siz radiony günde diňleýärsiňizmi, hepde-de bir gezek, iki hepde-de bir gezek ýa-da hiç-hili diňlemeýärsiňizmi?</p>	<p>ПОЧТИ КАЖДЫЙ ДЕНЬ 1 НЕ МЕНЕЕ ОДНОГО РАЗА В НЕДЕЛЮ 2 МЕНЕЕ ОДНОГО РАЗА В НЕДЕЛЮ ... 3 НЕ СЛУШАЕТ 4</p>	
112	<p>Смотрите ли телевизор и как часто: почти каждый день, один раз в неделю, меньше чем один раз в неделю или вообще не смотрите? Siz telewizory günde seredýärsiňizmi, hepde-de bir gezek, iki hepde-den bir gezek ýa-da hiç-hili seretmeýärsiňizmi?</p>	<p>ПОЧТИ КАЖДЫЙ ДЕНЬ 1 НЕ МЕНЕЕ ОДНОГО РАЗА В НЕДЕЛЮ 2 МЕНЕЕ ОДНОГО РАЗА В НЕДЕЛЮ ... 3 НЕ СМОТРИТ 4</p>	
113	<p>Являетесь ли Вы мусульманкой, христианкой, принадлежите к другой религии, или вообще не религиозны? Siz musulmany, hristianmy ýa başga dina uýýarsyňizmi ýa-da hiç-hili dina uýmaýarsyňizmi?</p>	<p>МУСУЛЬМАНКА 1 ХРИСТИАНКА 2 ДРУГОЕ 6 (УКАЗАТЬ КОНКРЕТНО) НЕ РЕЛИГИОЗНА 7 НЕ ЗНАЕТ 8</p>	
114	<p>Какова Ваша национальность? Вы Туркменка? Русская? Казашка? Узбечка? Другой национальности? Siziň milletiniňiz näme? Siz Türkmenmi? Orsmy? Gazakmy? Özbekmi? Ýa-da başga milletmi?</p>	<p>ТУРКМЕНКА 1 РУССКАЯ 2 КАЗАШКА 3 УЗБЕЧКА 4 ДРУГОЕ 6 (УКАЗАТЬ КОНКРЕТНО) НЕ ЗНАЕТ 8</p>	

114А	<p>Прежде чем продолжить с вопросами, разрешите померить Ваше кровяное давление на левой руке, а также пульс.</p> <p>ПОМЕРИТЬ ДАВЛЕНИЕ НА ЛЕВОЙ РУКЕ, А ТАКЖЕ ПУЛЬС ЗАПИСАТЬ РЕЗУЛЬТАТЫ</p>	<p>АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ:</p> <p>СИСТОЛИЧЕСКОЕ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>ДИАСТОЛИЧЕСКОЕ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>ПУЛЬС <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>
114В	<p>Давайте теперь померим Ваше кровяное давление на правой руке, а также пульс.</p> <p>ПОМЕРИТЬ ДАВЛЕНИЕ НА ПРАВОЙ РУКЕ, А ТАКЖЕ ПУЛЬС ЗАПИСАТЬ РЕЗУЛЬТАТЫ</p>	<p>АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ:</p> <p>СИСТОЛИЧЕСКОЕ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>ДИАСТОЛИЧЕСКОЕ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>ПУЛЬС <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>

РАЗДЕЛ 1Б.МЕДИЦИНСКОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ И СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ

115	<p>Следующие вопросы касаются места куда люди обращаются для решения проблем со здоровьем. Есть ли в Вашей местности такое учреждение куда Вы обычно обращаетесь, когда заболели или когда нужна консультация по поводу здоровья ?</p> <p>Indiki soraglar adamlar öz saglyklary barada nirä yüz tutýarlar. Siziň şu wagtky ýaşaýan ýeriňizde keselläýen wagtyňyzda</p>	<p>ДА 1 НЕТ 2 ДРУГОЕ_____ 6 УКАЗАТЬ КОНКРЕТНО НЕ ЗНАЕТ 8</p>	<p>→118 →119 →119</p>
116	<p>К какому типу учреждения оно относится - сельский или городской дом здоровья, женская консультация, госпиталь, или другое учреждение?</p> <p>Siziň yüz tutýan edaraňyz haýsy görnüşe degişli, oba saglyk öýümi, şäher saglyk öýümi, aýallar konsultasyasymy, gospitalmy ýa-da başga edaramy?</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">ЗАПИШИТЕ НАЗВАНИЕ УЧРЕЖДЕНИЯ</p>	<p>СДЗ/ГДЗ. 1 ЖК 2 ГОСПИТАЛЬ 3 ДРУГОЕ _____ 6 НЕ ЗНАЕТ 8</p>	
117	<p>Имеете ли Вы возможность поменять учреждение куда Вы обычно обращаетесь за медицинской помощью ?</p> <p>Siz medisina kömegi üçin yüz tutýan edaraňyzy çalyşmaga ýagdaýyňyz barmy?</p>	<p>ДА 1 НЕТ 2 НЕ ЗНАЕТ 8</p>	<p>→119</p>
118	<p>В чем причина того, что Вы не имеете обычного источника медицинской помощи?</p> <p>Siziň medisina kömeginiň çeşmesini alyp bilmeýänligiňiziň sebäbi näme?</p>	<p>ИСТОЧНИК НЕ ДОСТУПЕН 1 НЕТ ПРИЧИН Т.К. РЕДКО/ ВООБЩЕ НЕ БОЛЕЕТ 2 НЕДАВНО ПЕРЕЕХАЛА В ЭТУ МЕСТНОСТЬ 3 ДРУГОЕ _____ 6 НЕ ЗНАЕТ 8</p>	
119	<p>В течении последних 12 месяцев обращались ли Вы к врачу за медицинской помощью по поводу болезни, травмы или других проблем со здоровьем, включая медосмотры и посещение по поводу беременности?</p> <p>Siz soňky 12 aýyň dowamynda öz keseliňiz, saglyk ýagdaýyňyza şikes ýeten ýa-da başga keseller sebäpli, şol sanda medisina gözegçiligi we perenatal kömegi üçin lukmana yüz tutdyňyzmy?</p>	<p>ДА 1 НЕТ 2 НЕ ЗНАЕТ 8</p>	<p>→123</p>

120	<p>В каком месяце и году Вы посетили врача по поводу заболевания или травмы в последний раз?</p> <p>Siz soňky sapar haýsy aýda we ýylda öz keseliňiz barada, ýa-da saglyk ýagdaýyňyza şikes ýetenligi barada lukmana ýüz tutdyňyzmy.</p>	<p>МЕСЯЦ <input type="text"/></p> <p>ГОД <input type="text"/></p> <p>НЕ ЗНАЕТ 9998</p>	
121	<p>Во время того посещения, были ли Вы на приеме у семейного врача или специалиста узкого профиля оказывающего помощь только при определенных заболеваниях?</p> <p>Siz öňki gezek her-hili keselleri bejerýän we öňüni alma kömegini berýän maşgala lukmanyna ýüz tutdyňyzmy ýa-da belli bir keseli bejerýän inçe hünärli lukmana ýüz tutdyňyzmy?</p>	<p>СЕМЕЙНЫЙ ВРАЧ. 1</p> <p>СПЕЦИАЛИСТ 2</p> <p>ДРУГОЕ _____ 6</p> <p>НЕ ЗНАЕТ 8</p>	
122	<p>Было ли это учреждением, где Вы обычно получаете медицинскую помощь когда болеете или консультируетесь по поводу Вашего здоровья?</p> <p>Şol ýüz tutan adaraňyz öňki medisina komejini soglyk barada konsultasiýa berýän edaramydy?</p>	<p>ДА 1</p> <p>НЕТ 2</p> <p>НЕ ЗНАЕТ 8</p>	
123	<p>В течение последних 12 месяцев посетил ли Вас врач или медсестра на дому по поводу заболевания, травмы или других проблем связанных со здоровьем ?</p> <p>Soňky 12 aýyň irinde size lukman ýa-da şepagat uýasy saglygyňyz barada ýa-da şikes ýetenligi sebäpli öýüňize geldimi?</p>	<p>ДА 1</p> <p>НЕТ 2</p> <p>НЕ ЗНАЕТ 8</p>	} 125
123A	<p>Кто Вас посетил: врач или медсестра или фельдшер?</p> <p>Size lukman geldimi ýa-da şepagat uýasy?</p>	<p>ВРАЧ. 1</p> <p>МЕДСЕСТРА 2</p> <p>ДРУГОЕ _____ 6</p>	} 125
124	<p>Был ли этот врач семейным врачом или же он специалист узкого профиля, оказывающий помощь только при определенных заболеваниях?</p> <p>Şol lukman maşgala lukmanymy keselleriň hemme görnüşini bejerin we kesiliň öňüni altamaga kömek berýän ýa-da inçe hünärli lukmanmy belli-bir keseli bejerýän?</p>	<p>СЕМЕЙНЫЙ ВРАЧ. 1</p> <p>СПЕЦИАЛИСТ 2</p> <p>ДРУГОЕ _____ 6</p> <p>НЕ ЗНАЕТ 8</p>	

125	В течение последних 12 месяцев сколько денег Вы израсходовали для получения медицинской помощи: менее 100000манат или более 100 000 манат, или же вообще не было медицинских расходов? Siz soňky 12-aýyň irinde öz saglygyňyz üçin näçe pul harajat etdiňiz: 100 müň manada çenli, 100 müň manatdan ýokary ýa-da medisina üçin çykdaýjy etmediňizmi?	НЕ РАСХОДОВАЛА. 1 МЕНЕЕ 100 000 МАНАТ. 2 БОЛЕЕ 100 000 МАНАТ. 3 НЕ ЗНАЕТ 8	
125А	На что израсходовали Вы эти деньги (на лекарство, медицинские услуги, обследование и др)?	НА ЛЕКАРСТВА. 1 МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ. 2 ОБСЛЕДОВАНИЕ. 3 ДРУГОЕ. 6 УКАЗАТЬ КОНКРЕТНО НЕ ЗНАЕТ 8	
126	Слышали ли Вы о новой Президентской программе реформирования здравоохранения ?	ДА 1 НЕТ 2	
127	Сейчас мне хотелось бы задать Вам несколько вопросов о Вашем здоровье. Говорил ли Вам кто-либо из медработников о том, что у Вас имеются какие-либо из следующих заболеваний или состояний? Men häzir siziň öz saglygyňyz barada birnäçe sorag bermek isleýärim? Medisina işgärleriniň arasyndan biri size keseliňiziň barlygy ýa-da organizmyzyň gowşaklygy barada heý bir zat aýtdylarmy?		
128	Анемия или малокровие? Gan azlyk?	ДА 1 НЕТ 2 НЕ ЗНАЕТ 8	↓ 130
129	Когда впервые Вам сказали что у Вас анемия? Sizde gan azlyk barlygy barada ilkinji haçan aýtdylar?	МЕНЕЕ 12 МЕСЯЦЕВ НАЗАД 1 БОЛЕЕ 12 МЕСЯЦЕВ НАЗАД 2	
130	Гипертоническая болезнь или повышенное кровяное давление? Gipertoniýa keseli ýa-da gan basyşyňyz ýokarlygy?	ДА 1 НЕТ 2 НЕ ЗНАЕТ 8	↓ 132
131	Когда впервые Вам сказали что у Вас гипертоническая болезнь? Sizde gan basyşyňyz ýokarydygyny birinji gezek kim aýtdy?	МЕНЕЕ 12 МЕСЯЦЕВ НАЗАД 1 БОЛЕЕ 12 МЕСЯЦЕВ НАЗАД 2	
132	Диабет или сахарная болезнь? Diabet ýa-da süýji keseli?	ДА 1 НЕТ 2 НЕ ЗНАЕТ 8	↓ 134

133	Когда впервые Вам сказали что у Вас диабет? Sizde súýji keseliniň barlygyny birinji kim aýtdy?	МЕНЕЕ 12 МЕСЯЦЕВ НАЗАД 1 БОЛЕЕ 12 МЕСЯЦЕВ НАЗАД 2	
134	Болезнь почек, например пиелонефрит или гломерулонефрит? Böwrek keseli meselem niolonefrit ýa-da glomerulonefrit?	ДА 1 НЕТ 2 НЕ ЗНАЕТ 8	↳136
135	Когда впервые Вам сказали что у Вас имеется болезнь почек? Sizde böwrek keseliniň barlygyny kim birinji aýtdy?	МЕНЕЕ 12 МЕСЯЦЕВ НАЗАД 1 БОЛЕЕ 12 МЕСЯЦЕВ НАЗАД 2	
136	Гепатит или Болезнь Боткина Sary getirme ýa-da Botkin keseli?	ДА 1 НЕТ 2 НЕ ЗНАЕТ 8	↳138
137	Когда впервые Вам сказали что у Вас имеется гепатит? Sizde sary getirme barlygy barada kim birinji aýtdy?	МЕНЕЕ 12 МЕСЯЦЕВ НАЗАД 1 БОЛЕЕ 12 МЕСЯЦЕВ НАЗАД 2	
138	Принимаете ли Вы в настоящее время железосодержащие таблетки для профилактики и лечения анемии? Şu wagt gan azlygyň öňüni almak ýa-da bejirmek üçin düzüminde demir saklaýan tabletka içýärsiňizmi?	ДА 1 НЕТ 2 НЕ ЗНАЕТ 8	↳143
139	Принимали ли Вы или покупали ли железосодержащие таблетки для профилактики и лечения анемии раньше? Siz öň gan azlyk sebäpli ýa-da öňüni almak üçin düzüminde demir bolan tabletka içipdiňizmi ýa-da satyn alypdyňizmy?	ДА 1 НЕТ 2 НЕ ЗНАЕТ 8	↳142
140	Когда в последний раз Вы принимали таблетки для профилактики или лечения анемии? Siz haçan iň soňky sapar gan azlygy bejermek ýa-da öňüni almak üçin tabletka içdiňiz?	МЕСЯЦ <input type="text"/> ГОД <input type="text"/> НЕ ЗНАЕТ 9998	
140А	Было ли это во время Вашей последней беременности? Şol wagt siziň soňky göwreli mahalyňyzmydy?	ДА 1 НЕТ 2	↳142
141	В то время, когда Вы принимали эти таблетки в последний раз, в течение сколько дней Вы их принимали? Soňky gezek içen dermanyňyzy, näçe günüň dowamynda kabul etdiňiz.	КОЛ-ВО ДНЕЙ <input type="text"/> НЕ ЗНАЕТ 998	

142	Принимаете ли Вы сейчас регулярно какие-либо таблетки, уколы или другие лекарственные препараты? Siz şu wagt yzygiderli haýsy hem bolsa bir tabletkany, ukoly ýa-da başga dermanlar kabul edýärsiňiz?	ДА 1 НЕТ 2	-->144 -->146																				
143	Принимаете ли Вы регулярно какие-либо таблетки, уколы или другие лекарственные препараты помимо тех, которые Вы принимаете для профилактики и лечения анемии? Siz gan azlygyň döni almak ýa-da bejermek üçin içýän dermanlaryňyzdan başga, yzygiderli tabletka, ukol kabul edýärsiňizmi?	ДА 1 НЕТ 2	-->146																				
144	Знаете ли Вы против какой болезни Вам назначили это или эти лекарства? Если Да, против какой болезни? Siz şu dermanlary haýsy kesele garşy berenliklerini bilýärsiňizmi? Eger bilýän bolsaňyz haýsy kesel üçin?	НАЗВАНИЕ БОЛЕЗНИ <table border="1" data-bbox="1818 491 2000 758"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																					
145	Покажите упаковку лекарства, которое Вы принимаете. Şol dermanyň gabyny görkezseňizläň. ЕСЛИ ПОКАЗЫВАЕТ, ЗАПИСАТЬ НАЗВАНИЕ ВСЕХ ПОКАЗАННЫХ УПАКОВОК	НАЗВАНИЯ УПАКОВОК <table border="1" data-bbox="1818 842 2000 1109"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> НЕ ПОКАЗЫВАЕТ 9 9 8																					
146	Слышали ли Вы когда-либо о такой болезни, как туберкулез? Siz haçan hem bolsa inçekesel barada biz zatlar eşidipdiňizmi?	ДА 1 НЕТ 2	-->156																				
147	Как Вы думаете, можно ли туберкулез полностью излечить при помощи лекарств? Siz dermanlaryň kömegi bilen inçekiseli düýbinden bejerip bolýanlygyny bilýarmisiňia	ДА 1 НЕТ 2																					

148	<p>Болели ли когда-либо туберкулезом Вы или кто-нибудь из Вашей семьи?</p> <p>Siz ýa-da maşgalaňyzdan biri inçe-kesel bilen syrkawlapmydy?</p>	<p>ДА 1</p> <p>НЕТ 2</p>	
149	<p>Знаете ли Вы людей из других семей с кем Вы часто контактируете (соседи, коллеги или близкие друзья), болеющих или ранее болевших туберкулезом?</p> <p>Siz başga maşgaladan (goňşy, işdeşlerden ýa-da joralaryň) inçekesel bilen kesellän adamlar bilen aragatnaşyk edinmidiňiz?</p>	<p>ДА 1</p> <p>НЕТ 2</p>	
150	<p>Знаете ли Вы, по каким признакам или симптомам, можно определить больных туберкулезом?</p> <p>Siz nähili pikiz edýarsiňiz, haysy alamatlar we simptomlar boýunça inçekendigini kesgitläp bolýar?</p>	<p>КАШЕЛЬ A</p> <p>КАШЕЛЬ С МОКРОТОЙ B</p> <p>КАШЕЛЬ БОЛЕЕ 3 НЕДЕЛЬ .. C</p> <p>ЖАР D</p> <p>КРОВЬ В МОКРОТЕ E</p> <p>ПОТЕРЯ АППЕТИТА F</p> <p>ПОТЛИВОСТЬ G</p> <p>БОЛЬ В ГРУДИ H</p> <p>УСТАЛОСТЬ/УТОМЛЯЕМОСТЬ .. I</p> <p>ПОХУДАНИЕ K</p> <p>СОНЛИВОСТЬ L</p> <p>ДРУГОЕ _____ X</p> <p>(УКАЗАТЬ КОНКРЕТНО)</p> <p>НЕ ЗНАЕТ Z</p>	<p>→ 152</p>
151	<p>При каких симптомах туберкулеза, Вы бы обратились за медицинской помощью?</p> <p>Inçekeseliň haýsy alamatlary ýüze çykanda siz medisina kömegi üçin ýüz tutarsyňyz</p>	<p>КАШЕЛЬ A</p> <p>КАШЕЛЬ С МОКРОТОЙ B</p> <p>КАШЕЛЬ БОЛЕЕ 3 НЕДЕЛЬ .. C</p> <p>ЖАР D</p> <p>КРОВЬ В МОКРОТЕ E</p> <p>ПОТЕРЯ АППЕТИТА F</p> <p>ПОТЛИВОСТЬ G</p> <p>БОЛЬ В ГРУДИ H</p> <p>УСТАЛОСТЬ/УТОМЛЯЕМОСТЬ .. I</p> <p>ПОХУДАНИЕ K</p> <p>СОНЛИВОСТЬ L</p> <p>ДРУГОЕ _____ X</p> <p>(УКАЗАТЬ КОНКРЕТНО)</p> <p>НЕ ЗНАЕТ Z</p>	

152	<p>Когда человек впервые обнаруживает, что он заболел туберкулезом, как он должен лечиться: в больнице или диспансере, на дому, или вначале в больнице с последующим лечением на дому?</p> <p>Haçanda adam inçekeseli bilen syrkawlan ýagdaýynda nähili usulda bejeriş almalı: keselhanada, dispanserde, öýde, ýa-da ilki keselhsnsda soňra öýde</p>	<p>В БОЛЬНИЦЕ 1 ЛЕЧИТЬСЯ ДОМА 2 ПЕРВОНАЧАЛЬНО В БОЛЬНИЦЕ, С ПОСЛЕДУЮЩИМ ЛЕЧЕНИЕМ ДОМА 3 ДРУГОЕ _____ 6 (УКАЗАТЬ КОНКРЕТНО) НЕ ЗНАЕТ 8</p>
153	<p>Каким путем туберкулез распространяется от одного лица к другому?</p> <p>Inçekesel bir adamdan başga adama nähili ýollar bilen geçip bilýär?</p>	<p>ЧЕРЕЗ ВОЗДУХ ПРИ КАШЛЕ ... 1 ДРУГОЕ _____ 6 (УКАЗАТЬ КОНКРЕТНО) НЕ ЗНАЕТ 8</p>
154	<p>Куда бы Вы обратились замедицинской помощью, если бы решили, что Вы или Ваш ребенок больны туберкулезом?</p> <p>Siz ýa-da çagaňyz inçekesel bilen kesellän ýagdaýyňyzda medisina kömegi üçin nirä yüz tutarsyňyz?</p>	<p>ГОСУДАРСТВЕННЫЙ СЕКТОР ГОСПИТАЛЬ 11 СДЗ/ГДЗ 12 СЕМ.ВРАЧ.АМБ. 13 ТУБ.ДИСПАНСЕР 14 ДРУГОЕ ГОС.МЕД.УЧРЕЖД. _____ 16 (УКАЗАТЬ КОНКРЕТНО)</p> <p>ЧАСТНЫЙ СЕКТОР ЧАСТНАЯ Б-ЦА/КЛИНИКА ... 21 ЧАСТНЫЙ ВРАЧ 22 ДРУГОЕ ЧАСТ. МЕД.УЧРЕЖД. _____ 26 (УКАЗАТЬ КОНКРЕТНО)</p> <p>ДРУГОЕ _____ 96 (УКАЗАТЬ КОНКРЕТНО) НЕ ЗНАЕТ 98</p>
155	<p>Если бы член Вашей семьи выписался из больницы после лечения туберкулеза, пожелали бы Вы взять его домой для дальнейшего продолжения лечения?</p> <p>Siziň maşgalaňyzyň içinden biri inçekesel bilen keselläp bejergi alandan soň keselhanadan çyksa, siz bejergisini dowam etmek üçin öýe kabul edersiňiz?</p>	<p>ДА 1 НЕТ 2</p>

156 | Прежде чем продолжить с вопросами, разрешите померить Ваше кровяное давление на левой руке, а также пульс.

ПОМЕРИТЬ ДАВЛЕНИЕ НА ЛЕВОЙ РУКЕ, А ТАКЖЕ ПУЛЬС
ЗАПИСАТЬ РЕЗУЛЬТАТЫ

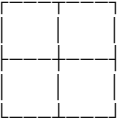

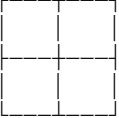
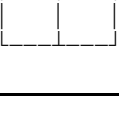
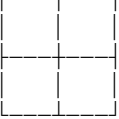

АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ			
СИСТОЛИЧЕСКОЕ	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ДИАСТОЛИЧЕСКОЕ	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ПУЛЬС	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>


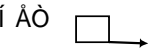

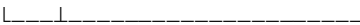
157 | Теперь разрешите померить Ваше кровяное давление на правой руке, а также пульс.





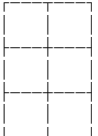




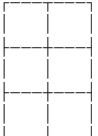




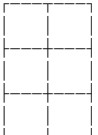




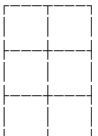




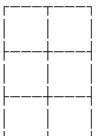
ПОМЕРИТЬ ДАВЛЕНИЕ НА ПРАВОЙ РУКЕ, А ТАКЖЕ ПУЛЬС
ЗАПИСАТЬ РЕЗУЛЬТАТЫ































АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ			
СИСТОЛИЧЕСКОЕ	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ДИАСТОЛИЧЕСКОЕ	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ПУЛЬС	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>































ÐÀÇÄÄË 2: ÈÑÒÌ ÐÈß ÁÐÐÀÌ ÁÍ Í Î ÑÒÄË

201	<p>Ñáé-àñ ý áú õ òáéà çàààòú í àñèì ëüèì àì ò ðì ñì á, èàñàð ù èõñý áàòì ðì æááí èý. Ðì æèè èè Áú èì æà-èéáí ?</p> <p>Häzir men sizden çaga dograňyždaky ýagdaýlaryňyz barada sorajak, a aslynda siz çaga dogurdyňyzmy?</p>	<p>ÄÄ 1 Í ÄÒ 2</p>	<p>→206</p>
202	<p>Äñòü èè ó Äañ ñú í î äüý èèè àì -áðè, èì òì ðú ó Áú ðì àèèè, è èì òì ðú á æáòò ñáé-àñ ñ Äàì è ?</p> <p>Siziň dogran oglan we gyzlaryňyzdan häzir siziň bilen ýaşayany barmy?</p>	<p>ÄÄ 1 Í ÄÒ 2</p>	<p>→204</p>
203	<p>Ñèì ëüèì ñú í î ááé æáàò ñáé-àñ ñ Äàì è? È ñèì ëüèì àì -áðáé æáàò ñáé-àñ ñ Äàì è ?</p> <p>Ñäçe ogluňyz siziň bilen ýaşayar? Näçe gyzyňyz siziň bilen ýaşayar? ÄÑÈÈ Í ÄÒ, ÖÌ ÇÄÌ ÈÑÄÖÜ '00'.</p>	<p>ÑÚÍ Í ÄÛß Ä ÄÍ Ì Ä ...  ÄÍ xÄÐÈ Ä ÄÍ Ì Ä </p>	
204	<p>Äñòü èè ó Äañ ñú í î äüý èèè àì -áðè, èì òì ðú ó Áú ðì àèèè, èì òì ðú á ñáé-àñ æáú, í î í á æáòò ñ Äàì è?</p> <p>Siziň dogran oglan we gyzlaryňyzdan häzir siziň bilen ýaşayany barmy?</p>	<p>ÄÄ 1 Í ÄÒ 2</p>	<p>→206</p>
205	<p>Ñèì ëüèì Áú èì áàòá æáúò ñú í î ááé, èì òì ðú á í á æáòò ñ Äàì è? È ñèì ëüèì Áú èì áàòá æáúò àì -áðáé, èì òì ðú á í á æáòò ñ Äàì è?</p> <p>Diri gezip ýören ogluňyzyň näçesi siziň bilen ýaşanok? Diri gezip ýören gyzyňyzyň näçesi siziň bilen ýaşanok? ÄÑÈÈ Í ÄÒ, ÖÌ ÇÄÌ ÈÑÄÖÜ '00'.</p>	<p>ÑÚÍ Í ÄÛß ÄÍ Ä ÄÍ Ì Ä .  ÄÍ xÄÐÈ ÄÍ Ä ÄÍ Ì Ä ... </p>	
206	<p>Áú èè èè ó Äañ ðì áì ú á ñú í î äüý èèè àì -áðè, èì òì ðú á ðì àèèèñü æáúì è, í î í î ðì òì áðèè?</p> <p>ÄÑÈÈ Í ÄÒ, Í Î ÆÍ ÇÄÄÄÖÜ ÄÍ Ì ÐÌ Ñ ÑÈÄÄÖÛ ÜÈÌ Í ÄÐÄÇÌ Ì :</p> <p>Áú èè èè ó Äañ áàòè, èì òì ðú á ò ðì ýáéýèè èàèè-èéáí ò ðèçì áèè æèçì è, í î æèè òì ëüèì èèò ü í àñèì ëüèì -àñì á èèè áì áé?</p> <p>Siziň dogulandan soň ölen ogluňyz ýa-da gyzyňyz barmy? Siziň dünýä inenden soňra birnäçe sagatdan ýa-da günden soň öleni boldymy?</p>	<p>ÄÄ 1 Í ÄÒ 2</p>	<p>→208</p>
207	<p>Ñèì ëüèì ì àèü-èèì á òì áðèì ? È ñèì ëüèì ááâì -áé òì áðèì ?</p> <p>Siziň näçe sany ogluňyz öldi? Näçe sany gyzyňyz öldi? ÄÑÈÈ Í ÄÒ, ÖÌ ÇÄÌ ÈÑÄÖÜ '00'.</p>	<p>Ì ÄËÜxÈÈÌ Ä ÒÌ ÄÐÈÌ .  ÄÄÄÍ xÄÈ ÒÌ ÄÐÈÌ </p>	

208	<p>ŃÓĪ Ī ÈĐĪ ĀĀŌŪĪ ŌĀĀŌŪ Ī Ā ĀĪ Ī ĐĪ ŃŪ 203, 205, 207 È ĀĪ ĀŃŌÈ ŃŌĪ Ī ĀĐĪ ŌĐ ŌÈŌĐŌ</p> <p>ĀŃÈÈ Ī Ā ĀŪ ÈĪ ĀĀŌĀÈ ĐĪ ĀÈĀŌÈŌŃĐ ÆÈĀŪĪ È, ÇĀĪ ÈŃĀŌŪ '00'.</p>	<p>ĀĀŌÈ, ĐĪ ĀÈĀŌÈĀŃĐ</p> <p>ÆÈĀŪĪ È <input type="text"/></p>	
209	<p>Ī ĐĪ ĀĀĐÈŌŪ 208:</p> <p>Äÿ öi ā -öi áu óai ñoi ääðèòüñy ĩ ðàâèèúí ĩ èè ÿ çàí ĩ éí èèà: â çâ-âí èà âñâé æçí è ĀŪ ðĪ àèèèèè æèâŪ ò äâòâé _____ ðàç.</p> <p>Ýoi äâðí ĩ ?</p> <p>Meniň dogry ýazanlygymy anyklamak üçin: Siz ýaşaýşyňyzyň dowamynda dogurdyňyzy näçe _____ gezek. Bu dogrymy?</p> <p>   </p> <p>Ī ŌÆĪ Ī Ī Ī ĀŌ ĐÈŌŪ È</p>		
209A	<p>Āâðai áí ĩ ĩ ñou éí ĩ æà í â çââðð ðâðñy ðĪ æâí èâí ðââáí èâ. Ýoi áu äââð ñâýçâí ĩ ñ ôâí , -öi æâí ū éí à äâèââð ââí ðò, ĩ éí è-ââí ðò èèè ó Ī äâ ĩ ðĪ èñoi àèò âŪ èèâŪø èèè ĩ âðòâí ðĪ æâí èâ. Ī ĩ æâòâ èè ĀŪ Ī àçââŌŪ èí èè-âñòâí ñâèèáí ĩ ū ð Āâí è ââí ðoi â è ĩ éí è-ââí ðoi â?</p> <p>Käwagt göwrelilik netijesiz ýagny çaga dogulman gutarýar. Bu esasy aýal abort edýär, mini-abortýa-da onda çaga düşmegi ýa-da öli bolýar. Siz näçe gezek abort etdirdiňiz, sanyny aýdaýsaňyz?</p>	<p>ÈĪ ÈÈ×ĀŃŌĀĪ ĀĀĪ ĐŌĪ Ā <input type="text"/></p>	
209B	<p>Ńèi èüèi áu èi áu èèâŪø áé ?</p> <p>Näçe çagaňyz düşdi?</p>	<p>ÈĪ ÈÈ×ĀŃŌĀĪ ĀŪ ÈÈĀŪŌÆÈ <input type="text"/></p>	
209C	<p>Ńèi èüèi áu èi äâòâé, ðĪ àèâð èðñy ĩ âðòâŪ ĩ è?</p> <p>Näçe çagaňyz öli boldy?</p>	<p>ÈĪ ÈÈ×ĀŃŌĀĪ Ī ĀĐŌĀĪ ĐĪ ÆĀĀĪ ÈÈ <input type="text"/></p>	
209D	<p>ŃÓĪ Ī ÈĐĪ ĀĀŌŪĪ ŌĀĀŌŪ Ī Ā ĀĪ Ī ĐĪ ŃŪ 208, 209Ā, 209Ā È 209Ń È ĀĪ ĀŃŌÈ ŃŌĪ Ī ĀĐĪ ŌĐ ŌÈŌĐŌ</p> <p>ĀŃÈÈ Ī Ā ĀŪ ÈĪ ĀĀĐĀĪ ĀĪ Ī Ī ŃŌĀÈ, ÇĀĪ ÈŃĀŌŪ '00'.</p>	<p>ÈĪ ÈÈ×ĀŃŌĀĪ ĀĀĐĀĪ ĀĪ Ī Ī ŃŌĀÈ .. <input type="text"/></p>	
210	<p>Ī ĐĪ ĀĀĐÈŌŪ 209D:</p> <p>Ī ĀĪ Ā ÈÈÈ ĀĪ ÈĀĀ ĀĀĐĀĪ ĀĪ Ī Ī ŃŌĀÈ</p> <p>   </p>	<p>ĀĀĐĀĪ ĀĪ Ī Ī ŃŌĀÈ Ī Ā ĀŪ ÈĪ</p> <p><input type="text"/></p>	<p>→228</p>

<p>03</p> <p>Ι ΑΝΘΟ ... </p> <p>ΑΤ Α </p>	<p>ÆΕΑΤ Ε ΘΑΑΑΙΤΕ ... 1</p> <p>ΑΑΤ ΔΟ ... 2</p> <p>Ι ΕΓΕ-ΑΑΤ ΔΟ ... 3</p> <p>ΑΟΕΕΑΟΘ ... 4</p> <p>Ι ΔΘΑΤ ΔΤÆΑΑΓΓΟΕ 5</p>	<p>ΑΑ 1</p> <p>ΓΑΟ 2</p>	<p>ÆΕΑΤ Ε ΘΑΑΑΙΤΕ ... 1</p> <p>ΑΑΤ ΔΟ ... 2</p> <p>ΑΟΕΕΑΟΘ ... 3</p> <p>Ι ΔΘΑΤ ΔΤÆΑ-Ε 4</p> <p>ΝΕΑΑΟΠΟΑΒ</p>	<p>ΤΑΕΓ ΔΑΑΑ-ΓΤΕ 1</p> <p>ÆΕΕÇΓΑΟΥ ... 2</p>	<p>ΕΙ Β</p> <p>-----</p>	<p>Ι ΑΕΥ×ΕΕ 1</p> <p>ΑΑΑΤ×ΕΑ 2</p>	<p>ΑΑ 1</p> <p>ΓΑΟ 2</p> <p>↓</p> <p>223</p>	<p>ΑΤ ÇΔΑΝΟ Α ΑΤ ΑΑΟ</p> <p></p>	<p>ΑΑ 1</p> <p>ΓΑΟ 2</p>	<p>ΓΤΙ ΔΕ ΕΕΓΕΕ</p> <p></p> <p>↓</p> <p>ΝΕΑΑΟΠΟΑΒ</p> <p>ΑΑΔΑΙ ΑΓ-ΓΤ ΝΟΥ</p>	<p>ΑΓΕ 1</p> <p>Ι ΑΝΘΟΥ 2</p> <p>ΑΤ ΑΟ 3</p> <p></p> <p>↓</p>
<p>04</p> <p>Ι ΑΝΘΟ ... </p> <p>ΑΤ Α </p>	<p>ÆΕΑΤ Ε ΘΑΑΑΙΤΕ ... 1</p> <p>ΑΑΤ ΔΟ ... 2</p> <p>Ι ΕΓΕ-ΑΑΤ ΔΟ ... 3</p> <p>ΑΟΕΕΑΟΘ ... 4</p> <p>Ι ΔΘΑΤ ΔΤÆΑΑΓΓΟΕ 5</p>	<p>ΑΑ 1</p> <p>ΓΑΟ 2</p>	<p>ÆΕΑΤ Ε ΘΑΑΑΙΤΕ ... 1</p> <p>ΑΑΤ ΔΟ ... 2</p> <p>ΑΟΕΕΑΟΘ ... 3</p> <p>Ι ΔΘΑΤ ΔΤÆΑ-Ε 4</p> <p>ΝΕΑΑΟΠΟΑΒ</p>	<p>ΤΑΕΓ ΔΑΑΑ-ΓΤΕ 1</p> <p>ÆΕΕÇΓΑΟΥ ... 2</p>	<p>ΕΙ Β</p> <p>-----</p>	<p>Ι ΑΕΥ×ΕΕ 1</p> <p>ΑΑΑΤ×ΕΑ 2</p>	<p>ΑΑ 1</p> <p>ΓΑΟ 2</p> <p>↓</p> <p>223</p>	<p>ΑΤ ÇΔΑΝΟ Α ΑΤ ΑΑΟ</p> <p></p>	<p>ΑΑ 1</p> <p>ΓΑΟ 2</p>	<p>ΓΤΙ ΔΕ ΕΕΓΕΕ</p> <p></p> <p>↓</p> <p>ΝΕΑΑΟΠΟΑΒ</p> <p>ΑΑΔΑΙ ΑΓ-ΓΤ ΝΟΥ</p>	<p>ΑΓΕ 1</p> <p>Ι ΑΝΘΟΥ 2</p> <p>ΑΤ ΑΟ 3</p> <p></p> <p>↓</p>
<p>05</p> <p>Ι ΑΝΘΟ ... </p> <p>ΑΤ Α </p>	<p>ÆΕΑΤ Ε ΘΑΑΑΙΤΕ ... 1</p> <p>ΑΑΤ ΔΟ ... 2</p> <p>Ι ΕΓΕ-ΑΑΤ ΔΟ ... 3</p> <p>ΑΟΕΕΑΟΘ ... 4</p> <p>Ι ΔΘΑΤ ΔΤÆΑΑΓΓΟΕ 5</p>	<p>ΑΑ 1</p> <p>ΓΑΟ 2</p>	<p>ÆΕΑΤ Ε ΘΑΑΑΙΤΕ ... 1</p> <p>ΑΑΤ ΔΟ ... 2</p> <p>ΑΟΕΕΑΟΘ ... 3</p> <p>Ι ΔΘΑΤ ΔΤÆΑ-Ε 4</p> <p>ΝΕΑΑΟΠΟΑΒ</p>	<p>ΤΑΕΓ ΔΑΑΑ-ΓΤΕ 1</p> <p>ÆΕΕÇΓΑΟΥ ... 2</p>	<p>ΕΙ Β</p> <p>-----</p>	<p>Ι ΑΕΥ×ΕΕ 1</p> <p>ΑΑΑΤ×ΕΑ 2</p>	<p>ΑΑ 1</p> <p>ΓΑΟ 2</p> <p>↓</p> <p>223</p>	<p>ΑΤ ÇΔΑΝΟ Α ΑΤ ΑΑΟ</p> <p></p>	<p>ΑΑ 1</p> <p>ΓΑΟ 2</p>	<p>ΓΤΙ ΔΕ ΕΕΓΕΕ</p> <p></p> <p>↓</p> <p>ΝΕΑΑΟΠΟΑΒ</p> <p>ΑΑΔΑΙ ΑΓ-ΓΤ ΝΟΥ</p>	<p>ΑΓΕ 1</p> <p>Ι ΑΝΘΟΥ 2</p> <p>ΑΤ ΑΟ 3</p> <p></p> <p>↓</p>
<p>06</p> <p>Ι ΑΝΘΟ ... </p> <p>ΑΤ Α </p>	<p>ÆΕΑΤ Ε ΘΑΑΑΙΤΕ ... 1</p> <p>ΑΑΤ ΔΟ ... 2</p> <p>Ι ΕΓΕ-ΑΑΤ ΔΟ ... 3</p> <p>ΑΟΕΕΑΟΘ ... 4</p> <p>Ι ΔΘΑΤ ΔΤÆΑΑΓΓΟΕ 5</p>	<p>ΑΑ 1</p> <p>ΓΑΟ 2</p>	<p>ÆΕΑΤ Ε ΘΑΑΑΙΤΕ ... 1</p> <p>ΑΑΤ ΔΟ ... 2</p> <p>ΑΟΕΕΑΟΘ ... 3</p> <p>Ι ΔΘΑΤ ΔΤÆΑ-Ε 4</p> <p>ΝΕΑΑΟΠΟΑΒ</p> <p>ΑΑΔΑΙ ΑΓΓΤ ΝΟΥ</p>	<p>ΤΑΕΓ ΔΑΑΑ-ΓΤΕ 1</p> <p>ÆΕΕÇΓΑΟΥ ... 2</p>	<p>ΕΙ Β</p> <p>-----</p>	<p>Ι ΑΕΥ×ΕΕ 1</p> <p>ΑΑΑΤ×ΕΑ 2</p>	<p>ΑΑ 1</p> <p>ΓΑΟ 2</p> <p>↓</p> <p>223</p>	<p>ΑΤ ÇΔΑΝΟ Α ΑΤ ΑΑΟ</p> <p></p>	<p>ΑΑ 1</p> <p>ΓΑΟ 2</p>	<p>ΓΤΙ ΔΕ ΕΕΓΕΕ</p> <p></p> <p>↓</p> <p>ΝΕΑΑΟΠΟΑΒ</p> <p>ΑΑΔΑΙ ΑΓ-ΓΤ ΝΟΥ</p>	<p>ΑΓΕ 1</p> <p>Ι ΑΝΘΟΥ 2</p> <p>ΑΤ ΑΟ 3</p> <p></p> <p>↓</p> <p>ΝΕΑΑΟΠΟΑΒ</p> <p>ΑΑΔΑΙ ΑΓΓΤ ΝΟΥ</p>
<p>07</p> <p>Ι ΑΝΘΟ ... </p> <p>ΑΤ Α </p>	<p>ÆΕΑΤ Ε ΘΑΑΑΙΤΕ ... 1</p> <p>ΑΑΤ ΔΟ ... 2</p> <p>Ι ΕΓΕ-ΑΑΤ ΔΟ ... 3</p> <p>ΑΟΕΕΑΟΘ ... 4</p> <p>Ι ΔΘΑΤ ΔΤÆΑΑΓΓΟΕ 5</p>	<p>ΑΑ 1</p> <p>ΓΑΟ 2</p>	<p>ÆΕΑΤ Ε ΘΑΑΑΙΤΕ ... 1</p> <p>ΑΑΤ ΔΟ ... 2</p> <p>ΑΟΕΕΑΟΘ ... 3</p> <p>Ι ΔΘΑΤ ΔΤÆΑ-Ε 4</p> <p>ΝΕΑΑΟΠΟΑΒ</p>	<p>ΤΑΕΓ ΔΑΑΑ-ΓΤΕ 1</p> <p>ÆΕΕÇΓΑΟΥ ... 2</p>	<p>ΕΙ Β</p> <p>-----</p>	<p>Ι ΑΕΥ×ΕΕ 1</p> <p>ΑΑΑΤ×ΕΑ 2</p>	<p>ΑΑ 1</p> <p>ΓΑΟ 2</p> <p>↓</p> <p>223</p>	<p>ΑΤ ÇΔΑΝΟ Α ΑΤ ΑΑΟ</p> <p></p>	<p>ΑΑ 1</p> <p>ΓΑΟ 2</p>	<p>ΓΤΙ ΔΕ ΕΕΓΕΕ</p> <p></p> <p>↓</p>	<p>ΑΓΕ 1</p> <p>Ι ΑΝΘΟΥ 2</p> <p>ΑΤ ΑΟ 3</p> <p></p> <p>↓</p>

<p>08</p> <p>Ι ΑΝΘΟ ... </p> <p>ΑΤ Α </p>	<p>ÆΕΑΤ Ε ΘΑΑΑΙΤΕ 1</p> <p>ΑΑΤ ΔΟ 2</p> <p>Ι ΕΙ Ε-ΑΑΤ ΔΟ 3</p> <p>ΑΟΕΕΑΟΘ 4</p> <p>Ι ΑΘΟΑΤ ΔΤÆΑΑΙΓΙ ΟΕ . 5</p>	<p>ΑΑ 1</p> <p>Γ ΑΟ 2</p>	<p>ÆΕΑΤ Ε ΘΑΑΑΙΤΕ 1</p> <p>ΑΑΤ ΔΟ 2</p> <p>ΑΟΕΕΑΟΘ 3</p> <p>Ι ΑΘΟΑΤ ΔΤÆΑ-Ε 4</p> <p>ΝΕΑΑΟΠΟΥΑΒ </p>	<p>ΤΑΕΙΓ ΘΑΑΑ-ΙΤΕ 1</p> <p>ÆΕΕÇΓΑΟΟΥ 2</p>	<p>ΕΙ Β</p> <p>-----</p>	<p>Ι ΑΕΥ×ΕΕ 1</p> <p>ΑΑΑΤ×ΕΑ 2</p>	<p>ΑΑ 1</p> <p>Γ ΑΟ 2</p> <p>↓</p> <p>223</p>	<p>ΑΤ ÇΔΑΝΟ ΑΑΤ ΑΑΟ</p> <p></p>	<p>ΑΑ 1</p> <p>Γ ΑΟ 2</p>	<p>ΓΤΙ ΑΔ ΕΕΓ ΕΕ</p> <p></p> <p>↓</p> <p>ΝΕΑΑΟΠΟΥΑΒ</p> <p>ΑΑΔΑΙ ΑΓ-ΙΤ ΝΟΥ</p>	<p>ΑΓΕ 1</p> <p>Ι ΑΝΘΟΥ 2</p> <p>ΑΤ ΑΟ 3</p> <p></p> <p>↓</p>
<p>09</p> <p>Ι ΑΝΘΟ ... </p> <p>ΑΤ Α </p>	<p>ÆΕΑΤ Ε ΘΑΑΑΙΤΕ 1</p> <p>ΑΑΤ ΔΟ 2</p> <p>Ι ΕΙ Ε-ΑΑΤ ΔΟ 3</p> <p>ΑΟΕΕΑΟΘ 4</p> <p>Ι ΑΘΟΑΤ ΔΤÆΑΑΙΓΙ ΟΕ . 5</p>	<p>ΑΑ 1</p> <p>Γ ΑΟ 2</p>	<p>ÆΕΑΤ Ε ΘΑΑΑΙΤΕ 1</p> <p>ΑΑΤ ΔΟ 2</p> <p>ΑΟΕΕΑΟΘ 3</p> <p>Ι ΑΘΟΑΤ ΔΤÆΑ-Ε 4</p> <p>ΝΕΑΑΟΠΟΥΑΒ </p>	<p>ΤΑΕΙΓ ΘΑΑΑ-ΙΤΕ 1</p> <p>ÆΕΕÇΓΑΟΟΥ 2</p>	<p>ΕΙ Β</p> <p>-----</p>	<p>Ι ΑΕΥ×ΕΕ 1</p> <p>ΑΑΑΤ×ΕΑ 2</p>	<p>ΑΑ 1</p> <p>Γ ΑΟ 2</p> <p>↓</p> <p>223</p>	<p>ΑΤ ÇΔΑΝΟ ΑΑΤ ΑΑΟ</p> <p></p>	<p>ΑΑ 1</p> <p>Γ ΑΟ 2</p>	<p>ΓΤΙ ΑΔ ΕΕΓ ΕΕ</p> <p></p> <p>↓</p> <p>ΝΕΑΑΟΠΟΥΑΒ</p> <p>ΑΑΔΑΙ ΑΓ-ΙΤ ΝΟΥ</p>	<p>ΑΓΕ 1</p> <p>Ι ΑΝΘΟΥ 2</p> <p>ΑΤ ΑΟ 3</p> <p></p> <p>↓</p>
<p>10</p> <p>Ι ΑΝΘΟ ... </p> <p>ΑΤ Α </p>	<p>ÆΕΑΤ Ε ΘΑΑΑΙΤΕ 1</p> <p>ΑΑΤ ΔΟ 2</p> <p>Ι ΕΙ Ε-ΑΑΤ ΔΟ 3</p> <p>ΑΟΕΕΑΟΘ 4</p> <p>Ι ΑΘΟΑΤ ΔΤÆΑΑΙΓΙ ΟΕ . 5</p>	<p>ΑΑ 1</p> <p>Γ ΑΟ 2</p>	<p>ÆΕΑΤ Ε ΘΑΑΑΙΤΕ 1</p> <p>ΑΑΤ ΔΟ 2</p> <p>ΑΟΕΕΑΟΘ 3</p> <p>Ι ΑΘΟΑΤ ΔΤÆΑ-Ε 4</p> <p>ΝΕΑΑΟΠΟΥΑΒ </p>	<p>ΤΑΕΙΓ ΘΑΑΑ-ΙΤΕ 1</p> <p>ÆΕΕÇΓΑΟΟΥ 2</p>	<p>ΕΙ Β</p> <p>-----</p>	<p>Ι ΑΕΥ×ΕΕ 1</p> <p>ΑΑΑΤ×ΕΑ 2</p>	<p>ΑΑ 1</p> <p>Γ ΑΟ 2</p> <p>↓</p> <p>223</p>	<p>ΑΤ ÇΔΑΝΟ ΑΑΤ ΑΑΟ</p> <p></p>	<p>ΑΑ 1</p> <p>Γ ΑΟ 2</p>	<p>ΓΤΙ ΑΔ ΕΕΓ ΕΕ</p> <p></p> <p>↓</p> <p>ΝΕΑΑΟΠΟΥΑΒ</p> <p>ΑΑΔΑΙ ΑΓ-ΙΤ ΝΟΥ</p>	<p>ΑΓΕ 1</p> <p>Ι ΑΝΘΟΥ 2</p> <p>ΑΤ ΑΟ 3</p> <p></p> <p>↓</p>
<p>11</p> <p>Ι ΑΝΘΟ ... </p> <p>ΑΤ Α </p>	<p>ÆΕΑΤ Ε ΘΑΑΑΙΤΕ 1</p> <p>ΑΑΤ ΔΟ 2</p> <p>Ι ΕΙ Ε-ΑΑΤ ΔΟ 3</p> <p>ΑΟΕΕΑΟΘ 4</p> <p>Ι ΑΘΟΑΤ ΔΤÆΑΑΙΓΙ ΟΕ . 5</p>	<p>ΑΑ 1</p> <p>Γ ΑΟ 2</p>	<p>ÆΕΑΤ Ε ΘΑΑΑΙΤΕ 1</p> <p>ΑΑΤ ΔΟ 2</p> <p>ΑΟΕΕΑΟΘ 3</p> <p>Ι ΑΘΟΑΤ ΔΤÆΑ-Ε 4</p> <p>ΝΕΑΑΟΠΟΥΑΒ </p>	<p>ΤΑΕΙΓ ΘΑΑΑ-ΙΤΕ 1</p> <p>ÆΕΕÇΓΑΟΟΥ 2</p>	<p>ΕΙ Β</p> <p>-----</p>	<p>Ι ΑΕΥ×ΕΕ 1</p> <p>ΑΑΑΤ×ΕΑ 2</p>	<p>ΑΑ 1</p> <p>Γ ΑΟ 2</p> <p>↓</p> <p>223</p>	<p>ΑΤ ÇΔΑΝΟ ΑΑΤ ΑΑΟ</p> <p></p>	<p>ΑΑ 1</p> <p>Γ ΑΟ 2</p>	<p>ΓΤΙ ΑΔ ΕΕΓ ΕΕ</p> <p></p> <p>↓</p> <p>ΝΕΑΑΟΠΟΥΑΒ</p> <p>ΑΑΔΑΙ ΑΓ-ΙΤ ΝΟΥ</p>	<p>ΑΓΕ 1</p> <p>Ι ΑΝΘΟΥ 2</p> <p>ΑΤ ΑΟ 3</p> <p></p> <p>↓</p>
<p>12</p> <p>Ι ΑΝΘΟ ... </p> <p>ΑΤ Α </p>	<p>ÆΕΑΤ Ε ΘΑΑΑΙΤΕ 1</p> <p>ΑΑΤ ΔΟ 2</p> <p>Ι ΕΙ Ε-ΑΑΤ ΔΟ 3</p> <p>ΑΟΕΕΑΟΘ 4</p> <p>Ι ΑΘΟΑΤ ΔΤÆΑΑΙΓΙ ΟΕ . 5</p>	<p>ΑΑ 1</p> <p>Γ ΑΟ 2</p>	<p>ÆΕΑΤ Ε ΘΑΑΑΙΤΕ 1</p> <p>ΑΑΤ ΔΟ 2</p> <p>ΑΟΕΕΑΟΘ 3</p> <p>Ι ΑΘΟΑΤ ΔΤÆΑ-Ε 4</p> <p>ΝΕΑΑΟΠΟΥΑΒ </p>	<p>ΤΑΕΙΓ ΘΑΑΑ-ΙΤΕ 1</p> <p>ÆΕΕÇΓΑΟΟΥ 2</p>	<p>ΕΙ Β</p> <p>-----</p>	<p>Ι ΑΕΥ×ΕΕ 1</p> <p>ΑΑΑΤ×ΕΑ 2</p>	<p>ΑΑ 1</p> <p>Γ ΑΟ 2</p> <p>↓</p> <p>223</p>	<p>ΑΤ ÇΔΑΝΟ ΑΑΤ ΑΑΟ</p> <p></p>	<p>ΑΑ 1</p> <p>Γ ΑΟ 2</p>	<p>ΓΤΙ ΑΔ ΕΕΓ ΕΕ</p> <p></p> <p>↓</p> <p>ΝΕΑΑΟΠΟΥΑΒ</p> <p>ΑΑΔΑΙ ΑΓ-ΙΤ ΝΟΥ</p>	<p>ΑΓΕ 1</p> <p>Ι ΑΝΘΟΥ 2</p> <p>ΑΤ ΑΟ 3</p> <p></p> <p>↓</p>

13	<p>Ι ΑΝΘΟ ... </p> <p>ΑΤ Α </p>	<p>ÆΕΑΤ Ε ΘΑΑΑΙΤΕ 1</p> <p>ΑΑΤ ΔΟ 2</p> <p>Ι ΕΙ Ε-ΑΑΤ ΔΟ 3</p> <p>ΑΟΕΕΑΟΘ 4</p> <p>Ι ΑΘΟΑΤ ΘΤÆΑΑΙΓΙ ΟΕ . 5</p>	<p>ΑΑ 1</p> <p>Γ ΑΟ 2</p>	<p>ÆΕΑΤ Ε ΘΑΑΑΙΤΕ 1</p> <p>ΑΑΤ ΔΟ 2</p> <p>ΑΟΕΕΑΟΘ 3</p> <p>Ι ΑΘΟΑΤ ΘΤÆΑ-Ε 4</p> <p>ΝΕΑΑΟΠ-ΟΑΒ </p>	<p>ΤΑΕΙΓ ΘΑΑΑ-ΙΤΕ 1</p> <p>ÆΕΕÇΓΑΟΟ 2</p>	<p>ΕΙ Β</p> <p>-----</p>	<p>Ι ΑΕΟ×ΕΕ 1</p> <p>ΑΑΑΤ×ΕΑ 2</p>	<p>ΑΑ 1</p> <p>Γ ΑΟ 2</p> <p>↓</p> <p>223</p>	<p>ΑΤ ÇΔΑΝΟ ΑΑΤ ΑΑΟ</p> <p></p>	<p>ΑΑ 1</p> <p>Γ ΑΟ 2</p> <p>↓</p> <p>223</p>	<p>ΓΤΙ ΑΘ ΕΕΓ ΕΕ</p> <p></p> <p>↓</p> <p>ΝΕΑΑΟΠ-ΟΑΒ</p> <p>ΑΑΔΑΙ ΑΓ-ΙΤ ΝΟΥ</p>	<p>ΑΓΕ 1</p> <p>Ι ΑΝΘΟΟ 2</p> <p>ΑΤ ΑΟ 3</p> <p>↓</p> <p></p>
14	<p>Ι ΑΝΘΟ ... </p> <p>ΑΤ Α </p>	<p>ÆΕΑΤ Ε ΘΑΑΑΙΤΕ 1</p> <p>ΑΑΤ ΔΟ 2</p> <p>Ι ΕΙ Ε-ΑΑΤ ΔΟ 3</p> <p>ΑΟΕΕΑΟΘ 4</p> <p>Ι ΑΘΟΑΤ ΘΤÆΑΑΙΓΙ ΟΕ . 5</p>	<p>ΑΑ 1</p> <p>Γ ΑΟ 2</p>	<p>ÆΕΑΤ Ε ΘΑΑΑΙΤΕ 1</p> <p>ΑΑΤ ΔΟ 2</p> <p>ΑΟΕΕΑΟΘ 3</p> <p>Ι ΑΘΟΑΤ ΘΤÆΑ-Ε 4</p> <p>ΝΕΑΑΟΠ-ΟΑΒ </p>	<p>ΤΑΕΙΓ ΘΑΑΑ-ΙΤΕ 1</p> <p>ÆΕΕÇΓΑΟΟ 2</p>	<p>ΕΙ Β</p> <p>-----</p>	<p>Ι ΑΕΟ×ΕΕ 1</p> <p>ΑΑΑΤ×ΕΑ 2</p>	<p>ΑΑ 1</p> <p>Γ ΑΟ 2</p> <p>↓</p> <p>223</p>	<p>ΑΤ ÇΔΑΝΟ ΑΑΤ ΑΑΟ</p> <p></p>	<p>ΑΑ 1</p> <p>Γ ΑΟ 2</p> <p>↓</p> <p>223</p>	<p>ΓΤΙ ΑΘ ΕΕΓ ΕΕ</p> <p></p> <p>↓</p> <p>ΝΕΑΑΟΠ-ΟΑΒ</p> <p>ΑΑΔΑΙ ΑΓ-ΙΤ ΝΟΥ</p>	<p>ΑΓΕ 1</p> <p>Ι ΑΝΘΟΟ 2</p> <p>ΑΤ ΑΟ 3</p> <p>↓</p> <p></p>
15	<p>Ι ΑΝΘΟ ... </p> <p>ΑΤ Α </p>	<p>ÆΕΑΤ Ε ΘΑΑΑΙΤΕ 1</p> <p>ΑΑΤ ΔΟ 2</p> <p>Ι ΕΙ Ε-ΑΑΤ ΔΟ 3</p> <p>ΑΟΕΕΑΟΘ 4</p> <p>Ι ΑΘΟΑΤ ΘΤÆΑΑΙΓΙ ΟΕ . 5</p>	<p>ΑΑ 1</p> <p>Γ ΑΟ 2</p>	<p>ÆΕΑΤ Ε ΘΑΑΑΙΤΕ 1</p> <p>ΑΑΤ ΔΟ 2</p> <p>ΑΟΕΕΑΟΘ 3</p> <p>Ι ΑΘΟΑΤ ΘΤÆΑ-Ε 4</p> <p>ΝΕΑΑΟΠ-ΟΑΒ </p>	<p>ΤΑΕΙΓ ΘΑΑΑ-ΙΤΕ 1</p> <p>ÆΕΕÇΓΑΟΟ 2</p>	<p>ΕΙ Β</p> <p>-----</p>	<p>Ι ΑΕΟ×ΕΕ 1</p> <p>ΑΑΑΤ×ΕΑ 2</p>	<p>ΑΑ 1</p> <p>Γ ΑΟ 2</p> <p>↓</p> <p>223</p>	<p>ΑΤ ÇΔΑΝΟ ΑΑΤ ΑΑΟ</p> <p></p>	<p>ΑΑ 1</p> <p>Γ ΑΟ 2</p> <p>↓</p> <p>223</p>	<p>ΓΤΙ ΑΘ ΕΕΓ ΕΕ</p> <p></p> <p>↓</p> <p>ΝΕΑΑΟΠ-ΟΑΒ</p> <p>ΑΑΔΑΙ ΑΓ-ΙΤ ΝΟΥ</p>	<p>ΑΓΕ 1</p> <p>Ι ΑΝΘΟΟ 2</p> <p>ΑΤ ΑΟ 3</p> <p>↓</p> <p></p>
16	<p>Ι ΑΝΘΟ ... </p> <p>ΑΤ Α </p>	<p>ÆΕΑΤ Ε ΘΑΑΑΙΤΕ 1</p> <p>ΑΑΤ ΔΟ 2</p> <p>Ι ΕΙ Ε-ΑΑΤ ΔΟ 3</p> <p>ΑΟΕΕΑΟΘ 4</p> <p>Ι ΑΘΟΑΤ ΘΤÆΑΑΙΓΙ ΟΕ . 5</p>	<p>ΑΑ 1</p> <p>Γ ΑΟ 2</p>	<p>ÆΕΑΤ Ε ΘΑΑΑΙΤΕ 1</p> <p>ΑΑΤ ΔΟ 2</p> <p>ΑΟΕΕΑΟΘ 3</p> <p>Ι ΑΘΟΑΤ ΘΤÆΑ-Ε 4</p> <p>ΝΕΑΑΟΠ-ΟΑΒ </p>	<p>ΤΑΕΙΓ ΘΑΑΑ-ΙΤΕ 1</p> <p>ÆΕΕÇΓΑΟΟ 2</p>	<p>ΕΙ Β</p> <p>-----</p>	<p>Ι ΑΕΟ×ΕΕ 1</p> <p>ΑΑΑΤ×ΕΑ 2</p>	<p>ΑΑ 1</p> <p>Γ ΑΟ 2</p> <p>↓</p> <p>223</p>	<p>ΑΤ ÇΔΑΝΟ ΑΑΤ ΑΑΟ</p> <p></p>	<p>ΑΑ 1</p> <p>Γ ΑΟ 2</p> <p>↓</p> <p>223</p>	<p>ΓΤΙ ΑΘ ΕΕΓ ΕΕ</p> <p></p> <p>↓</p> <p>ΝΕΑΑΟΠ-ΟΑΒ</p> <p>ΑΑΔΑΙ ΑΓ-ΙΤ ΝΟΥ</p>	<p>ΑΓΕ 1</p> <p>Ι ΑΝΘΟΟ 2</p> <p>ΑΤ ΑΟ 3</p> <p>↓</p> <p></p>
17	<p>Ι ΑΝΘΟ ... </p> <p>ΑΤ Α </p>	<p>ÆΕΑΤ Ε ΘΑΑΑΙΤΕ 1</p> <p>ΑΑΤ ΔΟ 2</p> <p>Ι ΕΙ Ε-ΑΑΤ ΔΟ 3</p> <p>ΑΟΕΕΑΟΘ 4</p> <p>Ι ΑΘΟΑΤ ΘΤÆΑΑΙΓΙ ΟΕ . 5</p>	<p>ΑΑ 1</p> <p>Γ ΑΟ 2</p>	<p>ÆΕΑΤ Ε ΘΑΑΑΙΤΕ 1</p> <p>ΑΑΤ ΔΟ 2</p> <p>ΑΟΕΕΑΟΘ 3</p> <p>Ι ΑΘΟΑΤ ΘΤÆΑ-Ε 4</p> <p>ΝΕΑΑΟΠ-ΟΑΒ </p>	<p>ΤΑΕΙΓ ΘΑΑΑ-ΙΤΕ 1</p> <p>ÆΕΕÇΓΑΟΟ 2</p>	<p>ΕΙ Β</p> <p>-----</p>	<p>Ι ΑΕΟ×ΕΕ 1</p> <p>ΑΑΑΤ×ΕΑ 2</p>	<p>ΑΑ 1</p> <p>Γ ΑΟ 2</p> <p>↓</p> <p>223</p>	<p>ΑΤ ÇΔΑΝΟ ΑΑΤ ΑΑΟ</p> <p></p>	<p>ΑΑ 1</p> <p>Γ ΑΟ 2</p> <p>↓</p> <p>223</p>	<p>ΓΤΙ ΑΘ ΕΕΓ ΕΕ</p> <p></p> <p>↓</p> <p>ΝΕΑΑΟΠ-ΟΑΒ</p> <p>ΑΑΔΑΙ ΑΓ-ΙΤ ΝΟΥ</p>	<p>ΑΓΕ 1</p> <p>Ι ΑΝΘΟΟ 2</p> <p>ΑΤ ΑΟ 3</p> <p>↓</p> <p></p>

18	I ANBO ... <input type="text"/> AT A <input type="text"/>	AEAT E DAAAITE 1 AAT DO 2 I ETE-AAT DO 3 AUEEAUO 4 I ADOAT BT AEAE IOE . 5	AA 1 I AO 2	AEAT E DAAAITE 1 AAT DO 2 AUEEAUO 3 I ADOAT BT AEAE 4 NEAAOPUAB	TAEI DAAA- ITE 1 AEEI I AO 2	E I B -----	I AEU x EE 1 AAAT x EA 2	AA 1 I AO 2 ↓ 223	AT CBAHO AAT AAO <input type="text"/>	AA 1 I AO 2	ITI AD EEE EE <input type="text"/> ↓ NEAAOPUAB AADAI AI- IT NOU	ATE 1 I ANBOU 2 AT AU 3 <input type="text"/> ↓
----	--	--	----------------------------	---	--	----------------	-----------------------------	--	--	----------------------------	--	--

225 СРАВНИТЕ 209D С КОЛИЧЕСТВОМ БЕРЕМЕННОСТЕЙ, ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ В ИСТОРИИ БЕРЕМЕННОСТЕЙ (B.212) И ОТМЕТЬТЕ:

ТО ЖЕ САМОЕ КОЛИЧЕСТВО ЦИФРЫ РАЗНЫЕ (ПОПЫТАТЬСЯ СОГЛАСОВАТЬ)

▼

ПРОВЕРИТЬ 212: ЗАПИСАН ЛИ ГОД, ПРИ КОТОРОМ ЗАВЕРШИЛАСЬ КАЖДАЯ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ БЕРЕМЕННОСТЕЙ

220: ЗАПИСАН ЛИ ВОЗРАСТ КАЖДОГО ЖИВУЩЕГО РЕБЕНКА

223: ЗАПИСАН ЛИ ВОЗРАСТ КАЖДОГО УМЕРШЕГО РЕБЕНКА

ЕСЛИ ВОЗРАСТ ПРИ СМЕРТИ 12 МЕСЯЦЕВ ИЛИ 1 ГОД, ПОПЫТАЛИСЬ ЛИ ОПРЕДЕЛИТЬ ТОЧНОЕ КОЛИЧЕСТВО МЕСЯЦЕВ.

226 ПРОВЕРИТЬ 212 И 213: УКАЗАТЬ КОЛИЧЕСТВО РОДОВ ЗА ПЕРИОД ВРЕМЕНИ, НАЧИНАЯ С ЯНВАРЯ 1995 ИЛИ ПОЗЖЕ. ЕСЛИ ЗА ЭТОТ ПЕРИОД ВРЕМЕНИ НЕ БЫЛО РОДОВ - ЗАПИСАТЬ '0'.

227 В КАЛЕНДАРЕ ДЛЯ КАЖДОЙ БЕРЕМЕННОСТИ, ЗАВЕРШИВШЕЙСЯ В ПЕРИОД ВРЕМЕНИ, НАЧИНАЯ С ЯНВАРЯ 1995 ГОДА В СТОЛБЦЕ 1 КАЛЕНДАРЯ УКАЖИТЕ КОД ИСХОДА БЕРЕМЕННОСТИ В МЕСЯЦ, КОГДА ЗАКОНЧИЛАСЬ БЕРЕМЕННОСТЬ :

- "P" - ДЛЯ ЖИВОРОЖДЕННЫХ,
- "M" - ДЛЯ МЕРТВОРОЖДЕННЫХ
- "B" - ДЛЯ ВЫКИДЫШЕЙ,
- "I" - ДЛЯ ИНДУЦИРОВАННОГО АБОРТА,
- "A" - ДЛЯ МИНИ-АБОРТА,

ЗАТЕМ СПРОСИТЕ СКОЛЬКО МЕСЯЦЕВ ПРОДОЛЖАЛАСЬ КАЖДАЯ ИЗ ЕЕ БЕРЕМЕННОСТЕЙ. Внесите "B" в каждую ячейку, соответствующую каждому предшествующему месяцу календаря согласно продолжительности беременности. (ПРИМЕЧАНИЕ: КОЛИЧЕСТВО ЯЧЕЕК С БУКВОЙ "B" ДОЛЖНО БЫТЬ НА ОДНО МЕНЬШЕ ЧЕМ КОЛИЧЕСТВО МЕСЯЦЕВ В ТЕЧЕНИЕ КОТОРЫХ БЕРЕМЕННОСТЬ ПРОДОЛЖАЛАСЬ). В ЗАКЛЮЧЕНИЕ, ДЛЯ КАЖДОГО РОЖДЕНИЯ НАПИШИТЕ ИМЯ РЕБЕНКА СЛЕВА ОТ КОДА "P".

О КАЖДОМ АБОРТЕ СПРОСИТЕ: ГДЕ БЫЛ ПРОИЗВЕДЕН АБОРТ И В СТОЛБЦЕ 5 ВВЕДИТЕ КОД ЭТОГО УЧРЕЖДЕНИЯ.

228	Беременны ли Вы сейчас? Siz häzir göwrelimi?	ДА 1 НЕТ 2 НЕ УВЕРЕНА 8	↘ 231								
229	Сколько месяцев Вашей беременности? Göwreliliňiz näçe aýlyk? ЗАПИСАТЬ КОЛИЧЕСТВО ПОЛНЫХ МЕСЯЦЕВ. УКАЖИТЕ 'Б' В СТОЛБЦЕ 1 КАЛЕНДАРЯ, НАЧИНАЯ С МЕСЯЦА ИНТЕРВЬЮИРОВАНИЯ , В СООТВЕТСТВИИ С ОБЩИМ КОЛИЧЕСТВОМ МЕСЯЦЕВ БЕРЕМЕННОСТИ.	МЕСЯЦЫ <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>									
230	В то время, когда Вы забеременели, желали ли Вы забеременеть <u>именно тогда</u> , или Вы планировали забеременеть <u>позже</u> , или Вы <u>тогда вообще не хотели</u> иметь детей? Siz göwreli bolaňyzda isleg boýunçamy, diýen wagtyňyz boldymy, planlaşdyryp etdiňizmi, soňyrak ýa-da hiç-hili çaga islemediňizmi?	ТОГДА 1 ПОЗЖЕ 2 ВОООЩЕ НЕ ХОТЕЛА 3									
231	Назовите, пожалуйста, дату последней менструации? Siziň aýbaşyňyzda iň soňky gezek haçan boldy? _____ _____ (ЗАПИСАТЬ ДАТУ , ЕСЛИ ИЗВЕСТНА)	ДНЕЙ НАЗАД 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> НЕДЕЛЬ НАЗАД ... 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> МЕСЯЦЕВ НАЗАД .. 3 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> ЛЕТ НАЗАД 4 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> СЕЙЧАС МЕНОПАУЗА 994 ДО ПОСЛЕДНИХ РОДОВ 995 НИКОГДА НЕ МЕНСТРУИРОВАЛА 996									
232	Знаете ли Вы в какие дни наиболее высока вероятность забеременеть? Siz aýdyp bilersiňizmi aýbaşyňyň birinji günini we indiki qýbaşysyňyň birinji gününü, haçan aýal maşgala-da esasy jyns gatnaşygy bolýar we göwreli bolmagyň ýokary günleri?	ДА 1 НЕТ 2 НЕ ЗНАЕТ 8	↘ 301								
233	Скажите, какое это время: перед началом месячных, во время месячных, сразу после окончания месячных, в середине менструального цикла? Haýsy wagt aýbaşyň başlamazyndan öň, aýbaşy gelip durka, gutarandan soň, ortalarynda?	ПЕРЕД НАЧАЛОМ МЕСЯЧНЫХ 1 ВО ВРЕМЯ МЕСЯЧНЫХ 2 СРАЗУ ПОСЛЕ ОКОНЧАНИЯ МЕСЯЧНЫХ 3 В СЕРЕДИНЕ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА 4 ДРУГОЕ _____ 6 (УКАЗАТЬ КОНКРЕТНО) НЕ ЗНАЕТ 8									

4	<p>ΑΙ ΟΘΕΙ ΑΟΤ ΧΙ ΟΑ ΝΘΑΑΝΟΑΑ: Νι εθαεϋ εεε ι αεϋ, οθαι ι αεαι ι αϋ αθα-ιι .</p> <p><u>Ýatqa goýulýan spiral.</u> Wraçyñ goýan spiraly ýa-da halkasy.</p>	<p>ÄÄ 1 Γ ÄÖ 2 ↘</p>	<p>ÄÄ 1 Γ ÄÖ 2</p>
5	<p>ËÏ ÕÄËËË. Æáí ÷efá ι ιτ εο-ααο œef εϋ äëÿ ι ðääι œaða÷áí ey áaðái áí ιτnœe ía íañef εuêf ι ãnyôaa.</p> <p><u>Sanjym.</u> Bir näçe ay göwreli bolmaz ýaly ukol edilýär.</p>	<p>ÄÄ 1 Γ ÄÖ 2 ↘</p>	<p>ÄÄ 1 Γ ÄÖ 2</p>
6	<p>ËÏ Ï ËÁÏ ÒÛ. Æáí ÷efá áñòaaëÿpò ιτ äef æí í á íæañœe ι ðääι éa-uy í añef εuêf ι äeáf uèœò èaιñœe äëÿ ι ðääι œaða÷áí ey áaðái áí ιτnœe ía íañef εuêf éað.</p> <p><u>Implanta.</u> Göwrelilik bir näçe ýyl bolmaz ýaly ayallaryñ egniniñ ýanyna derisiniñ aşagyna kapsula goýulýar?</p>	<p>ÄÄ 1 Γ ÄÖ 2 ↘</p>	<p>ÄÄ 1 Γ ÄÖ 2</p>
7	<p>Ï ðÄÇÄðÄÄÖËÄ Ï œæ=erá í áääáááo ι ðäçäðääœeá í äðää ιτ êf áuι äeotι .</p> <p><u>Prozerwatiw</u> erkek adam jyns organyna geýdirilýär.</p>	<p>ÄÄ 1 Γ ÄÖ 2 ↘</p>	<p>ÄÄ 1 Γ ÄÖ 2</p>
8	<p>ÆÁÏ ÑËËË Ï ðÄÇÄðÄÄÖËÄ Æáí ÷efá ι ιτæð ιτι ãñœeou ðäçef íäue êf erá=íe áí äeaaæeúá í äðää ιτ êf áuι äeotι .</p> <p><u>Aýallaryñ prozerwatiwi</u> Aýallarkalpaçogy jyns gatnaşygyndan öñ geýýärler?</p>	<p>ÄÄ 1 Γ ÄÖ 2 ↘</p>	<p>ÄÄ 1 Γ ÄÖ 2</p>
9	<p>ÆËΑΘΔΑΑÏ Α, ËÏ ËÏ Ä×Ï Ë Æáí ÷efá áaf äeð äeαððaaι ó, êf erá=íe áí äeaaæeúá í äðää ιτ êf áuι äeotι .</p> <p><u>Diafragma, kolpaçok.</u> Aýallar diafragmany, kolpaçogy jyns gatnaşygyndan öñ salýarlar.</p>	<p>ÄÄ 1 Γ ÄÖ 2 ↘</p>	<p>ÄÄ 1 Γ ÄÖ 2</p>
10	<p>Ï ÁÏ Ä, ÄÄËÛ, ÑÄÄ×Ä, ËðÄÏ , Æáí ÷efá áaf äeð ñää=ó, ääë, íáíó, éðái áí äeaaæeúá í äðää ιτ êf áuι äeotι .</p> <p><u>Köpürjik, gel, sweça, krem.</u> Aýallar köpürjigi, gel, sweçany, kremy jyns gatnaşygyndan öñ ulanýarlar.</p>	<p>ÄÄ 1 Γ ÄÖ 2 ↘</p>	<p>ÄÄ 1 Γ ÄÖ 2</p>

11	<p>Ì ÁÓŦ Á ĒĀĒÓĀŒĒŦ Í Í Ŧ Ē ĀÍ ĀÍ Ŧ ĐĀĒ (Í ĒĀ). Æáí Ŭeí á ì í æáo ení Ŧ ĒŭŦ ááoú ní áóeáeúí Ŭé ì áof á eí í oðáoáí oee, áñee Ŧ í á eí ŦŦ eò náí ááí oáááí eá oí eúeŦ áðoáúþ(áí áí è í Ŧ -úþ) ñ ðŦ æááí eý áí 6 ì áñýoáá è í ðe ýŦŦ ì , áñee oí eúeŦ , í á áí ñoáí Ŧ áeéenu ì áñý-í Ŭá.</p> <p><u>Latasiya aminoreya usuly</u> Aýal maşgala ýŦrite kontraseptiýa usulyny ulanyp biler, çagasyny diñe gündiz we agşam etdirýän bolsa, doglan gününden 6 aýa çenli, ýöne aýbaşsýsý düzlenmedik bolsa.</p>	<p>ĀĀ 1 Í ĀŌ 2 ↘</p>	<p>ĀĀ 1 Í ĀŌ 2</p>
12	<p>ĒĀĒÍ ĀĀĐÍ ŬĒ Ĭ ĀŌŦ Ā. Æáí Ŭeí á eçáááááo í Ŧ eí á ŬŌ eí í oáeŦ á á oá á í e ì áñýoá, eí ááá í áeáí eáá á ŬŦ eá ááđŦ ýŦí Ŧ ñoú çáááđáí áí áoú.</p> <p><u>Kalendar usuly</u> Aýal maşgala jýns aragatnaşygyndan çaga galmagynyň belli gününde, aýynda çaga durýar?</p>	<p>ĀĀ 1 Í ĀŌ 2 ↘</p>	<p>ĀĀ 1 Í ĀŌ 2</p>
13	<p>Í ĐĀĐĀĀÍ Í ŬĒ ĀĒŌ. Ì æ=éí á ì í æáo á ŬŌŬ í ñŦŦ đŦ æáí - í ðáeðá Ŭááo áeŦ í áđáá náí ýeçááđæáí eáí .</p> <p><u>Arasy üzülen aragatnaşyk</u> Erkek adam tohum bolup çykarmagyň oň ýanynda häzirlilik bilen jýns aragatnaşygyny bozýar.</p>	<p>ĀĀ 1 Í ĀŌ 2 ↘</p>	<p>ĀĀ 1 Í ĀŌ 2</p>
14	<p>×ĐĀÇĀŬ×ĀĒÍ ĀŦ (Í Ŧ ŦŌĒŦ ĒŌĀĒŬÍ ĀŦ) ĒŦ Í ŐĐĀŌĀÍ ŐĒĒ. Æáí Ŭeí á áeý eçááæáí eý ááđáí áí í Ŧ ñeŦ ì í æáo í ðeí eí áoú oáeáeŦ è á ŦŦ ááí Ŭ, eí ááá í đŦ eçŦ ŦæŦ í Ŧ eí áí e eí í oáeŦ.</p> <p><u>Möhüm (postkoital) kontrasepsiyasy</u> Aýal maşgala göwreliligiň oňňüni almak üçin, jýns aragatnaşygy bolan günü tabletka kabul edýär</p>	<p>ĀĀ 1 Í ĀŌ 2 ↘</p>	<p>ĀĀ 1 Í ĀŌ 2</p>
15	<p>Ñeüoáeé eé ĀŬ í áðoáeŦ ní Ŧ Ŧí ááo, í ðe í Ŧ í Ŭe eí ŦŦ ŬŬŦ ì í æáí eçááæáoú ááđáí áí í Ŧ ñeŦ?</p> <p>Siz göwreliligiň oňňüni alýan başgada usullar barada eşidipmidiniňiz?</p>	<p>ĀĀ 1</p> <p>_____</p> <p>(ŐĒĀÇĀŬŬ ĒŦ Í ĒĐĀŌÍ ŦŦ)</p> <p>_____</p> <p>(ŐĒĀÇĀŬŬ ĒŦ Í ĒĐĀŌÍ ŦŦ)</p> <p>Í ĀŌ 2 ↘</p>	<p>ĀĀ 1 Í ĀŌ 2</p> <p>ĀĀ 1 Í ĀŌ 2</p>

303	<p>Ї ДЇ ААДЕОУ 302:</p> <p>Ї АО Ї Е Т АЇ Т АТ Т ОААОА "АА" (Ї ЕЕТ ААА Ї А ЕНЇ Т ЕУЇТ ААЕА Ї АОТ АТ А ЕТ Ї ОДАОАЇ ОЕЕ)</p>	<p>ЇТ Ї АЇ УОАЕ Ї АДАТ АЕЇ Т ОААО "АА" (ЕНЇ Т ЕУЇТ ААЕА Ї АОТ А ЕТ Ї ОДАОАЇ ОЕЕ)</p>	→307	
304	<p>Предохранялись ли Вы когда-нибудь от беременности?</p> <p>Siz nāhili hem bolsa bir usul bilen gōwrelligiñ öñüni almak çaresini görüpmidiñiz?</p>	<p>АА 1</p> <p>Ї АО 2</p>	→306	
305	<p>ÇАЇ ЕОЕОА '0' А ЕТ ЕТ Ї ЕА 1 ЕАЕАЇ ААДБ А ЕАЕАТ Е Ї ОНӨТ Е Б×АЕЕА Ї АЇБОА</p>			→327
306	<p>×0Т АУ Ї ДААЇ ДЕЇ ЕЇ АЕЕ АЕУ УОТ АТ ?</p> <p>Siz şonuñ üçin nāhili çareler gördüñiz?</p> <p>ЕНЇ ДААЕОУ 302 Е 303 (А ОАЕАА 301, АНЕЕ Ї АТ АОТ АЕЇ Т).</p>			
307	<p>А сколько живых детей было у Вас тогда, когда Вы впервые решили предохраняться от беременности?</p> <p>АНЕЕ Ї А АУЕТ ААОАЕ - ÇАЇ ЕНАОУ '00'.</p> <p>Hāzir size sorag bermāge rugsat ediñ.</p> <p>Siz haçan birinji gerezek gōwrelligiñ öñüni almak üçin nāne-de bolsa bir işler etdiñiz? Şol wagt siz-de nāçe diri çagañyz bardy?</p>	<p>ЕТ ЕЕ×АНОАТ ААОАЕ <input type="text"/></p>		
308	<p>Ї ДЇ ААДЕОУ 302 (01):</p> <p>АЕАЇ УЕЇ А Ї ДЇ АТ АЕЕЕ НОАДЕЕЕÇАОЕП</p>	<p>АЕАЇ УЕЇ А Ї А Ї ДЇ АТ АЕЕЕ НОАДЕЕЕÇАОЕП</p>	→309	
308A	<p>Еаеїаа їде-еїа оїаї, -ої Ааї їдїааеē нoадеēēçаoēп: її ї ааeоēї нeēї їїeаçаї eуї eēē ñ oаeўп їeаїeдїaаїeуї nāї ue?</p> <p>Siz sterilizasiya geçillmegine nāme sebāp boldy: medisina görkezmesimi ya-da maşgala gurmak maksady bilenmi?</p>	<p>ЇТ Ї ААТ ЕАÇАЇ ЕБЇ 1</p> <p>Ї ОАЕУП Ї ЕАЇ ЕДТ ААЇ ЕБ НАЇ UE 2</p> <p>Ї А ÇЇ ААО 8</p>	→311A	

313	<p>Άάά Άάι ι δι άι άέέέ νοάδέεεçαοέþ?</p> <p>Size sterilizasiýany nirede geçirdiler?</p> <p>ΆΝΕΕ Ι ΆΝΟΤ Ι Ι ΔΤ ΑΑΑΑΙ ΕΒ Ι Τ ΑΔΑΟΕΕ ΒΑΕΒΑΟΝΒ ΑΤ ΝΙ ΕΟΑΕΥ, ΝΑΕΥΝΕΕΕ ΕΕΕ ΑΤ ΔΤ ΑΝΕΤ Ε ΑΤ Ι ÇΑΤ ΔΤ ΑΥΒ ΕΕΕ ΑΕΑΙ ΝΕΑΒ ΕΤ Ι ΝΟΕΥΟΑΟΕΒ, Τ ΕΔΟΑΕΕΟΥ ΝΤ Ι ΟΑΑΟΝΟΑΟΡÇΟΡ ΟΕΟΘΟ.</p> <p>_____ (Ι ΑÇΑΑΙ ΕΑ ΕΕΕΙ ΕΕΕ)</p>	<p>ΑΤ ΝΟΑΔΝΟΑΑΙ Γ ΟΕ ΝΑΕΟΤ Δ</p> <p>ΑΤ ΝΙ ΕΟΑΕΥ 11</p> <p>ΝΑÇ/ΑΑÇ 12</p> <p>ΑΕΕ 13</p> <p>ΑΔΟΑΤ Α ΑΤ Ν.Ι ΑΑ.</p> <p>Ο×ΔΑΑΕΑ. _____ 16</p> <p>(ΟΕΑÇΑΟΥ ΕΤ Ι ΕΔΑΟΙΤ)</p> <p>×ΑΝΟΙ ΟΕ Ι ΑΑ.ΝΑΕΟΤ Δ</p> <p>×ΑΝΟ. ΑΤ ΕΥΙ ΕΟΑ/ΕΕΕΙ ΕΕΑ 21</p> <p>×ΑΝΟ.ΑΔΑ× 23</p> <p>ΑΔΟΑΤ Α ×ΑΝΟ. Ο×ΔΑΑΕΑ. _____ 26</p> <p>ΕΕΕ ΕΕΟΤ _____ (ΟΕΑÇΑΟΥ ΕΤ Ι ΕΔΑΟΙΤ)</p> <p>ΑΔΟΑΤ Α _____ 96</p> <p>(ΟΕΑÇΑΟΥ ΕΤ Ι ΕΔΑΟΙΤ)</p> <p>Γ Α ÇΙ ΑΑΟ 98</p>													
314	<p>Άυέε έε Άυ (Άαø ι οæ έέε ι αδοι άδ) ι δτει οτι δι εδι ααί υ άι ι δι ααάι έυ τι άδαοέε ι ι νοάδέεεçαοέε ι οτι ι , -οι Άυ άι έυόά ι ά νι ι αάοά έι άου άάοάέ?</p> <p>Size (siziň adamyňyza ýa-da jyns ýoldaşyňyza) sterilizasiýa geçirilmezinden öň, soňra hiç-haçan çagaňyzyň bolmajakdygy barada habar edildimi?</p>	<p>ΆΑ 1</p> <p>Γ ΑΟ 2</p> <p>Γ Α ÇΙ ΑΑΟ 3</p>													
316	<p>Ά έαéι ι ι άnyóá è άι άó áυέá ι δι áαááι á νοάδέεεçαοέy ?</p> <p>Haýsy ýylda we aýda sterilizasiýa geçirildi?</p>	<p>Ι ΆΝΒΟ <table border="1" data-bbox="1845 874 1957 932" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table></p> <p>ΑΤ Α <table border="1" data-bbox="1733 932 1957 989" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table></p>													
317	<p>Ι ΔΤ ΑΑΔΕΟΥ 316:</p> <p>ΝΟΑΔΕΕΕÇΑΟΕΒ Ι ΔΤ ΑΑΑΑΙ Α ΑΤ ΒΙ ΑΑΔΒ 1995</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>ΟΕΑΑΕΟΑ ΕΤ Α ΑΕΒ ΝΟΑΔΕΕΕÇΑΟΕΕ Α Ι ΑΝΒΟΑ Ι ΔΤ ΑΑΑΑΙ ΕΒ ΕΙ ΟΑΔΑΥΡ Α ΝΟΤ ΕΑΟΑ 1 ΕΑΕΑΙ ΑΑΔΒ Ε ΕΑΑΕΑΟΕ Ι ΑΝΒΟ Γ ΑÇΑΑ Ε ΒΙ ΑΑΔΡ 1995</p> <p>ÇΑΟΑΙ Ι ΑΔΑΕΑΕΟΑ Ε → 320</p> <p>ΝΟΑΔΕΕΕÇΑΟΕΒ Ι ΔΤ ΑΑΑΑΙ Α Α ΒΙ ΑΑΔΑ 1995 ΕΕΕ Ι Τ ÇΑΙ ΑΑ</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>ΟΕΑΑΕΟΑ ΕΤ Α ΑΕΒ ΝΟΑΔΕΕΕÇΑΟΕΕ Α Ι ΑΝΒΟΑ ΕΙ ΟΑΔΑΥΡ Α ΝΟΤ ΕΑΟΑ 1 ΕΑΕΑΙ ΑΑΔΒ Ε Α ΕΑΑΕΑΟΕ Ι ΑΝΒΟ Γ ΑÇΑΑ Ε ΑΑΟΑ Ι Τ ΑΔΑΟΕΕ.</p> <p>ΟΕΑΑΕΟΑ ΕΤ Α ΕΝΟΤ ×Ι ΕΕΑ Ι ΑΟΤ ΑΑ Α ΝΟΤ ΕΑΑΟ 2 ΕΑΕΑΙ ΑΑΔΒ Α Ι ΑΝΒΟΑ ΑΑΟΥ Ι Τ ΑΔΑΟΕΕ.</p> <p>ÇΑΟΑΙ Ι ΑΔΑΕΑΕΟΑ Ε → 319</p>														

318

А НОТ ЕАОА 1 ЕАЕАІ ААДБ А Б×АЕЕО, НТ Т ОААОНОАОПУОП І АНБОО ЕІ ОАДАУПЕДТ ААІ ЕБ, АІ АНЕОА ЕТ А І АОТ АА ЕТ І ОДАОАІ ОЕЕ, Т АТ ЧІ А×АІ І Т АТ А А.311. ЧАОАІ ОЧІ АЕОА - ЕТ ААА АЕАІ УЕІА І А×АЕА І ДЕІ АІ БОУ ААІ І УЕ І АОТ А. АІ АНЕОА ЕТ А І АОТ АА А ЕААЕОП Б×АЕЕО, НТ Т ОААОНОАОПУОП І АНБОО, ЕТ ААА ААІ І УЕ І АОТ А ЕНІ Т ЕУЧТ ААЕНБ. АНЕЕ І АОТ А І А×АЕ ЕНІ Т ЕУЧТ ААОУНБ Н 1995 АТ АА, АІ АНЕОА ЕТ А ЕНОТ ×І ЕЕА І ДЕТ АДАОАІ ЕБ І АОТ АА ЕТ І ОДАОАІ ОЕЕ А НОТ ЕАОА 2 ЕАЕАІ ААДБ А ОО Б×АЕЕО, ЕТ ОТ ДАБ НТ Т ОААОНОАОА І АНБОО І А×АЕА ЕНІ Т ЕУЧТ ААІ ЕБ І АОТ АА.

ЕЕЕПНОДАДЕАІ УА АТ І ДТ НУ:

- Еіааа АС і а=аеè ені і еучі ааду уотò і аот а аапі дадуаіі?
- Еае аіеаі АС ені і еучоаа уотò і аот а аапі дадуаіі?
- Оіааа, еіааа АС і а=аеè ені і еучі ааду уотò і аот а, ааа АС і деі адаеè ааі?

- Şu usuly siz haçan üznüksiz ulanyp başladyňyz?
- Näçe bagtdan bári siz şu usuly üznüksiz ulanýarsyňyz?
- Siz şu usuly ulanyp başlanyňyzda, ony nireden aldyňyz?

Нăе-ăн ỳ отоăеă аĸ çăăăоо Аăи řăнeтeуeт aтiтoтнi a т oтi , eтăăă Āĸ eēē Āăo тăđoтăđ eнiтeуĸтăăeē i đoтă eтřođăoăi oēē.

Men hăzir, siziň we siziň ýoldaşyňyzyň kontrasepsiýa usulyny haçan ulanyandygyňyz barada bir näçe sorag bermekçi bolýaryn:

НĚĂĂOБ ĒĂĒĂĬĂĐĐ, ОНŌĂĬĂĒĒĂ Ĭ ĂНБŌŪ, ĒĂĂĂ Ĭ ĐĒĬ ĂĬ БĒĒĒŪ ĒĒĒ Ĭ Ă Ĭ ĐĒĬ ĂĬ БĒĒĒŪ Ĭ ĂŌŬ ĂŪ ĒĬ Ĭ ĐĂŌĂŌĂĬ ŌĒĒ. ĂĬ ĂНĒŌĂ ŶŌŌ ĒĬ ŌŬ ĐĬ ĂŌĒĬ Ă Ĭ НŬ Ĭ ŌĂĂŌНŌĂŌĬŪĒĒĂ Б×ĂĒĒĒ ĂĬ ĒĬ ŌŪĂĬ 1995ĂĬ ĂĂ. Ĭ ĐĒ ŶŌŬ Ĭ ĒĬ Ĭ ŬĒŌĒĒŌĂĂĒĂ×ĂНŌĂĂĒĬ Ĭ ĐŬŬ ĒŪŌŬŬ ×ĂĒ, ŌĂ Б×ĂĒĒĒ, ĂĒĬ ŌŬ ĐŪŌŬŬ ŌĬ Ă×ĂĬ ŪĂĂŌŪ ĐĬ ĒĂĂĬ ĒБ, ĒĬ ĂĬ ĂĂŌĂĒ, Ă ŌĂĒĂĬ Ĭ ĂНБŌŪ ĒĬ ĂĂĂ ĒĂĬ ŪĒĬ Ă ŌŪĒĂ ĂĂĐĂĬ ĂĬ Ĭ Ĭ Ē.

В СТОЛБЦЕ 1 ĒĂĒĂĬĂĐĐĂ ĐĒБ ĒĂĒĂĬĂĒ Ē Ĭ ŌНŌŬ Ē Б×ĂĒĒĒ ĂĂĂĂĒĒŌĂ ĒĬ Ă Ĭ ĐĒĬ ĂĬ БĂĬ ĬĂĬ Ĭ ĂŌŬ ĂĂ ĒĒĒ 'Ō' Ă НĒŌ×ĂĂ ĬĂĬ ĐĒĬ ĂĬ ĂĬ ĒБ.

ĒĒĒĬŬŌĐĂŌĒĂĬ ŪĂĂĬ Ĭ ĐĬ НŪ:

НŌŬ ĒĂĂŌ 1

- ĒĬăăă ä ĬĬнeăăĬ eē đăĸ Āĸ eнiтeуĸтăăeē Ĭ đoтă eтřođăoăi oēē e eăĒĬ e ŶŌŬ äĸĒ Ĭ đoтă ?
- ĒĬăăă Āĸ řă-ăeē eнiтeуĸтăăoŷ ŶŌŬ Ĭ đoтă? ×ăđăĸ eăĒĬ e Ĭ đĒĒĬ ä đăđă Ĭ řĒ e ĬĬнeă đĬăăăĬ eŷ (ĒĬ Б ĐĂĂĂĬ ĒĂ) Āĸ řă-ăeē eнiтeуĸтăăoŷ ŶŌŬ Ĭ đoтă?
- Ă Ōă-ăĬ eē eăĒĬ Ĭ đăđă Ĭ řĒ Āĸ eнiтeуĸтăăeē Ĭ đoтă ä ĬĬнeăănoăeē?

GŌRKEZILEN SORAGLAR:

1 SŪŬĬN

- Soňky sapar siz haçan kontrasepsiýa usulyny ulandyňyz we ol usuluňň haýsy görnüşini?
- Siz bu usuly haçan ulanyp başladyňyz? Çaga dogulanyndan soň (çaganyň ady), näçe wagt geçenden soňra siz bu usuly ulanyp başladyňyz?
- Näçe wagtyň dowamynda siz şu usuly ulandyňyz?

В СТОЛБЦЕ 2 ĒĂĒĂĬĂĐĐĂ ŌĒĂĒĒŌĂĒ ĒĬ Ă ĒНŌŬ ×Ĭ ĒĒĂ Ă Б×ĂĒĒĒ, НŬ Ĭ ŌĂĂŌНŌĂŌĬŪŌŌĬ Ĭ Ă×ĂĒŌ ĒĬ Ĭ ĒŪĸŬĂĬ ĂĂĬ ĒБ Ĭ ĂŌŬ ĂĂ.

ĒĒĒĬŬŌĐĂŌĒĂĬ ŪĂĂĬ Ĭ ĐĬ НŪ:

НŌŬ ĒĂĂŌ 2:

- Ēăē řăĸĸăăăŷŷŷ oт Ĭ đoт, äăă Āĸ Ĭ đĒĬ đăăēē Ĭ đoтă eтřođăoăi oēē, ä oт đăđă ŷ, eтăăă Āĸ řă-ăeē äăĬ Ĭ đĒĬ ä řĬŷŷŷ?
- Ēăē řăĸĸăăăŷŷŷ oт Ĭ đoт, äăă ĀăĬ řăŷŷŷĬ eēē Ĭ oтĬ, eăē řăăĬ Ĭ đĒĬ ä řĬŷŷŷ Ĭ đoтă [Ĭ ĒĂ, eăēăĬ äăđĬ ŪĒ Ĭ đoтă eēē Ĭ đăđăăĬ řĬĸĒ äēŷ?]

GŌRKEZILEN SORAGLAR:

2 SŪŬĬN

- Siziň kontrasepsiýa usulyny alan eriniň nähili atlandyrylyardy, şol wagt, haçan-da siz şol serişdäni ulanyp başlan wagtyňyz?
- Size şu usuly (MZA, kalendar usuly, arasy üzülen jyns aragatnaşygy) nähili ulanmalygyny düşündiren eri nägilli atlandyrylyar?

В СТОЛБЦЕ 3 ĒĂĒĂĬĂĐĐĂ ŌĒĂĒĒŌĂĒ ĒĬ ŌŪ Ĭ ĐĂĒĐĂŪĂĬ ĒБ Ĭ ĐĒĬ ĂĬ ĂĬ ĒБ Ĭ ĂŌŬ ĂĂ Ă Б×ĂĒĒĒ, НĒĂĂŌĬŪĒĒĂ ĸĂ Ĭ Ĭ НĒĂĂĬ ĒĬ Ĭ ĂНБŌĂĬ Ĭ ĐĒĬ ĂĬ ĂĬ ĒБ.

ĒĬ ĒĒ×ĂНŌĂĬ ĒĬĂĬ ĂĂ НŌŬ ĒĂŌĂ 3ĂĬ ĒĂĬ Ĭ ŌŪŪ ŌĂĒĒĬ ĒĂ, ĒĂĒĒ ĒĬ ĒĒ×ĂНŌĂĬ Ĭ ĐĂĐŪĂĂĬ ĒĒ Ĭ ĐĒĬ ĂĬ ĂĬ ĒБ Ĭ ĂŌŬ ĂĂ Ă НŌŬ ĒĂŌĂ 1.

НŬ ĐŬ НĒŌĂ ĬĬ ×ĂĬ ŌĬ ĬĂĬ ĐĂĒĐĂŌĒĒĂ ĒĬ Ĭ ĒŪĸŬĂĂŪ Ĭ ĂŌŬ Ă. ĂНĒĒ Ĭ ĂНŌŌĬ ĒĒĂĂĂĬ ĂĬ ĬĬ НŪŪ, НŬ ĐŬ НĒŌĂ ĸĂĂĂĐĂĬ ĂĬ ĂĒĂ ĒĒ ĬĂ ĒĒŌ×ĂĒĬ Ĭ ĐĒĒ ĒĬ ĒŪĸŬĂĂĬ ĒĬ Ĭ ĂŌŬ ĂĂ ĒĒĒ Ĭ ĐĂĂĬ ĂĬ ĐĂĂĬ ĬĬ Ĭ ĐĂĒĐĂŌĒĒĂ ĒĬ Ĭ ĒŪĸŬĂĂĬ ĒĂ Ĭ ĂŌŬ ĂĂ ĂĒБ ŌŬĂĬ , ×ŌŬ ŌŪ ĸĂĂĂĐĂĬ ĂĬ ŌŪŪ.

ĒĒĒĬŬŌĐĂŌĒĂĬ ŪĂĂĬ Ĭ ĐĬ НŪ:

НŌŬ ĒĂĂŌ 3:

- ĬĬ-ăĬ Ō Āĸ Ĭ đăēđăđēēē Ĭ đĒĬ ä řăĬ eă (Ĭ ĂŌŬ ĂĂ)?
- Āĸ Ĭ đăēđăđēēē äēŷŷĬĂĬ, -oт äĸ çăăăđăĬ ä řăđŷŷŷ eēē Āĸ Ĭ đăēđăđēēē ĬĬ eăēēĬ -eăăĬ äđăēēĬ Ĭ đē-eĬăĬ ? Ēēē äă Āĸ Ĭ đĬ нŌĬ çăăăđăĬ ä řăēē äĬ äđăĬ ŷ eнiтeуĸтăăĬ eŷ Ĭ đoтă äă?

GŌRKEZILEN SORAGLAR:

3 SŪŬĬN

- Siz näme üçin bu usuly ulanmagyňyzy bes etdiňiz?
- Siz gűwleri bolmak üçin bu usuly ulanmagyňyzy bes tdiňuzmi ýa-da boşga sebäpleri barmy? Ýa-da siz şu usuly ulanyan wagtyňyzda döwleri boldyňyzyz?

ĂНĒĒĒ Ĭ ĐĂĒĐĂŌĒĒĂ Ĭ ĐĂĂĬ ĂĬ ĐĂĂĬ ĬĬ , ×ŌŬ ŌŪ ĸĂĂĂĐĂĬ ĂĬ ŌŪŪ, НŬ ĐŬ НĒŌĂ:

- Нeт eуeт Ĭ äņŷŷăă ĀăĬ ĬĬ đăăăĬ äăeтĬŷŷ äēŷŷŷĬĂĬ, -oт äĸ çăăăđăĬ ä řăđŷŷŷ ĬĬнeă Ĭ đăēđăđăĬ eŷ eнiтeуĸтăăĬ eŷ (Ĭ ĂŌŬ ĂĂ)?

Ē ŌĒĂĒĒŌĂ 'Ō' Ă ĒĂĒĂŪĒĒ ŌĂĒĒ Ē Ĭ ĂНБŌ Ă НŌŬ ĒĂŌĂ 1.




320	<p>Ի ԾՒ ԱՁԵՕՍ 311/311A:</p> <p>Ի ԱԱՆՈՔ ԷԾՕՔԷՒ Ի ԷՒ Ա Ի ԱՕՒ ԱԱ:</p>	<p>Ի Ա ՆԻ ԾԱՅԷԱԷԷ 00</p> <p>ՆՕՁԵԷԷՇԱՕԷԵ ԶԷՒ ՍԷԻ Ս 01</p> <p>ՆՕՁԵԷԷՇԱՕԷԵ Ի ՕՔ×ԷԻ Ս 02</p> <p>ՕԱԷՔՕԷԷ 03</p> <p>ԱՒ Ն 04</p> <p>ԷԻ ՍԱԷՕԷԷ 05</p> <p>ԷԻ Ի ԷԱԴՍ 06</p> <p>Ի ԾԱՇԱԾԱՕԷԱ 07</p> <p>ԶԷՒ ՆԷԷԷ Ի ԾԱՇԱԾԱՕԷԱ 08</p> <p>ԱԷԱՕԾԱՒ Ա 09</p> <p>Ի ԱԻ Ա/ԱԷՍ/ՆԱԱ×/ՎԵԾՒ 10</p> <p>Ի ԱՕՒ Ա ԷԱԷՕ.ԱԻ ԱԻ 11</p> <p>ԷԱԷՒ ԱՁԻ ՍԷ Ի ԱՕՒ Ա 12</p> <p>Ի ԾԱԾԱԻ Ի ՍԷ ԱԷՕ 13</p> <p>ԱԾՕՒ Է Ի ԱՕՒ Ա 96</p>	<p>→327</p> <p>→325</p> <p>→325</p> <p>→324</p> <p>→324</p> <p>→324</p> <p>→325</p> <p>→325</p> <p>→325</p>
321	<p>Ի ԾՒ ԱՁԵՕՍ ՆՕՒ ԷԱՕՕ 1 ԷԱԷՒ ԱՁԵ Ի Ի Ի ԾՒ ԱՒ ԷՔԷՕՁԷՍԻ Ի ՆՕԷ Ի ԾԷԻ ԱԻ ԱԻ ԷԵ ԱԱԻ Ի Ի ԱՒ Ի ԱՕՒ ԱԱ:</p> <p>Ի Ա×ԱԷԱ Ի ԾԷԻ ԱԻ ԱԻ ԷԱ Ի Ի ՆԷԱ ԵԻ ԱՁԵ 1995</p>	<p>Ի Ա×ԱԷԱ Ի ԾԷԻ ԱԻ ԱԻ ԷԱ Ա ԵԻ ԱՁԵ 1995 ԷԷԷ ԱՒ ԿՕՒ ԱՒ</p>	<p>→325</p>
322	<p>Աս արձագանքը ձեր արձագանքը (ԱԱԻ Ի ՍԷ Ի ԱՕՒ Ա) և (ԷՆՕՒ ×Ի ԷԷ Ի ԱՕՒ ԱԱ ԷՇ ԷԱԷՒ ԱՁԵ) և (ԱՕՕԱ).</p> <p>Ծանոթացե՛ք ձեռնարկի և օրագրի ի տարբերություն յօթնամյա և ավելի քան յոթնամյա կանանցի համար նախատեսված կոնտրացեպտիվների օգտագործմանը:</p> <p>Սա (սուս) ձեր առաջին քայլն է (կալենդարային կոնտրացեպտիվից սկսելուց հետո)։ Սա ժամանակ է պահանջում կոնտրացեպտիվի օգտագործմանը։</p>	<p>ԱԱ 1</p> <p>Ի ԱՕ 2</p>	<p>→324</p>
323	<p>Ծանոթացե՛ք ձեռնարկի և օրագրի ի տարբերություն յօթնամյա և ավելի քան յոթնամյա կանանցի համար նախատեսված կոնտրացեպտիվների օգտագործմանը:</p> <p>Սուսը ձեր արձագանքը կապում է ձեր արձագանքը և ձեր արձագանքը:</p>	<p>ԱԱ 1</p> <p>Ի ԱՕ 2</p>	
324	<p>Էրգանքը Աս ձեր արձագանքը (ԱԱԻ Ի ՍԷ Ի ԱՕՒ Ա), ձեր արձագանքը ձեռնարկի և օրագրի ի տարբերություն յօթնամյա և ավելի քան յոթնամյա կանանցի համար նախատեսված կոնտրացեպտիվների օգտագործմանը:</p> <p>Կապում է ձեր արձագանքը և ձեր արձագանքը, ձեր արձագանքը և ձեր արձագանքը:</p>	<p>ԱԱ 1</p> <p>Ի ԱՕ 2</p>	

325	<p>Ի ԾՒ ԱՁԵՕՍ 311/311A:</p> <p>Դ ԱԱՆՈԷ ԵԾՈՒԷՒՆ ԷՒ Ա Ի ԱՕՒ ԱԱ:</p>	<p>Դ Ա ՆԻ ԾԱԾԵԱԱԷԷ 00</p> <p>ՆՕՁԵԷԷՇԱՕԷԵԵ ՔԷՒ ՍԷԻ Ս 01</p> <p>ՆՕՁԵԷԷՇԱՕԷԵԵ Ի ՕԷ×ԷԻ Ս 02</p> <p>ՕԱԷԷՕԷԷ 03</p> <p>ԱԻ Ն 04</p> <p>ԷԻ ՍԱԷՕԷԷ 05</p> <p>ԷԻ Ի ԷԱԴՕՍ 06</p> <p>Ի ԾԱՇԱԾԱՁԵԱ 07</p> <p>ՔԷՒ ՆԷԷԷ Ի ԾԱՇԱԾԱՁԵԱ 08</p> <p>ԱԷԱՕԾԱԻ Ա 09</p> <p>Ի ԱԻ Ա/ԱԷՍ/ՆԱԱ×/ՎԵԾԱԻ 10</p> <p>Ի ԱՕՒ Ա ԷԱԷՕ.ԱԻ ԱԻ 11</p> <p>ԷԱԷՒ ԱՁԻ ՍԷ Ի ԱՕՒ Ա 12</p> <p>Ի ԾԱԾԱԻ Ի ՍԷ ԱԷՕ 13</p> <p>ԱԾՕԱԻ Է Ի ԱՕՒ Ա 96</p>	<p>→327</p> <p>→401</p> <p>→401</p> <p>→329</p> <p>→329</p> <p>→329</p> <p>→329</p>
326	<p>Աձձ ԱՍ Ի ԾԷԻ ԱԾՁԷԷ (ԱԱԻ Ի ՍԷ Ի ԱՕՒ Ա) ձ Ի Ի ՆԷԱԻ ԷԷ ԾՁՇ?</p> <p>Siz (şu usuly) soňky sapar nireden aldyňyz?</p> <p>ԱՆԷԷ Ի ԱՆՕՒ Ի Ի ԾԷԻ ԱԾՁԱԻ ԷԵ ԵԱԷԵԱՕՆԵ ԱԻ ՆԻ ԷՕԱԷՍ, ՆԱԷՍՆԷԷԷ ԷԷԷ ԱԻ ԾԻ ԱՆԷԻ Է ԱԻ Ի ՇԱԻ ԾԻ ԱՍԵ, ՔԷՒ ՆԷԱԵ ԷԻ Ի ՆՕԷՍՕԱՕԷԵ, ԱԻ ՕԱԷԱ, ՕԷԱՇԱՍ Ի ԱՇԱԻ ԷԱ Է Ի ԵԾՕԱԷԷՍ ՆԻ Ի ՕԱՁՆՕԱՕՍՍՕՍՍ ՕԷՕԾՕ.</p> <p>_____ (Ի ԱՇԱԻ ԷԱ ԷԷԷԻ ԷԷԷ)</p>	<p>ԱԻ ՆՕԱԾՆՕԱԻ Ի ՍԷ ՆԱԷՕՒ Ծ</p> <p>ԱԻ ՆԻ ԷՕԱԷՍ 11</p> <p>ՆԱՇԱՇ 12</p> <p>ՔԷԷ 14</p> <p>ԱԻ ՕԱԷԱ 15</p> <p>ԱԾՕԱԻ Ա ԱԻ Ն.Ի ԱԱ.</p> <p>Օ×ԾԱՔԱ. _____ 16</p> <p>(ՕԷԱՇԱՍ ԷԻ Ի ԵԾՁՕԻՒՒ)</p> <p>×ԱՆՕԻ ՍԷ Ի ԱԱ.ՆԱԷՕՒ Ծ</p> <p>×ԱՆՕ. ԱԻ ԷՍԻ ԷՕԱ/ԷԷԷԻ ԷԷԱ 21</p> <p>×ԱՆՕ.ԱԻ ՕԱԷԱ 22</p> <p>×ԱՆՕ.ԱԾԱ× 23</p> <p>ԱԾՕԱԻ Ա ×ԱՆՕ. Օ×ԾԱՔԱ.</p> <p>ԷԷԷ ԷԷՕՒ _____ 26</p> <p>(ՕԷԱՇԱՍ ԷԻ Ի ԵԾՁՕԻՒՒ)</p> <p>ԱԾՕԱԻ Ա _____ 96</p> <p>(ՕԷԱՇԱՍ ԷԻ Ի ԵԾՁՕԻՒՒ)</p> <p>Դ Ա ՇԻ ԱԱՕ 98</p>	<p>→329</p>
327	<p>ՇԻ ձձձ ԷԷ ԱՍ Ի ԱՆՕԻ, ԱԱ Ի Ի ԷԷ ԱՍ Ի ԾԷԻ ԱԾՁՆՕԷ Ի ԱՕԻ ԱՍ ԷԻ Ի ՕԾԱՕԱԻ ՐՕԷԷ?</p> <p>Siz kontrasepsiya usulyny nireden almak mümkindigini bilýärsiňizmi?</p>	<p>ԱԱ 1</p> <p>Դ ԱՕ 2</p>	<p>→329</p>

328	<p>Ááá í áóí áèõñý ýóí ì áñóí?</p> <p>Şol yer nirede yerleşýär?</p> <p>ÁÑÈÈ Ì ÁÑÓŦ Ì Í ĐÈŦ ÁĐÁÓÁÍ Èß ÆÁÈßÁÓÑß ÁŦ ÑŦ ÈÓÁÈÛ, ÑÁÈÛÑÈÈÈ ÈÈÈ ÁŦ ĐŦ ÁÑÈŦ È ÁŦ Ì ÇÁŦ ĐŦ ÁÛß, ÆÁÍ ÑÈÁß ÈŦ Í ÑÓÈÛÓÁÓÈß, ÁŦ ÓÁÈÁ, ÓÈÁÇÁÓÛ Í ÁÇÁÁÍ ÈÁ È Í ÈĐÓÁÈÈÈÛ ÑŦ Í ÓÁÁÑÓÁÓŦ ÛÓŦ ÓÈÓĐÓ.</p> <p style="text-align: center;">(Í ÁÇÁÁÍ ÈÁ Ì ÁÑÓÁ)</p>	<p>ÁŦ ÑÓÁÁĐÑÓÁÁÍ Í ÛÈ ÑÁÈÓŦ Đ</p> <p>ÁŦ ÑŦ ÈÓÁÈÛ 11</p> <p>ÑÁÇÁÁÇ 12</p> <p>ÆÈ 14</p> <p>ÁŦ ÓÁÈÁ 15</p> <p>ÁĐÓÁŦ Á ÁŦ ÑŦ Ì ÁÁ. Ó×ĐÁÆÁ..... 16</p> <p style="text-align: center;">(ÓÈÁÇÁÓÛ ÈŦ Í ÈĐÁÓÍŦ)</p> <p>×ÁÑÓÍ ÛÈ Ì ÁÁ.ÑÁÈÓŦ Đ</p> <p>×ÁÑÓ. ÁŦ ÈÛÍ ÈÓÁ/ÈÈÈÍ ÈÈÁ 21</p> <p>.ÁŦ ÓÁÈÁ 22</p> <p>×ÁÑÓ.ÁĐÁ× 23</p> <p>ÁĐÓÁŦ Á ×ÁÑÓ. Ó×ĐÁÆÁ. ÈÈÈ ÈÈÓŦ 26</p> <p style="text-align: center;">(ÓÈÁÇÁÓÛ ÈŦ Í ÈĐÁÓÍŦ)</p> <p>ÁĐÓÁŦ Á 96</p> <p style="text-align: center;">(ÓÈÁÇÁÓÛ ÈŦ Í ÈĐÁÓÍŦ)</p> <p>Í Á ÇŦ ÁÁÓ 98</p>	
329	<p>Í Ŧ ñáÛáè èè Áñ çà í Ŧ ñèááí èá 12 ì áñýóáá ì ááðááŦ óí èè, èŦ óŦ đÓé đáññèáçÓááè Ááì Ŧ ì áóŦ ááó èŦ í óðáóáŦ óèè?</p> <p>Soňky 12 aýyň içinde size medisina isgäri gelip, kontrasepsiýa usuly barada gürrüň berdimi.</p>	<p>ÁÁ 1</p> <p>Í ÁÓ 2</p>	
330	<p>Í Ŧ ñáÛáèè èè ÁÛ èèè Ááøè ááøè ì ááèøèŦ ñèŦ á ó-ðáæááí èá íŦ èáèŦ ì ó-èèáŦ íŦ áŦ áó á óá-áŦ èá íŦ ñèááí èø 12 ì áñýóáá ?</p> <p>Siz ýa-da siziň çagalaryňyz soňky 12 aýyň içinde haýsydyr bir sebäplere görä medisina edaralaryna ýüz tutduňyzmy?</p>	<p>ÁÁ 1</p> <p>Í ÁÓ 2</p>	→ 341
331	<p>Đaçat áaðèááè èè ñ Ááì è èóŦ -èèáŦ èç ááŦ íŦ áŦ ì ááó-ðáæááí èý Ŧ ì áóŦ ááó èŦ í óðáóáŦ óèè?</p> <p>Şol medisina edarasyndan haýsy hem bolsa bir medisina işgäri siziň bilen kontrasepsiýa usuly barada gürrüň geçirdimi?</p>	<p>ÁÁ 1</p> <p>Í ÁÓ 2</p>	
341	<p>Í áñèŦ èúèŦ áŦ ñóóŦ í Û áèý Ááñ í đŦ èáŦ çá-áóŦ -í Û á óááèáóèè? Áñóú èè í đŦ áéáŦ Û ñ èø í đèŦ áðáóáŦ èáŦ ?</p> <p>Size şol tabletkalary almak elýeterlimi? Şolary satyn almak üçin sizde problemalar döreyärmí?</p>	<p>ÁÑÓÛ Í ĐŦ ÁÈÁŦ Û 1</p> <p>Í ÁÓ Í ĐŦ ÁÈÁŦ 2</p> <p>Í Á ÇŦ ÁÁÓ 8</p>	
342	<p>ÁóŦ ááóá èè ÁÛ, -óŦ í đŦ èáŦ çá-áóŦ -í Û á óááèáóèè ýáèýponý í áááæŦ Û ì áóŦ áŦ ì èŦ í óðáóáŦ óèè?</p> <p>Siziň pikirinizçe göwreliligiň öňüni almak üçin içilýän dermanlar ynamly kontrasepsiýa usulymy?</p>	<p>Í ÁÁÁÆÍ ÛÈ 1</p> <p>Í Á Í ÁÁÁÆÍ ÛÈ 2</p> <p>Í Á ÇŦ ÁÁÓ 8</p>	



ÐÀÇÄÄË 4A. ÁÀÐÀÌ ÁÍ Í Í ÑÒÛ, Í Í ÑÒÝ ÀÒÀËÛÍ ÀË Í Í Í Ò Û È ÁÐÓÁÍ Í Á ÁÑËÄÌ ÈËÄÁÍ ÈÁ

401	<p>Í ÐÌ ÁÄÐËÛ 226:</p> <p>Í ÁËÍ ÈËÈ ÁÍ ÈÁÁ ÐÌ ÁÍ Á Á ÒÍ Á. 1995 ÈËÈ Í Í ÇÆÁ</p> <div style="text-align: center;">  </div> <p style="text-align: right;">Í Á ÁÛËÍ ÐÌ ÁÍ Á Á ÒÍ Á. 1995</p> <div style="text-align: center;">  </div> <p>ÈËÈ Í Í ÇÆÁ</p> <div style="text-align: center;">  </div>	→486		
402	<p>ÓËÄËËËÁ Á ÓÄÄËËËÁ Í Í ÁÐ ÈËÍ ÈË, ÈÌ Ò ÈÄËÄÍ ÁÍ ÐÄÄÄÍ ÈÁ, ÐÌ ÁËÄÛÄÄÍ ÑË ÆËÄÛÍ, Í Á×ËÍ ÁË Ñ ÒÍ ÁÄÐË 1995. ÇÄÄÄËËÁ ÁÍ Í ÐÌ ÑÛ Í ÈÄËÄÍ Í ÈÇ Í ÈÛ. Í Á×Í ÈÛ Ñ Í Í ÑËÄÄÍ ÁÄÍ ÐÄÄÄÍ ÈÁ.</p> <p>Ñáé=áñ ðàçðáðèðá í íá çáááòù áííðííò í çáíðíáúá áñáò ááðèð ááðáé, ðíáéáðèðíý á ðá=áí èá ííñéááí èò í ýòè èáò. (Ááááèðá ííáíáíðèí í èáæáíí á íòááèúíííòè)</p> <p>Siziñ şoňky 5 ýylyň dowamynda doguran çagalaryňzyň ählisiniň saglygy barada sorag etmäge maňa rugsat ediň (geliň hersi barada aýratynlykda durup geçeliň).</p>			
403	<p>Í Í ÁÐ ÈËÍ ÈË ÈÇ 212</p>	<p>Í Í ÑËÄÄÍ ÈË ÐÄÄÄÍ Í È</p> <p>Í Í ÁÐ ÈËÍ ÈË <input type="text"/></p>	<p>Í ÐÄÄÍ Í ÑËÄÄÍ ÈË ÐÄÄÄÍ Í È</p> <p>Í Í ÁÐ ÈËÍ ÈË <input type="text"/></p>	<p>Í ÐÄÄÍ ÐÄÄÍ Í ÑËÄÄÍ ÈË ÐÄÄÄÍ Í È</p> <p>Í Í ÁÐ ÈËÍ ÈË <input type="text"/></p>
404	<p>ÈÇ 217 È 219</p>	<p>ÈÌ Ò _____</p> <p>ÆÈÄ <input type="text"/> Í Á ÆÈÄ <input type="text"/></p>	<p>ÈÌ Ò _____</p> <p>ÆÈÄ <input type="text"/> Í Á ÆÈÄ <input type="text"/></p>	<p>ÈÌ Ò _____</p> <p>ÆÈÄ <input type="text"/> Í Á ÆÈÄ <input type="text"/></p>
405	<p>Á ðí áðáí ý, èíááá ÁÛ áúèè ááðáí áííú (ÈÌ Ò ÐÄÄÄÍ ÈÁ), <u>òíðáéè</u> èè ÁÛ ááí ííé ááðáí áííííòè ðíááá, èèè ÁÛ íðááííí=èòáéè çáááðáí áí áòú <u>ííçæá</u>, èèè ÁÛ <u>áííáúá íá íòááèè</u> áí èáá èí áòú ááðáé? Siz (çagaň ady) göwreli mahalyň yzda şol wagt `göwrelligi isläpdiniňmi ýa-da gijiräk göwreli bolmakçydyňyz ýa-da başga çaga etmegi islemeyärdiňizmi?</p>	<p>ÒÍ ÁÄÄ 1 (Í ÁÐÄËÛÈ È 407) ←</p> <p>Í Í ÇÆÁ 2</p> <p>Í Á ÒÍ ÒÄËÄ 3 (Í ÁÐÄËÛÈ È 407) ←</p>	<p>ÒÍ ÁÄÄ 1 (Í ÁÐÄËÛÈ È 422) ←</p> <p>Í Í ÇÆÁ 2</p> <p>Í Á ÒÍ ÒÄËÄ 3 (Í ÁÐÄËÛÈ È 422) ←</p>	<p>ÒÍ ÁÄÄ 1 (Í ÁÐÄËÛÈ È 422) ←</p> <p>Í Í ÇÆÁ 2</p> <p>Í Á ÒÍ ÒÄËÄ 3 (Í ÁÐÄËÛÈ È 422) ←</p>

		İ T NEAAİ EE DAAAİ T E Eİ B _____	İ DAAİ T NEAAİ EE DAAAİ T E Eİ B _____	İ DAAİ DAAİ T NEAAİ EE DAAAİ T E Eİ B _____
411	İ a eaet i i anyoa aadaı aı i tnoe AU a i tneaaı ee daç i tnaoeee i aadaı aı ee a i t aı aı oı e aadaı aı i tnoe? Siz gövrelligiñ haısy aıynda medisina işgärine iñ soñky gezek ýüz tutdyñyz?	İ ANBOU <input type="text"/> İ A Çİ AAO 98		
412	ÁÜee ee i t eoaéí ae i ada t aeı daç a oa-af ea yoi e aadaı aı i tnoe i ot aaaaı ü neaaopuea i adı i deyoey? Áçaaøeaaèè ee Àaı ? ÁÜe ee eçı adaı Áaø di no ? Eçı adyee ee adaaøeaeuí ta aaaaı ea? Ñaaaaèè ee ÁÜ í a af aeèç i t-o? Ñaaaaèè ee ÁÜ í a af aeèç eot au? Sziñ agramyñyzy çekipmidiler? Siziñ boıyñyzy ölçedilermi? Siziñ arterial gan basyşyñyzy (A/D) ölçelipmidi? Siz neşewiñizi barlaga tabşyrypmydyñyz? Siz ganyñyzy barlaga tabşyrypmydyñyz?	AA İ ÁO AAÑ 1 2 ĐT NO 1 2 ADÖ.AAAEAI EA 1 2 AI AEÈÇ İ T xE 1 2 AI AEÈÇ EDİ AE 1 2		
413	Áı aı deee ee Áaı i t deçı aeao i nei af aeı ee aadaı aı i tnoe? Size gövrelligiñ agyrlaşan wagty ýüze çykýan alamatlary barada gürrüñ beripmidi ler?	AA 1 İ ÁO 2 (İ ADÁEÖE E 416) ← İ A Çİ AAO 8		
414	Đanneaçaèè ee Áaı eoaá i t eòè, ańèè ÁÜ aü eı aeè yòe i nei af aeı ey? Size gövrelligiñiziñ agyrlaşan wagty nirä ýaz tutmalygyny aýtdylarmy?	AA 1 İ ÁO 2 İ A Çİ AAO 8		
416	Á oa-af ea yoi e aadaı aı i tnoe, aaaaeeñu ee Áaı eèè i teoi aeè ee ÁÜ oaéaòèè i ot oea aı ae ee, ni aadøaaüea aeéaçı ? Şu gövrelligiñ dowamynda size düzüminde demir bolan ganazlyga garşy derman berlemi ýa-da sotyn alypmydyñyz?	AA 1 İ ÁO 2 (İ ADÁEÖE E 422) ← İ A Çİ AAO 8		
417	Ñei eueı af ae ÁÜ i deı ei aeè yòe oaaéaòèè a oa-af ea ańae aadaı aı i tnoe ? Siz gövrelligiñ dowanynda näçe günläp şol dermañy kabul etdiñizmi?	ET EE x ANOAT AI AE <input type="text"/> İ A Çİ AAO 998		

422	<p>Èæèè àúè (ÈÌ ß ÐÀÁÁÍ ÈÁ) ìðè ðìæááí èè: Ì=áí ù áí èúøèì Ì Ì ðàçì áðò, áí èúøá ñðááí ááí, ñðááí èì, ì áí ùøá ñðááí ááí èèè Ì=áí ù ì æéáí úèèì ? Dogulanda (çaganyň ady) ululugy boýunça nähilidi, örän uly, aralykdan uly, aralyk, aralykdan kiçi ýa-da örän kiçimidí?</p>	<p>Ì ×ÁÍ Ù ÁÍ ÈÚØÍ È 1 ÁÍ ÈÚØÁ ÑÐÁÁÍ ÁÁÍ 2 ÑÐÁÁÍ ÈÈ 3 Ì ÁÍ ÙØÁ ÑÐÁÁÍ ÁÁÍ 4 Ì ×ÁÍ Ù Ì ÁÈÁÍ ÙÈÈÈ 5 Í Á ÇÍ ÁÁÒ 8</p>	<p>Ì ×ÁÍ Ù ÁÍ ÈÚØÍ È 1 ÁÍ ÈÚØÁ ÑÐÁÁÍ ÁÁÍ 2 ÑÐÁÁÍ ÈÈ 3 Ì ÁÍ ÙØÁ ÑÐÁÁÍ ÁÁÍ 4 Ì ×ÁÍ Ù Ì ÁÈÁÍ ÙÈÈÈ 5 Í Á ÇÍ ÁÁÒ 8</p>	<p>Ì ×ÁÍ Ù ÁÍ ÈÚØÍ È 1 ÁÍ ÈÚØÁ ÑÐÁÁÍ ÁÁÍ 2 ÑÐÁÁÍ ÈÈ 3 Ì ÁÍ ÙØÁ ÑÐÁÁÍ ÁÁÍ 4 Ì ×ÁÍ Ù Ì ÁÈÁÍ ÙÈÈÈ 5 Í Á ÇÍ ÁÁÒ 8</p>
423	<p>Èçì áðýèè èè ááñ (ÈÌ ß ÐÀÁÁÍ ÈÁ) ìðè ðìæááí èè? Dogunlanda (çaganyň ady) agramy ölçelipmidí?</p>	<p>ÁÁ 1 Í ÁÒ 2 (Í ÁÐÁÈÓÈ È 425) ← Í Á ÇÍ ÁÁÒ 8</p>	<p>ÁÁ 1 Í ÁÒ 2 (Í ÁÐÁÈÓÈ È 425) ← Í Á ÇÍ ÁÁÒ 8</p>	<p>ÁÁ 1 Í ÁÒ 2 (Í ÁÐÁÈÓÈ È 425) ← Í Á ÇÍ ÁÁÒ 8</p>
424	<p>Èæèí á àúè ááñ (ÈÌ ß ÐÀÁÁÍ ÈÁ) ìðè ðìæááí èè? Dogulanda (çaganyň ady) agramy näçedí? ÇÁÍ ÈÑÁÒÙ ÁÁÑ ÈÇ ÈÁÐÒÍ ×ÈÈ (ÁÑÈÈ ÈÌ ÁÁÒÑß).</p>	<p>ÁÁÑ Á ÁÐÁÍ Ì ÁÒ Í Ì ÈÁÐÒÍ ×ÈÁ <input type="text"/></p> <p>ÁÁÑ Á ÁÐÁÍ Ì ÁÒ Í Ì Í ÁÍ ßÓÈ <input type="text"/></p> <p>Í Á ÇÍ ÁÁÒ 99998</p>	<p>ÁÁÑ Á ÁÐÁÍ Ì ÁÒ Í Ì ÈÁÐÒÍ ×ÈÁ <input type="text"/></p> <p>ÁÁÑ Á ÁÐÁÍ Ì ÁÒ Í Ì Í ÁÍ ßÓÈ2 <input type="text"/></p> <p>Í Á ÇÍ ÁÁÒ 99998</p>	<p>ÁÁÑ Á ÁÐÁÍ Ì ÁÒ Í Ì ÈÁÐÒÍ ×ÈÁ1 <input type="text"/></p> <p>ÁÁÑ Á ÁÐÁÍ Ì ÁÒ Í Ì Í ÁÍ ßÓÈ 2 <input type="text"/></p> <p>Í Á ÇÍ ÁÁÒ 99998</p>
425	<p>Èòì òèáçúááè Ì Ì Ì Ì Ù ù á ðì ááò, èí ááá ðì æèèý (ÈÌ ß ÐÀÁÁÍ ÈÁ)? Èòì - èèáí áúá? Haçanda (çaganyň agy) dogulanda kim kömek etdì? Ýene-de kim? Í ÁÐÁ×ÈÑÈÈÓÙ ÁÑÁÓ ÈÈÓ ÈÇ ÑÌ ÈÑÈÁ, Í ÈÁÇÁÁØÈÓ Í Ì Ì Ì Ù Ù Ì ðÈ ðÌ ÁÁÓ</p>	<p>Ì ÁÁÈÓÈÍ ÑÈÈÈ ÐÁÁÍ ÓÍ ÈÈ ÁÐÁ× A Ì ÁÁÑÁÑÒÐÁ/ÁÈÓØÁÐ C Í ÁÍ ÁÁÈÓÈÍ ÑÈÈÈ Í ÁÐÑÍ Í ÁÈ Í Ì ÁÈÁÁÈÚÍ Áß ÁÁÁÈÁ D ÐÌ ÁÑÓÁÁÍ Í ÈÈÈ/ÁÐÓÇÙß E</p> <p>ÁÐÓÁÍ Á ÈÈÓÍ _____ X (ÓÈÁÇÁÓÙ ÈÍ Í ÈÐÁÓÍ Ì) Í ÈÈÓÍ Y</p>	<p>Ì ÁÁÈÓÈÍ ÑÈÈÈ ÐÁÁÍ ÓÍ ÈÈ ÁÐÁ× A Ì ÁÁÑÁÑÒÐÁ/ÁÈÓØÁÐ C Í ÁÍ ÁÁÈÓÈÍ ÑÈÈÈ Í ÁÐÑÍ Í ÁÈ Í Ì ÁÈÁÁÈÚÍ Áß ÁÁÁÈÁ D ÐÌ ÁÑÓÁÁÍ Í ÈÈÈ/ÁÐÓÇÙß E</p> <p>ÁÐÓÁÍ Á ÈÈÓÍ _____ X (ÓÈÁÇÁÓÙ ÈÍ Í ÈÐÁÓÍ Ì) Í ÈÈÓÍ Y</p>	<p>Ì ÁÁÈÓÈÍ ÑÈÈÈ ÐÁÁÍ ÓÍ ÈÈ ÁÐÁ× A Ì ÁÁÑÁÑÒÐÁ/ÁÈÓØÁÐ C Í ÁÍ ÁÁÈÓÈÍ ÑÈÈÈ Í ÁÐÑÍ Í ÁÈ Í Ì ÁÈÁÁÈÚÍ Áß ÁÁÁÈÁ D ÐÌ ÁÑÓÁÁÍ Í ÈÈÈ/ÁÐÓÇÙß E</p> <p>ÁÐÓÁÍ Á ÈÈÓÍ _____ X (ÓÈÁÇÁÓÙ ÈÍ Í ÈÐÁÓÍ Ì) Í ÈÈÓÍ Y</p>

428	<p>Í ðí ááðýe èè èòí-èeáí ñí ñòí ýí eá Áaøááí çáí ðí áúý íí ñeá ðí æááí èý (ÈÌ Ñ ÐÁÁÁÍ ÈÁ) ? (Çaganyň ady) dogulandan soň kimdir biri siziň saglygyňzy barladymy?</p>	<p>ÄÄ 1 Í ÄÓ 2 (Í ÄÐÄËÖË È 433) ←</p>	<p>ÄÄ 1 (Í ÄÐÄËÖË È 434) ← Í ÄÓ 2</p>	<p>ÄÄ 1 (Í ÄÐÄËÖË È 434) ← Í ÄÓ 2</p>	
429	<p>×äðaç ñeíeueí áí æé èèè í áááeu íí ñeá ðí áí á áí äðauá í ðí ááðèèè ñí ñòí ýí eá Áaøááí çáí ðí áúý ? Doguranyňyzdan näçe günden ýa-da hepde-den soň ilkinji gezek siziň saglygyňzy barladylar? ÇÄÍ ÈÐËÖÄ '00' ÄÍ ÄË, ÄÑËÈ Ä ÒÍ Ò ÆÄ ÄÄÍ Û.</p>	<p>ÄÍ È Í Í ÑËÄ ÐÍ ÄÍ Ä 1 Í ÄÄÄËÈ Í Í ÑËÄ ÐÍ ÄÍ Ä Í Ä ÇÍ ÄÄÓ 998</p>			
430	<p>Èòí í ðí ááðýe á òí äðáí ý ñí ñòí ýí eá Áaøááí çáí ðí áúý ? Şol wagt siziň saglygyňzy kim barlady? ÓËÄÇÄÓÛ Í ÄËÄÍ ÈÄÄ ÈÄÄËËÖËËËÐÍ ÄÄÍ Í Í Ä ÈËËË ÈÇ ÑÍ ÈÑËÄ.</p>	<p>Í ÄÄËËËÍ ÑËËË ÐÄÄÍ ÕÍ ÈÈ ÄÐÄ× 1 Í ÄÄÑÄÑÏÐÄ/ÄËËËÐÄËÄ 3 Í ÄÍ ÄÄËËËÍ ÑËËË Í ÄÐÑÍ Í ÄË Í Í ÄËÄÄËÛÍ ÄË ÄÄÄÄÄ 4 ÄÐÏÄËÄ ÈËËÄ 6 (ÓËÄÇÄÓÛ ÈÍ Í ÈÐÄËÍ Í)</p>			

431	<p>Āāā ēī āīīī īđī āāđēēē nī nōī ŷī ēā Āāōāīī čāī đī āūy ? Anyk nirede siziņ saglygyņzyz barladylar?</p>	<p>ĀĪ Ī Ā Ā Ā Ī Ī Ā ĄĀĪ ŪĒĪ Ū 11 Ā ĄĒŌĀĪ Ī Ā Ī Ī Ā 12</p> <p>Ā Ī ĀĀĒŌĒĪ ĒĒĪ Ī Ō×ĐĀĄĀĀĪ ĒĒ ĀĪ ĒĪ ĒŌĀĒŪ 21 ĀĪ ĒĪ ĒŌĀĒŪ Ī ĀŌĀĐĒ Ē ĐĀĀ ... 22 ĒĀČĀĀČ 23 ĄĒĒ 24 ŌĀĪ 25</p> <p>ĀĐŌĀĪ Ā ĀĪ Ē. Ō×ĐĀĄĀ. _____ 26 (ŌĒĀČĀŌŪ ĒĪ Ī ĒĐĀŌĪ Ī)</p> <p>×ĀŌŌĪ ŪĒĪ ĀĀĒŌĒĪ ĒĒĒĒ ĒĀĒŌĪ Đ ×ĀŌ.ĀĪ ĒŪĪ ĒŌĀ/ĒĒĒĪ ĒĒĀ ... 31 ĀĐŌĀĪ Ā ×ĀŌ. Ī ĀĀ.Ō×ĐĀĄĀ. _____ 36 (ŌĒĀČĀŌŪ ĒĪ Ī ĒĐĀŌĪ Ī)</p> <p>ĀĐŌĀĪ Ā _____ 96 (ŌĒĀČĀŌŪ ĒĪ Ī ĒĐĀŌĪ Ī)</p>		
		<p>Ī Ī ĒĒĀĪ ĒĒ ĐĀĀĀĪ Ī Ē ĒĪ β _____</p>	<p>Ī ĐĀĀĪ Ī ĒĒĀĪ ĒĒ ĐĀĀĀĪ Ī Ē ĒĪ β _____</p>	<p>Ī ĐĀĀĪ ĐĀĀĪ Ī ĒĒĀĪ ĒĒ ĐĀĀĀĪ Ī Ē ĒĪ β _____</p>
433	<p>ĀĪ nōāī īāēēēnū ēē ō Āāñ ī āny-ī ūā ā īāđēīā īī nēā đī āāāī ēy (ĒĪ β ĐĀĀĀĪ ĒĀ)? (Çaganyň ady) dogulandan soň siziň aýdaşyňyz düzelipmidi?</p>	<p>ĀĀ 1 (Ī ĀĐĀĒŌĒ Ē 435) ← _____ Ī ĀŌ 2 (Ī ĀĐĀĒŌĒ Ē 436) ← _____</p>		
434	<p>ĀĪ nōāī īāēēēnū ēē ō Āāñ ī āny-ī ūā ā īāđēīā āđāī āī ē ī āāāŌ đī āāāī ēāī (ĒĪ β ĐĀĀĀĪ ĒĀ) ē īī nēāāŌβ ūāē āāđāī āī īī nōūβ ? (Çaganyň ady) dogulandan soň we soňky gŏwreliligiň arasynda siziň aýbaşyňyz düzelipmidi?</p>		<p>ĀĀ 1 Ī ĀŌ 2 (Ī ĀĐĀĒŌĒ Ē 438) ← _____</p>	<p>ĀĀ 1 Ī ĀŌ 2 (Ī ĀĐĀĒŌĒ Ē 438) ← _____</p>
435	<p>Ā ōā-āī ēā nēī ēūēē ī ānyŏā īī nēā đī āāāī ēy (ĒĪ β ĐĀĀĀĪ ĒĀ) ō Āāñ ī ā āī nōāī āāēēāāēēēnū ī āny-ī ūā ? (Çaganyň ady) dogulandan soň nāçe āyŷī dŏwamynda siziň aýbaşyňyz düzelmandi?</p>	<p>Ī ĀŅĒŌŪ <input type="text"/> <input type="text"/> Ī Ā ČĪ ĀĀŌ 98</p>	<p>Ī ĀŅĒŌŪ <input type="text"/> <input type="text"/> Ī Ā ČĪ ĀĀŌ 98</p>	<p>Ī ĀŅĒŌŪ <input type="text"/> <input type="text"/> Ī Ā ČĪ ĀĀŌ 98</p>
436	<p>Ī ĐĪ ĀĀĐĒŌŪ 228: ĀĀĐĀĪ ĀĪ Ī Ā ĒĒ ĄĀĪ ŪĒĪ ĀĀ ĀĀĪ Ī ŪĒĪ Ī Ī ĀĪ Ō?</p>	<p>Ī Ā <input type="text"/> ĀĀĐĀĪ ĀĪ Ī Ā <input type="text"/> ĀĀĐĀ- <input type="text"/> ĒĒĒ Ī Ā ŌĀĀĐĀĪ Ā <input type="text"/> Ī ĀĪ Ī Ā (Ī ĀĐĀĒŌĒ Ē 438) ← _____</p>		

437	<p>ÁŤĈŤáŦŦáèèè èè ÁŮ ĨŦĕŦáŮá náyĉè ĨŦnèá đŦæáŦĕý (ĒĬ ß ĐÁÁÁĬ ĒÁ)? (Çaganyň ady) dogulandan soň, siz jyns gatnaşygyny dowan etdirdiňizmi?</p>	<p>ÄÄ 1 Ŧ ÄŦ 2 (Ŧ ÄĐÁĒŦĒ Ē 439) ←</p>		
438	<p>Á ōá-áŦĕè nĕŦĕüèè Ĩ ányōáá ĨŦnèá đŦæáŦĕý (ĒĬ ß ĐÁÁÁĬ ĒÁ) ÁŮ áŦ çáđđææááèèñú ŦŦ ĨŦĕŦáŦĕ náyĉè ? (Çaganyň ady) dogulandan soň näçe aýyň dowamynda siz jyns gatnaşygyndan saklandyňyz?</p>	<p>Ŧ ÄŦßŦŮ <input type="text"/> Ŧ Ä ÇŦ ÄÄŦ 98</p>	<p>Ŧ ÄŦßŦŮ <input type="text"/> Ŧ Ä ÇŦ ÄÄŦ 98</p>	<p>Ŧ ÄŦßŦŮ <input type="text"/> Ŧ Ä ÇŦ ÄÄŦ 98</p>
439	<p>ĒŦ đĬ èèè èè ÁŮ ĕŦááá-èèáŦ (ĒĬ ß ĐÁÁÁĬ ĒÁ) áđŦáŮp? Siz (Çaganyň ady) haçanda bolsa emdiripdiriňizmi ?</p>	<p>ÄÄ 1 Ŧ ÄŦ 2 (Ŧ ÄĐÁĒŦĒ Ē 444) ←</p>	<p>ÄÄ 1 Ŧ ÄŦ 2 (Ŧ ÄĐÁĒŦĒ Ē 444) ←</p>	<p>ÄÄ 1 Ŧ ÄŦ 2 (Ŧ ÄĐÁĒŦĒ Ē 444) ←</p>
440	<p>ŦŦŦŦŦŦ nĕŦĕüèĕ áđáĬ áŦĕ ĨŦnèá đŦæáŦĕý ÁŮ áŦáđáŮá ĨđèĕŦæèèè (ĒĬ ß ĐÁÁÁĬ ĒÁ) ĕ áđŦáĕ? (Çaganyň ady) dogulandan näçe wagt geçenden soňra ilkinji gerek emdirip başladyňyz. ÄŦĒĒ Ĩ ÄĬ ÄÄ 1 ×ÄŦÄ, ÇÄĬ ĒŦĒŦÄ ĒĬ ĒĒ×ÄŦŦÄŦ Ĩ ĒĬŦŦŦ. ĒĒĒ Ĩ ĒĐŦÄĒĒŦÄ '000' ÄŦĒĒ Ĭ ÄĬ ÄÄĒÄĬ Ĭ Ĭ. ÄŦĒĒ Ĩ ÄĬ ÄÄ 24 ×ÄŦĬ Ä, ÇÄĬ ĒŦĒŦÄ ĒĬ ĒĒ×ÄŦŦÄŦ ×ÄŦĬ Ä. Ä Ĩ ŦŦŦÄĬŦ ŦŦ ŦĒŦ×ÄßŦ ÇÄĬ ĒŦĒŦÄ ĒĬ ĒĒ×ÄŦŦÄŦ ÄĬ ÄĒ.</p>	<p>Ŧ ÄĬ ÄÄĒÄĬ Ĭ Ĭ ... 000 Ŧ ĒĬŦŦŦ 0 <input type="text"/> ×ÄŦŦŦ 1 <input type="text"/> ÄĬ Ē 2 <input type="text"/></p>	<p>Ŧ ÄĬ ÄÄĒÄĬ Ĭ Ĭ ... 000 Ŧ ĒĬŦŦŦ 0 <input type="text"/> ×ÄŦŦŦ 1 <input type="text"/> ÄĬ Ē 2 <input type="text"/></p>	<p>Ŧ ÄĬ ÄÄĒÄĬ Ĭ Ĭ ... 000 Ŧ ĒĬŦŦŦ 0 <input type="text"/> ×ÄŦŦŦ 1 <input type="text"/> ÄĬ Ē 2 <input type="text"/></p>
440A	<p>Ä Ĩ áđáŮá đđè áŦý ĨŦnèá đŦáŦá, áŦ đŦáŦ èèè ááŦá ĨŦĕŦĕŦŦáĕŦ ĕáèè đááŦŦŦđŦŦ, ááááèèèè (ĒĬ ß) -ŦŦ ŦéáŦŦŦ ĨĕŦŦ ĕđŦĬ á áđŦáŦŦáŦ ĨŦĕŦèá? (Çaganyň ady) dogulandan soň ilkinji 3 gün cüýdiňiz zygider gelip başlaýança ene süýdinden başgada haýsydyr bir zat içiripmidiňiz?</p>	<p>ÄÄ 1 Ŧ ÄŦ 2 (Ŧ ÄĐÁĒŦĒ Ē 441) ←</p>	<p>ÄÄ 1 Ŧ ÄŦ 2 (Ŧ ÄĐÁĒŦĒ Ē 441) ←</p>	<p>ÄÄ 1 Ŧ ÄŦ 2 (Ŧ ÄĐÁĒŦĒ Ē 441) ←</p>

440B	<p>×ōī āāāāēē (Ēī ß) īēōū āī ōīāī ēēē ī īēīēī īīōēī dāāōēyōīī?</p> <p>×ōī īīōōū āūā?</p> <p>Sūyīdīñiz yzygiderli gelip başlayança içer ýaly näme berdiñiz?</p> <p>Ene-de haýsy zat?</p> <p>ÇAİ ĒĒĀŌU ĀĒĀ Ī Ōİ Ā×Āİ Ī Ī Ā.</p>	<p>İ Ī ĒĒĒĒĒ (İ Ī Ī Ā ĀŌŌĀİ Ī Ā) A</p> <p>ĀĪ ĀĀ B</p> <p>ĀĪ ĀĀ Ñ ÑĀŌĀĐĪ Ī ĒĒĒ C</p> <p>ĀĒĐĒĒ ÇĪ Ē C</p> <p>ĀĪ ĀĀ D</p> <p>ŌĪ ĐĪ ŌĒĀ Ñ ÑĪ ĒŪĐ Ē ÑĀŌĀĐĪ Ī E</p> <p>ŌĐŌĒŌĪ ĀŪĒ ĒĪ Ē C</p> <p>ĀĀŌĒĒĒ Ā Ī ĒŌĀİ ĒĀ D</p> <p>×ĀĒ/ÑĪ ĀĒĒ E</p> <p>Ī ĀĀ E</p> <p>ĀĐŌĀİ Ā _____ X (ŌĒĀÇĀŌU ĒĪ Ī ĒĀŌĪ Ī)</p>	<p>İ Ī ĒĒĒĒĒ (İ Ī Ī Ā ĀŌŌĀİ Ī Ā) A</p> <p>ĀĪ ĀĀ B</p> <p>ĀĪ ĀĀ Ñ ÑĀŌĀĐĪ Ī ĒĒĒ C</p> <p>ĀĒĐĒĒ ÇĪ Ē C</p> <p>ĀĪ ĀĀ D</p> <p>ŌĪ ĐĪ ŌĒĀ Ñ ÑĪ ĒŪĐ Ē ÑĀŌĀĐĪ Ī E</p> <p>ŌĐŌĒŌĪ ĀŪĒ ĒĪ Ē C</p> <p>ĀĀŌĒĒĒ Ā Ī ĒŌĀİ ĒĀ D</p> <p>×ĀĒ/ÑĪ ĀĒĒ E</p> <p>Ī ĀĀ E</p> <p>ĀĐŌĀİ Ā _____ X (ŌĒĀÇĀŌU ĒĪ Ī ĒĀŌĪ Ī)</p>	<p>İ Ī ĒĒĒĒĒ (İ Ī Ī Ā ĀŌŌĀİ Ī Ā) A</p> <p>ĀĪ ĀĀ B</p> <p>ĀĪ ĀĀ Ñ ÑĀŌĀĐĪ Ī ĒĒĒ C</p> <p>ĀĒĐĒĒ ÇĪ Ē C</p> <p>ĀĪ ĀĀ D</p> <p>ŌĪ ĐĪ ŌĒĀ Ñ ÑĪ ĒŪĐ Ē ÑĀŌĀĐĪ Ī E</p> <p>ŌĐŌĒŌĪ ĀŪĒ ĒĪ Ē C</p> <p>ĀĀŌĒĒĒ Ā Ī ĒŌĀİ ĒĀ D</p> <p>×ĀĒ/ÑĪ ĀĒĒ E</p> <p>Ī ĀĀ E</p> <p>ĀĐŌĀİ Ā _____ X (ŌĒĀÇĀŌU ĒĪ Ī ĒĀŌĪ Ī)</p>
441	<p>İ ĐĪ ĀĀĐĒŌŪ 404:</p> <p>ÆĒĀ ĒĒ ĐĀĀĀİ Ī Ē?</p>	<p>ÆĒĀ <input type="checkbox"/> Ī Ā ÆĒĀ <input type="checkbox"/></p> <p>(İ ĀĐĀĒŌĒ Ē 443) ←</p>	<p>ÆĒĀ <input type="checkbox"/> Ī Ā ÆĒĀ <input type="checkbox"/></p> <p>(İ ĀĐĀĒŌĒ Ē 443) ←</p>	<p>ÆĒĀ <input type="checkbox"/> Ī Ā ÆĒĀ <input type="checkbox"/></p> <p>(İ ĀĐĀĒŌĒ Ē 443) ←</p>
442	<p>Ēī ōī ēōā ēē Āū (Ēī ß ĐĀĀĀİ ĒĀ) āī ñēō īī ō āōōāūp?</p> <p>(Çaganyň ady) siz häzire çenli emdirýärsiňizmi?</p>	<p>ĀĀ 1 (İ ĀĐĀĒŌĒ Ē 445) ←</p> <p>Ī ĀŌ 2</p>	<p>ĀĀ 1 (İ ĀĐĀĒŌĒ Ē 445) ←</p> <p>Ī ĀŌ 2</p>	<p>ĀĀ 1 (İ ĀĐĀĒŌĒ Ē 445) ←</p> <p>Ī ĀŌ 2</p>
443	<p>Ā ōā-āī ēē ñēī ēūēēō ī āñyōāā Āū ēī ōī ēēē (Ēī ß ĐĀĀĀİ ĒĀ) āōōāūp?</p> <p>(Çaganyň ady) siz häçe aýyň dowamynda emdirýärsiňizmi?</p>	<p>Ī ĀÑĒŌŪ <input type="checkbox"/></p> <p>Ī Ā ÇĪ ĀĀŌ 98</p>	<p>Ī ĀÑĒŌŪ <input type="checkbox"/></p> <p>Ī Ā ÇĪ ĀĀŌ 98</p>	<p>Ī ĀÑĒŌŪ <input type="checkbox"/></p> <p>Ī Ā ÇĪ ĀĀŌ 98</p>
		<p>İ Ī ÑĒĀĪ ĒĒ ĐĀĀĀİ Ī Ē</p> <p>Ēī ß _____</p>	<p>İ ĐĀĀİ Ī ÑĒĀĪ ĒĒ ĐĀĀĀİ Ī Ē</p> <p>Ēī ß _____</p>	<p>İ ĐĀĀİ ĐĀĀİ Ī ÑĒĀĪ ĒĒ ĐĀĀĀİ Ī Ē</p> <p>Ēī ß _____</p>







<p>Ñeĩ eueĩ ðaç á-àðà à òá-áí eá áí ý è íí ÷è ááááèè (ÈÌ ß ÐÁÁÁÍ ÈÁ) ñeááòpúeá ìðí àòeòú? Düýn (çaganyň ady) güňüň dowamynda we gije näçe gezek agzalan ýmit berildi?</p> <p>Át äó ? Suw? ×æé? Çay? Áäonëĩ á ìeòáí eá (çai áí eòáèè áðóáí íáí ì íeĩ eá)? Çaga ýmit (ene süýdini çalyşýan ýmitler)? Ì íeĩ ÷ í úá ì ðí àòeòú (òáeúí í á, èí í ñáðáeðí ááí í í á, ìí ðí ðeĩ áí á èèè ñááæáá ì í eĩ eĩ)? Süýt önümleri (goýmagy alynmadyk süýt, konserwirlenen, poroşok gözñüşde ýa-da täze sagylan süýt)? Öðeòí áúé ñíé ? Miwe şiresi? Áðóáèá ðeĩ ú æeáèí ñeè, òáèèá eáè eáèáí , í áí eòèè (èí eá-èí eá, ñí ðáeò), æeáèèè ñóí ? suwuklyklaryň beýleki görnüşleri kakao ýaly, içgiler (koko-kola, sprayt) suwuk çorba? Öeáá, ì ó-í úá è ì áeáðí í í úá eçááèèý? Nan, un we makaron önümleri? Áeþáá, ì ðeáí ðí áeáí í úá eç eðóí [í áí ðeì áð, í ányí eá, ðeñ, áðá-eá, ì áí eá, ì øáí eá] ? Ýarmadan taýarlanan nahar (mysal üçin şüle ýarmasy, tüwi, greçka, mannyý ýarmasy, şaly ýarmasy)? Öúeáá, eááá-eè, ñááèèá, ì ì ðeĩ áú, eáðòí òáeú, eáí òñoá? Kádi, kabaçoklar, şugundyr, käşir, kartoşka, kelem? Èí í òáòú, ñeááí ñeè ? Kemputlar, süýjiler? Çæeáí ú: ñæeáò, eèðí í, çæeáí úé eòé ? Gök: salat, ukrop, ýaşyl sogan?</p>	<p>Ì Í ÑEÁÁÍ ÈÁ 7 ÁÍ ÁÈ</p> <p>È Í ÈÈ×ÁÑOÁÍ ÁÍ ÁÈ</p>	<p>Á×ÁÐÁ/ Ì ÐÍ ØEÍ È Ì Í ×ÙÞ</p> <p>È Í ÈÈ×ÁÑOÁÍ ÐAÇ</p>	<p>Ì Í ÑEÁÁ- Í ÈÁ 7 ÁÍ ÁÈ</p> <p>È Í ÈÈ×ÁÑOÁÍ ÁÍ ÁÈ</p>	<p>Á×ÁÐÁ/ Ì ÐÍ ØEÍ È Ì Í ×ÙÞ</p> <p>È Í ÈÈ×ÁÑOÁÍ ÐAÇ</p>	<p>Ì Í ÑEÁÁÍ ÈÁ 7 ÁÍ ÁÈ</p> <p>È Í ÈÈ×ÁÑOÁÍ ÁÍ ÁÈ</p>	<p>Á×ÁÐÁ/ Ì ÐÍ ØEÍ È Ì Í ×ÙÞ</p> <p>È Í ÈÈ×ÁÑOÁÍ ÐAÇ</p>
<p>Öðeòú è í áí úe [í áí ðeì áð, ýáeĩ èè, áðóøè, öðeòí áí-í áí úí úá ì þðá, ì í í eáí ðú] ? Miweler we gök önümler (mysal üçin: alma, armyt, gök önüm we miwe pýureleri, pomidor)? Ì ýñí, áí ì áøí ýý ì eèòá, ýeèá? Èí, öý guşy, ýumurtga? Ðúáá, ì í ðáí ðí àòeòú? Balyk deňiz önümleri?</p>						

	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; flex-direction: column; justify-content: center; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 80%; height: 40%;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 80%; height: 40%;"></div> </div>	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; flex-direction: column; justify-content: center; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 80%; height: 40%;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 80%; height: 40%;"></div> </div>	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; flex-direction: column; justify-content: center; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 80%; height: 40%;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 80%; height: 40%;"></div> </div>	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; flex-direction: column; justify-content: center; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 80%; height: 40%;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 80%; height: 40%;"></div> </div>	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; flex-direction: column; justify-content: center; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 80%; height: 40%;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 80%; height: 40%;"></div> </div>	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; flex-direction: column; justify-content: center; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 80%; height: 40%;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 80%; height: 40%;"></div> </div>
<p>449</p> <p>Ñet euef ðaç iðeref ae (Eİ B ÐAAAİ EA) oaadaop eee ðanof e=af iop i'euo a=ada e i'oi oaáøae i i=up ? Dün agşam hem-de geçen gije dowamyndan näçe gezek (çaganyň ady) gaty ýa-da owradylan imit bilen imitlendi? ÄÑEE 7 EEE AT EAA ÐAÇ, ÇAT EØEÖÄ '7'. ÄÑEE İ A Ç İ AÄÖ, ÇAT EØEÖÄ '8'.</p>	<p>Eİ EE×ÄÑÖAT ÐAÇ <input type="text"/></p> <p>İ A Ç İ AÄÖ 8</p>	<p>Eİ EE×ÄÑÖAT ÐAÇ <input type="text"/></p> <p>İ A Ç İ AÄÖ 8</p>	<p>Eİ EE×ÄÑÖAT ÐAÇ <input type="text"/></p> <p>İ A Ç İ AÄÖ 8</p>			
<p>450</p>	<p>ÄÄĐİ ÖÖÜÑB È 405 Ä ÑEÄÄÖPÜÄİ ÑÖT EÄÖÄ; EEE , ÄÑEE ÄT EUØÄ İ ÄÖ ÄÄÖÄÉ, İ ÄÐÄÉÖE È 451.</p>	<p>ÄÄĐİ ÖÖÜÑB È 405 Ä ÑEÄÄÖPÜÄİ ÑÖT EÄÖÄ; EEE , ÄÑEE ÄT EUØÄ İ ÄÖ ÄÄÖÄÉ, İ ÄÐÄÉÖE È 451.</p>	<p>ÄÄĐİ ÖÖÜÑB È 405 Ä ÑEÄÄÖPÜÄİ ÑÖT EÄÖÄ; EEE , ÄÑEE ÄT EUØÄ İ ÄÖ ÄÄÖÄÉ, İ ÄÐÄÉÖE È 451.</p>			

РАЗДЕЛ 4В. ВАКЦИНАЦИЯ И ЗДОРОВЬЕ РЕБЕНКА

451	ΑΓ ΑΝΘΕ Α ΟΑΑΕΕΟΘ ΕΙ Β Ε Γ Τ Τ ΑΔ ΕΕΓ ΕΕ ΑΕΒ ΕΑΕΑΤ ΑΤ ΑΕΑΤ ΑΤ ΔΑΑΑΓ ΕΑ, ΔΤ ΑΕΑΘΑΑΤ ΝΒ Ν ΒΓ ΑΑΒΒ 1995. ÇΑΑΑΟΥ ΑΤ Τ ΔΤ ΝΟΥ Τ ΕΑΕΑΤ Τ ΕÇ Γ ΕΘ, Γ Α×ΕΓ ΑΒ Ν ΔΤ ΑΕΑΘΑΑΤ ΝΒ Τ Τ ΝΕΑΑΓ ΕΙ .			
452	Γ Τ Τ ΑΔ ΕΕΓ ΕΕ ΕÇ 212	Τ Τ ΝΕΑΑΓ ΕΕ ΔΑΑΑΓ Τ Ε Γ Τ Τ ΑΔ ΕΕΓ ΕΕ <input type="text"/> <input type="text"/>	Τ ΔΑΑ Τ Τ ΝΕΑΑΓ ΕΕ ΔΑΑΑΓ Τ Ε Γ Τ Τ ΑΔ ΕΕΓ ΕΕ <input type="text"/> <input type="text"/>	Τ ΔΑΑ Τ ΔΑΑ Τ Τ ΝΕΑΑΓ ΕΕ ΔΑΑΑΓ Τ Ε Γ Τ Τ ΑΔ ΕΕΓ ΕΕ <input type="text"/> <input type="text"/>
453	Γ ΑΔΑΤ ΕΝΑΟΥ ΕÇ 217 Ε 219	ΕΙ Β _____ ΑΕΕΑ <input type="text"/> ↓ Γ Α ΑΕΕΑ <input type="text"/> ↓ (Γ ΑΔΑΕΘΕ Ε 453 ΑΕΒ ΝΕΑΑΟΠΟΑΑ Τ ΝΟΤ ΕΑΟΑ, ΑΝΕΕ Γ ΑΟ ΑΑΟΑΕ Τ ΑΔΑΕΘΕ Ε 481)	ΕΙ Β _____ ΑΕΕΑ <input type="text"/> ↓ Γ Α ΑΕΕΑ <input type="text"/> ↓ (Γ ΑΔΑΕΘΕ Ε 453 ΑΕΒ ΝΕΑΑΟΠΟΑΑ Τ ΝΟΤ ΕΑΟΑ, ΑΝΕΕ Γ ΑΟ ΑΑΟΑΕ Τ ΑΔΑΕΘΕ Ε 481)	ΕΙ Β _____ ΑΕΕΑ <input type="text"/> ↓ Γ Α ΑΕΕΑ <input type="text"/> ↓ (Γ ΑΔΑΕΘΕ Ε 453 ΑΕΒ ΝΕΑΑΟΠΟΑΑ Τ ΝΟΤ ΕΑΟΑ, ΑΝΕΕ Γ ΑΟ ΑΑΟΑΕ Τ ΑΔΑΕΘΕ Ε 481)
454	Γ ðεΓει äε èε (ΕΙ Β ΔΑΑΑΓ ΕΑ) äεðαι èΓ Α èèè Τ Τ èèäèðαι èΓ Ù ä ðä-äΓ èè Τ Τ ηεäαι èö 6 ì änyöäá? Soňky 6 äýŷň içinde vitamin A ýa-da poliwitamin kabul etdiňizmi (çagaň ady)?	ΑΑ 1 Γ ΑΟ 2 Γ Α ÇΓ ΑΑΟ 8	ΑΑ 1 Γ ΑΟ 2 Γ Α ÇΓ ΑΑΟ 8	ΑΑ 1 Γ ΑΟ 2 Γ Α ÇΓ ΑΑΟ 8
455	ΕΙ äáony èè ö Άαη äΓ ì ä èðòΓ -èä, äää öéaçáΓ ì èäèèä ì ðèäèäèè è èΓ äää ääèèèèñŷ (ΕΙ Β ΔΑΑΑΓ ΕΑ)? ΑΝΕΕ ΑΑ: Γ ì äöä èè ΆÙ Τ Τ èaçäöü ää ì ì ä? Siziň öýüňizde sanjymyň haçan we nä wagt edilenligi barada hat barmy (çagaň ady). Bar bolsa: Siz görkezip bilersiňizmi?	ΑΑ, Γ Τ ΕΑÇΟΑΑΑΟ ΕΑΔΟΤ ×ΕΟ 1 (Γ ΑΔΑΟΤ Α Ε 457) ←----- ΑΑ, Γ Τ ΕΑΔΟΤ ×ΕΟ Γ Α Τ Τ ΕΑÇΟΑΑΑΟ 2 (Γ ΑΔΑΟΤ Α Ε 463) ←----- ΕΑΔΟΤ ×ΕΕ Γ ΑΟ 3	ΑΑ, Γ Τ ΕΑÇΟΑΑΑΟ ΕΑΔΟΤ ×ΕΟ 1 (Γ ΑΔΑΟΤ Α Ε 457) ←----- ΑΑ, Γ Τ ΕΑΔΟΤ ×ΕΟ Γ Α Τ Τ ΕΑÇΟΑΑΑΟ 2 (Γ ΑΔΑΟΤ Α Ε 463) ←----- ΕΑΔΟΤ ×ΕΕ Γ ΑΟ 3	ΑΑ, Γ Τ ΕΑÇΟΑΑΑΟ ΕΑΔΟΤ ×ΕΟ 1 (Γ ΑΔΑΟΤ Α Ε 457) ←----- ΑΑ, Γ Τ ΕΑΔΟΤ ×ΕΟ Γ Α Τ Τ ΕΑÇΟΑΑΑΟ 2 (Γ ΑΔΑΟΤ Α Ε 463) ←----- ΕΑΔΟΤ ×ΕΕ Γ ΑΟ 3
456	ΆÙèä èè ö Άαη èΓ äää-èèáΓ èäðòΓ -èä äèý ì ðèäèèáΓ è (ΕΙ Β ΔΑΑΑΓ ΕΑ)? Sizde haçan - hem bolsa sanjym barada hat barmydy (çagaň ady)?	ΑΑ 1 (Γ ΑΔΑΟΤ Α Ε 463) ←----- Γ ΑΟ 2	ΑΑ 1 (Γ ΑΔΑΟΤ Α Ε 463) ←----- Γ ΑΟ 2	ΑΑ 1 (Γ ΑΔΑΟΤ Α Ε 463) ←----- Γ ΑΟ 2

457	(1) Ἰ ΑΔΑΥ ΕΝΑΟΥ ΑΑΟΥ Ἰ ΔΕΑΕΑΤ Ε ΑΕΒ ΕΑΕΑΤ Ε ΑΕΟΕΙ Ο ΕÇ Ἰ ΔΑΑΤ ΝΟΑΑΕΑΓ Ἰ Ἰ Ε ΕΑΔΟΤ ×ΕΕ. (2) ÇΑΥ ΕΝΑΟΥ '44' Α ΝΟΤ ΕΑΟΑ ' ΑΑΓ Ο' Ἰ ΔΕΑΕΑΤ Ε Α ΟΤ Ἰ ΝΕΟ×ΑΑ, ΑΝΕΕ Ἰ ΔΕΑΕΑΕΑ ΑΟΕΑ ΝΑΑΕΑΓ Α, Ἰ Ἰ ΑΑΟΑ ΑΤ Ἰ ΑΟΥΑ Ἰ Α ΟΕΑÇΑΓ Α			
	ΟΕΥ ΑΑΕΟΕΓ ΑΟΕΕ ΑΟΕ Ἰ Ἰ ΕΕΤ 0 - Α ΔΤ ΑΑΤ Ἰ Α (Ἰ 0) Ἰ Ἰ ΕΕΤ 1 (Ἰ 1) Ἰ Ἰ ΕΕΤ 2 (Ἰ 2) Ἰ Ἰ ΕΕΤ 3 (Ἰ 3) ΑΕΑΝ/ΑΑΝ 1 (Α1) ΑΕΑΝ/ΑΑΝ 2 (Α2) ΑΕΑΝ/ΑΑΝ 3 (Α3) ΑΕΑΝ/ΑΑΝ 4 (Α4) Ἰ ΔΕΑΕΑΕΑ Ἰ ΔΤ ΟΕΑ ΕΤ ΔΕ Ἰ ΔΕΑΕΑΕΑ Ἰ ΔΤ ΟΕΑ ΥΙ ΕΑ. Ἰ ΑΔΤ ΟΕΟΑ Ἰ ΔΕΑΕΑΕΑ Ἰ ΔΤ ΟΕΑ ΑΑΤ ΑΟΕΟΑ Β (Α1) Ἰ ΔΕΑΕΑΕΑ Ἰ ΔΤ ΟΕΑ ΑΑΤ ΑΟΕΟΑ Β (Α2) Ἰ ΔΕΑΕΑΕΑ Ἰ ΔΤ ΟΕΑ ΑΑΤ ΑΟΕΟΑ Β (Α3)	ΑΑΓ Ο Ἰ ΑΝΒΟ ΑΤ Α ΑΟΕ Ἰ 0 Ἰ 1 Ἰ 2 Ἰ 3 Α1 Α2 Α3 Α4 ΕΤ ΔΟΥ Ἰ ΑΔΤ ΟΕΟ ΑΑΤ ΑΟΕΟ Β (Α1) . ΑΑΤ ΑΟΕΟ Β (Α2) . ΑΑΤ ΑΟΕΟ Β (Α3) .	ΑΑΓ Ο Ἰ ΑΝΒΟ ΑΤ Α ΑΟΕ Ἰ 0 Ἰ 1 Ἰ 2 Ἰ 3 Α1 Α2 Α3 Α4 ΕΤ ΔΟΥ Ἰ ΑΔΤ ΟΕΟ ΑΑΤ ΑΟΕΟ Β (Α1) . ΑΑΤ ΑΟΕΟ Β (Α2) . ΑΑΤ ΑΟΕΟ Β (Α3) .	ΑΑΓ Ο Ἰ ΑΝΒΟ ΑΤ Α ΑΟΕ Ἰ 0 Ἰ 1 Ἰ 2 Ἰ 3 Α1 Α2 Α3 Α4 ΕΤ ΔΟΥ Ἰ ΑΔΤ ΟΕΟ ΑΑΤ ΑΟΕΟ Β (Α1) . ΑΑΤ ΑΟΕΟ Β (Α2) . ΑΑΤ ΑΟΕΟ Β (Α3) .

458	<p>Í t é o = ä e (ä) è e (È Ì ß Ð Á Á Á Í È Á) è ä è ä - è è ä í ð è ä è ä è è, è í o í ð ú ä í á í o í ä = á í ú ä ä ä ð o í = è ä, ä è è þ = ä ý í ð è ä è ä è è í t é o = ä í í ú ä ä ä ä í ú è í í o í è ç ä è è ?</p> <p>Sanjym hatynda edillen sanjymyň bellegenmedigi bamy, soňky sanjym hem girýär?</p> <p>Ç A Í È N A O U ' A A ' O Í E U E Í A O Í Í Ñ È Ó × Á Á , Á Ñ È È O Í T Í È Í A Þ O Ñ ß O A È È Á Á A È O E Í Ú , È A È A O È , Í T È È T O - 3 , Á È A Ñ 1 - 3 , Í Ð T O E Á T È T Ð Á Á A B Á A È O E Í A , Í Ð T O E Á Á Á T A O E O A B È / È È È Í A Ð T O E O A</p>	<p>Á Á 1 (Á Á Ð Í Ó Ó U Ñ ß È 4 5 7 È Ç A Í È N A O U ←) ' 6 6 ' Á Á Ð A O Á , Ñ T Í O Á Á O Ñ O Á O Þ Ú A È A Í Þ) Í Á Ó 2 Í Á Ç Í Á Á Ó 8</p>	<p>Á Á 1 (Á Á Ð Í Ó Ó U Ñ ß È 4 5 7 È Ç A Í È N A O U ←) ' 6 6 ' Á Á Ð A O Á , Ñ T Í O Á Á O Ñ O Á O Þ Ú A È A Í Þ) Í Á Ó 2 Í Á Ç Í Á Á Ó 8</p>	<p>Á Á 1 (Á Á Ð Í Ó Ó U Ñ ß È 4 5 7 È Ç A Í È N A O U ←) ' 6 6 ' Á Á Ð A O Á , Ñ T Í O Á Á O Ñ O Á O Þ Ú A È A Í Þ) Í Á Ó 2 Í Á Ç Í Á Á Ó 8</p>
	<p>Í T Ñ È Á Á Í È È Ð Á Á Á Í T È</p> <p>È Ì ß _____</p>	<p>Í Ð Á Á T Í Ñ È Á Á Í È È Ð Á Á Á Í T È</p> <p>È Ì ß _____</p>	<p>Í Ð Á Á T Ð Á Á T Í Ñ È Á Á Í È È Ð Á Á Á Í T È</p> <p>È Ì ß _____</p>	
463	<p>Á Ú è ä è í t á Ú o á í í ä ý o á í í á ð a o o ð a ó (È Ì ß Ð Á Á Á Í È Á) è í ä ä ä - è è ä í ä o ä - á í è ä í t ñ è ä ä í è o 2 í ä ä ä è ú ?</p> <p>Soňky 2 hepdäniň içinde (çagaň ady) gyzgyny galdymy?</p>	<p>Á Á 1 Í Á Ó 2 Í Á Ç Í Á Á Ó 8</p>	<p>Á Á 1 Í Á Ó 2 Í Á Ç Í Á Á Ó 8</p>	<p>Á Á 1 Í Á Ó 2 Í Á Ç Í Á Á Ó 8</p>
464	<p>Á Ú è è è ä o ä è ú ó (È Ì ß Ð Á Á Á Í È Á) ä o ä - á í è ä í t ñ è ä ä í è o 2 í ä ä ä è ú ?</p> <p>Soňky 2 hepdäniň içinde (çagaň ady) üsgülewük boldymy?</p>	<p>Á Á 1 Í Á Ó 2 Í Á Ç Í Á Á Ó 8 (Í Á Ð Á O T Á È 4 6 6) ←</p>	<p>Á Á 1 Í Á Ó 2 Í Á Ç Í Á Á Ó 8 (Í Á Ð Á O T Á È 4 6 6) ←</p>	<p>Á Á 1 Í Á Ó 2 Í Á Ç Í Á Á Ó 8 (Í Á Ð Á O T Á È 4 6 6) ←</p>
465	<p>Á o í ä ð ä í ý , è í ä ä ä ó (È Ì ß Ð Á Á Á Í È Á) á Ú è è ä o ä è ú , í o í ä = ä è è è Á Ú , = o í ó í ä ä í ä Ú è í o è í ð í = á í í t ä è = ä ñ o í ä ä Ú o á í è ä ?</p> <p>Siz syn etdiňizmi üsgülewük bolan ýagdaýynda dem alyşy ýygy we gysga boldymy?</p>	<p>Á Á 1 Í Á Ó 2 Í Á Ç Í Á Á Ó 8</p>	<p>Á Á 1 Í Á Ó 2 Í Á Ç Í Á Á Ó 8</p>	<p>Á Á 1 Í Á Ó 2 Í Á Ç Í Á Á Ó 8</p>
466	<p>Í Ð T Á Á Ð È O È 4 6 3 È 4 6 4:</p> <p>Í T Á Ú O Á Í Í A B O Á Í Í Á Ð A O O Ð A È È È È Á O Ä È Ú ?</p>	<p>" Á Á " Á 4 6 3 È È È 4 6 4 Í Á O Í Á Ç Í Á Á Ó</p> <p></p> <p></p> <p>(Í Á Ð Á È O È È 4 7 2)</p>	<p>" Á Á " Á 4 6 3 È È È 4 6 4 Í Á O Í Á Ç Í Á Á Ó</p> <p></p> <p></p> <p>(Í Á Ð Á È O È È 4 7 2)</p>	<p>" Á Á " Á 4 6 3 È È È 4 6 4 Í Á O Í Á Ç Í Á Á Ó</p> <p></p> <p></p> <p>(Í Á Ð Á È O È È 4 7 2)</p>

467	<p>Τ άδαυαεένυ έε Άυ çà έτ ί νόευαοεάε έεε έα-άí έαί ίτ ίτ άτ άο çáτ έάάáí έý ? Siz kesel üçin konsultatsíya ýa-da bejergi almak barada ýüz tutdyňyzmy?</p>	<p>ΆΆ 1 Γ ΆΟ 2 (Γ ΆΔΆΕΟΕ Ε 472) ←</p>	<p>ΆΆ 1 Γ ΆΟ 2 (Γ ΆΔΆΕΟΕ Ε 472) ←</p>	<p>ΆΆ 1 Γ ΆΟ 2 (Γ ΆΔΆΕΟΕ Ε 472) ←</p>
467A	<p>Έάεά ί όεçí áεε έεε νέι ίοτí υ çáñoááεεε Άáñ ί άάαεουny çá έτ ί νόευαοεάεé/ έá-άí έαί ? Haýsy sebäpler sizi konsultasiya, bejergä ýüz tutmaga mejbur etdi?</p>	<p>ΕΤ ΆΑΑ Ο Γ ΑΑΤ / Γ ΑΑ: ÇΑΑΕΟ Γ Τ Ν A Γ ΑΔΟΘΑΓ ΝΤ Γ /ΑΤ Τ ΑΘΕΟ B Τ Τ ΑΥΘΑΓ Γ ΑΒ ΟΑΙ Τ ΑΔΑΟΘΔ C Ο×ΑΥΑΓ Γ Τ Α ΑΥΟΑΓ ΕΑ D Τ ΘΤ ΑΤ ΕΛΕΟΑΕΥΓ ΑΒ ΑΤ ΕΑÇ Γ Υ E ΆΔΟΑΤ Ά X (ΟΕΑÇΑΟΥ ΕΤ Γ ΕΔΑΟΓ Τ) Γ Α Ç Γ ΑΑΟ Z</p>	<p>ΕΤ ΆΑΑ Ο Γ ΑΑΤ / Γ ΑΑ: ÇΑΑΕΟ Γ Τ Ν A Γ ΑΔΟΘΑΓ ΝΤ Γ /ΑΤ Τ ΑΘΕΟ B Τ Τ ΑΥΘΑΓ Γ ΑΒ ΟΑΙ Τ ΑΔΑΟΘΔ C Ο×ΑΥΑΓ Γ Τ Α ΑΥΟΑΓ ΕΑ D Τ ΘΤ ΑΤ ΕΛΕΟΑΕΥΓ ΑΒ ΑΤ ΕΑÇ Γ Υ E ΆΔΟΑΤ Ά X (ΟΕΑÇΑΟΥ ΕΤ Γ ΕΔΑΟΓ Τ) Γ Α Ç Γ ΑΑΟ Z</p>	<p>ΕΤ ΆΑΑ Ο Γ ΑΑΤ / Γ ΑΑ: ÇΑΑΕΟ Γ Τ Ν A Γ ΑΔΟΘΑΓ ΝΤ Γ /ΑΤ Τ ΑΘΕΟ B Τ Τ ΑΥΘΑΓ Γ ΑΒ ΟΑΙ Τ ΑΔΑΟΘΔ C Ο×ΑΥΑΓ Γ Τ Α ΑΥΟΑΓ ΕΑ D Τ ΘΤ ΑΤ ΕΛΕΟΑΕΥΓ ΑΒ ΑΤ ΕΑÇ Γ Υ E ΆΔΟΑΤ Ά X (ΟΕΑÇΑΟΥ ΕΤ Γ ΕΔΑΟΓ Τ) Γ Α Ç Γ ΑΑΟ Z</p>
468	<p>Έόάά Άυ ί άδαυαεένυ çá έτ ί νόευαοεάε ε (έεε) έá-άí έαί ? Έόάά-έεάί άυά? Konsultasiya ýa-da bejergi üçin siz nirä ýüz tutdyňyz? <i>Başga nirä?</i> Τ ΟΙ ΑΘΕΟΥ ΑΝΑ Τ ΑΔΑ×ΕΝΕΑΓ Γ ΟΑ Ο×ΔΆΕΑΑΓ ΕΒ.</p>	<p>ΑΤ ΝΟΑΑΘΝΟΑΑΓ Γ ΟΕ ΝΑΕΟΤ Θ ΑΤ ΝΙ ΕΟΑΕΥ A ΝΑÇΥΑΑÇ B ΑΤ ΟΑΕΑ E ΆΔΟΑΤ Ά ΑΤ Ν. Ο×ΔΆΕΑ. F (ΟΕΑÇΑΟΥ ΕΤ Γ ΕΔΑΟΓ Τ) ×ΑΝΟΓ ΟΕ Τ ΑΑΕΟΕΓ ΝΕΕΕ ΝΑΕΟΤ Θ ×ΑΝΟ. ΑΤ ΕΥΓ ΕΟΑ/ΕΕΕΓ ΕΕΑ G ×ΑΝΟ.ΑΤ ΟΑΕΑ H ×ΑΝΟΓ ΟΕ ΑΔΑ× I ΆΔΟΑΤ Ά ×ΑΝΟ. Τ ΑΑ. Ο×ΔΆΕΑ. J (ΟΕΑÇΑΟΥ ΕΤ Γ ΕΔΑΟΓ Τ) ΆΔΟΑΤ Ε ΕΝΟΤ ×Γ ΕΕ Ç Γ ΑΟΑΘΥ K ΆΔΟΑΤ Ά X (ΟΕΑÇΑΟΥ ΕΤ Γ ΕΔΑΟΓ Τ)</p>	<p>ΑΤ ΝΟΑΑΘΝΟΑΑΓ Γ ΟΕ ΝΑΕΟΤ Θ ΑΤ ΝΙ ΕΟΑΕΥ A ΝΑÇΥΑΑÇ B ΑΤ ΟΑΕΑ E ΆΔΟΑΤ Ά ΑΤ Ν. Ο×ΔΆΕΑ. F (ΟΕΑÇΑΟΥ ΕΤ Γ ΕΔΑΟΓ Τ) ×ΑΝΟΓ ΟΕ Τ ΑΑΕΟΕΓ ΝΕΕΕ ΝΑΕΟΤ Θ ×ΑΝΟ. ΑΤ ΕΥΓ ΕΟΑ/ΕΕΕΓ ΕΕΑ G ×ΑΝΟ.ΑΤ ΟΑΕΑ H ×ΑΝΟΓ ΟΕ ΑΔΑ× I ΆΔΟΑΤ Ά ×ΑΝΟ. Τ ΑΑ. Ο×ΔΆΕΑ. J (ΟΕΑÇΑΟΥ ΕΤ Γ ΕΔΑΟΓ Τ) ΆΔΟΑΤ Ε ΕΝΟΤ ×Γ ΕΕ Ç Γ ΑΟΑΘΥ K ΆΔΟΑΤ Ά X (ΟΕΑÇΑΟΥ ΕΤ Γ ΕΔΑΟΓ Τ)</p>	<p>ΑΤ ΝΟΑΑΘΝΟΑΑΓ Γ ΟΕ ΝΑΕΟΤ Θ ΑΤ ΝΙ ΕΟΑΕΥ A ΝΑÇΥΑΑÇ B ΑΤ ΟΑΕΑ E ΆΔΟΑΤ Ά ΑΤ Ν. Ο×ΔΆΕΑ. F (ΟΕΑÇΑΟΥ ΕΤ Γ ΕΔΑΟΓ Τ) ×ΑΝΟΓ ΟΕ Τ ΑΑΕΟΕΓ ΝΕΕΕ ΝΑΕΟΤ Θ ×ΑΝΟ. ΑΤ ΕΥΓ ΕΟΑ/ΕΕΕΓ ΕΕΑ G ×ΑΝΟ.ΑΤ ΟΑΕΑ H ×ΑΝΟΓ ΟΕ ΑΔΑ× I ΆΔΟΑΤ Ά ×ΑΝΟ. Τ ΑΑ. Ο×ΔΆΕΑ. J (ΟΕΑÇΑΟΥ ΕΤ Γ ΕΔΑΟΓ Τ) ΆΔΟΑΤ Ε ΕΝΟΤ ×Γ ΕΕ Ç Γ ΑΟΑΘΥ K ΆΔΟΑΤ Ά X (ΟΕΑÇΑΟΥ ΕΤ Γ ΕΔΑΟΓ Τ)</p>
472	<p>Άυε έε ó (ΕΓ Β ΔΆΑΑΓ ΕΑ) ίτ ίτñ çá ίτñεάáí έá 2 ίάάέε ? Soňky 2 hepdäniň içinde (çagaň ady) içigeçdimi?</p>	<p>ΆΆ 1 Γ ΆΟ 2 (Γ ΆΔΑΟΤ Α Ε 480) ← Γ Α Ç Γ ΑΑΟ 8</p>	<p>ΆΆ 1 Γ ΆΟ 2 (Γ ΆΔΑΟΤ Α Ε 480) ← Γ Α Ç Γ ΑΑΟ 8</p>	<p>ΆΆ 1 Γ ΆΟ 2 (Γ ΆΔΑΟΤ Α Ε 480) ← Γ Α Ç Γ ΑΑΟ 8</p>

473	<p>Ã õt aðái ý, eíááá ó (EÍ ß ÐÁÁÁÍ ÉÁ) áúé íííííñ,ááááéé èè áí ó æææíñóe: ì áíúðá =áì í áú=íí, ðæíá æá eí èe-áñóáí, èèè áí eúðá =áì í áú=íí ? (Çagañ ady) içigeçen wagly siz oña suwuklyk berýän möçberinden az şol mukdarda ýa-da öňkiden köp berdiňmi?</p>	<p>Ì ÁÍ ÚØÁ Í ÈΟΥΒ 1 ΌΤ ÆÄ ÈΤ ÈΕ×ΑΝΟΑΤ Í ÈΟΥΒ 2 ΑΙ ΕΥØÄ Í ÈΟΥΒ 3 Γ Ä ÇÍ ΑΑØ 8</p>	<p>Ì ÁÍ ÚØÄ Í ÈΟΥΒ 1 ΌΤ ÆÄ ÈΤ ÈΕ×ΑΝΟΑΤ Í ÈΟΥΒ 2 ΑΙ ΕΥØÄ Í ÈΟΥΒ 3 Γ Ä ÇÍ ΑΑØ 8</p>	<p>Ì ÁÍ ÚØÄ Í ÈΟΥΒ 1 ΌΤ ÆÄ ÈΤ ÈΕ×ΑΝΟΑΤ Í ÈΟΥΒ 2 ΑΙ ΕΥØÄ Í ÈΟΥΒ 3 Γ Ä ÇÍ ΑΑØ 8</p>
474	<p>Ã õt aðái ý, eíááá ó (EÍ ß ÐÁÁÁÍ ÉÁ) áúé íííííñ,ááááéé èè áí ó ðeúó: ì áíúðá =áì í áú=íí, ðæíá æá eí èe-áñóáí, èèè áí eúðá =áì í áú=íí ? (Çagañ ady) içigeçen wagly siz oña lýmiti öňki berýän möçberinden az, şol mukdarda ýa-da öňkiden köp berdiňmi?</p>	<p>Ì ÁÍ ÚØÄ ÄÄÜ 1 ΌΤ ÆÄ ÈΤ ÈΕ×ΑΝΟΑΤ ÄÄÜ 2 ΑΙ ΕΥØÄ ÄÄÜ 3 Γ Ä ÇÍ ΑΑØ 8</p>	<p>Ì ÁÍ ÚØÄ ÄÄÜ 1 ΌΤ ÆÄ ÈΤ ÈΕ×ΑΝΟΑΤ ÄÄÜ 2 ΑΙ ΕΥØÄ ÄÄÜ 3 Γ Ä ÇÍ ΑΑØ 8</p>	<p>Ì ÁÍ ÚØÄ ÄÄÜ 1 ΌΤ ÆÄ ÈΤ ÈΕ×ΑΝΟΑΤ ÄÄÜ 2 ΑΙ ΕΥØÄ ÄÄÜ 3 Γ Ä ÇÍ ΑΑØ 8</p>
		<p>Ì Ò ÑÈÄÄÍ ÈÈ ÐÄÄÄÍ Ò È ÈÌ ß _____</p>	<p>Ì ÐÄÄÍ Ò ÑÈÄÄÍ ÈÈ ÐÄÄÄÍ Ò È ÈÌ ß _____</p>	<p>Ì ÐÄÄÍ ÐÄÄÍ Ò ÑÈÄÄÍ ÈÈ ÐÄÄÄÍ Ò È ÈÌ ß _____</p>
475	<p>Ì ðeí eí æ èè í í (á) eþáóþ eç ñeááóþúeð æeáeí ñóáe: Æeáeí ñóú, ðeáí òí æeáí í áy eç íí ðí ðeá á í æeáðeéá, í açúáááí áy ÐÄÄÈÄÐ Í ? Äí áá? Ì ðeí eí /Äáðñeóþ ñí áñú? Ñóí? Èáðeð/Æeðáí? Í áí eðeè (ÈÍ ÈÄ-ÈΤ ÈÄ, ØÄÍ ØÄ è äð.) ? Äðóáeá í áí eðeè? Ol şu suwuklyklaryň haýsam bolsa birini kabal edýärmidi: poroşokdan ýasalan suwkluk - regidron? Suw? Süýt? Çaga lýmiti? Kefir aýran? İçgiler (koka-kola, fanta we) başgalar? We başga içgiler?</p>	<p>AA Γ Ä Ø Γ Ç ÐÄÄÈÄÐ Í 1 2 8 ÄÍ ÄÄ 1 2 8 Ì Ò ÈΤ ÈΤ ÈÈÈ ÄÄØÑÈÓþ ÑÌ ÄÑÜ 1 2 8 ÑÓÍ 1 2 8 ÈÄØÈÐ/ÆÈÐÄÍ 1 2 8 Í ÄÍ ÈÓΤ È (ÈΤ ÈÄ-ÈΤ ÈÄ, ØÄÍ ØÄ) 1 2 8 ÄÐÓÄÈÄ Í ÄÍ ÈÓÈÈ 1 2 8</p>	<p>AA Γ Ä Ø Γ Ç ÐÄÄÈÄÐ Í 1 2 8 ÄÍ ÄÄ 1 2 8 Ì Ò ÈΤ ÈΤ ÈÈÈ ÄÄØÑÈÓþ ÑÌ ÄÑÜ 1 2 8 ÑÓÍ 1 2 8 ÈÄØÈÐ/ÆÈÐÄÍ 1 2 8 Í ÄÍ ÈÓΤ È (ÈΤ ÈÄ-ÈΤ ÈÄ, ØÄÍ ØÄ) 1 2 8 ÄÐÓÄÈÄ Í ÄÍ ÈÓÈÈ 1 2 8</p>	<p>AA Γ Ä Ø Γ Ç ÐÄÄÈÄÐ Í 1 2 8 ÄÍ ÄÄ 1 2 8 Ì Ò ÈΤ ÈΤ ÈÈÈ ÄÄØÑÈÓþ ÑÌ ÄÑÜ 1 2 8 ÑÓÍ 1 2 8 ÈÄØÈÐ/ÆÈÐÄÍ 1 2 8 Í ÄÍ ÈÓΤ È (ÈΤ ÈÄ-ÈΤ ÈÄ, ØÄÍ ØÄ) 1 2 8 ÄÐÓÄÈÄ Í ÄÍ ÈÓÈÈ 1 2 8</p>
476	<p>Äáááeíñú èè =òí -èeáí áúá äeý eá=áí eý ìò íííííñá ? İçi geçmäni bejermek üçin başga derman berildimi?</p>	<p>ÄÄ 1 Γ Ä Ø 2 (Í ÄÐÄÈÓÈ È 478) ←----- Γ Ä ÇÍ Äþ 8</p>	<p>ÄÄ 1 Γ Ä Ø 2 (Í ÄÐÄÈÓÈ È 478) ←----- Γ Ä ÇÍ Äþ 8</p>	<p>ÄÄ 1 Γ Ä Ø 2 (Í ÄÐÄÈÓÈ È 478) ←----- Γ Ä ÇÍ Äþ 8</p>

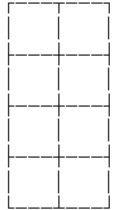

477	<p>×ōt èi áfít ááááēfñú ðáááféó äëý èá-áféý tō títítñá ? ×ōt-èèáí áüá ? İçi geçmāni bejmerk üçin nāme berildimi? Başga nāme? T ðl ÁŌĒŌU ANĀ T ĀDĀ×ĒNEĀT T T Ā.</p>	<p>ŌĀĒĀŌĒĒ ĒĒĒ NĒĐT T A ĒT UĀĒŌĒĒ B ĀT ŌŌĐĒĀĀT T T Ā C ŌĐĀĀŪ/ĀĐŌĀĒĀ ĀT T ĀŌT ĒĀ NĐĀĀNŌĀĀ ... D ĀĐŌĀT Ā _____ X (ŌĒĀŌĀŪĒĒ ĒT T ĒĐĀŌT T)</p>	<p>ŌĀĒĀŌĒĒ ĒĒĒ NĒĐT T A ŌĒT ĒŪ B ĀT ŌŌĐĒĀĀT T T Ā C ŌĐĀĀŪ/ĀĐŌĀĒĀ ĀT T ĀŌT ĒĀ NĐĀĀNŌĀĀ D ĀĐŌĀT Ā _____ X (ŌĒĀŌĀŪĒĒ ĒT T ĒĐĀŌT T)</p>	<p>ŌĀĒĀŌĒĒ ĒĒĒ NĒĐT T A ĒT UĀĒŌĒĒ B ĀT ŌŌĐĒĀĀT T T Ā C ŌĐĀĀŪ/ĀĐŌĀĒĀ ĀT T ĀŌT ĒĀ NĐĀĀNŌĀĀ ... D ĀĐŌĀT Ā _____ X (ŌĒĀŌĀŪĒĒ ĒT T ĒĐĀŌT T)</p>
478	<p>T āđāüāēēñū ēē Āü çā ēt tñōēüāōēāē ēēē ēā-āfēāi tít títāō títítñā ? İçi geçen mahaly konsultasiya ya-da bejergi üçin ýüz tutduňyzmy?</p>	<p>ĀĀ 1 T ĀŌ 2 (T ĀĐĀĒĒŌĒ Ē 480)←-----┘</p>	<p>ĀĀ 1 T ĀŌ 2 (T ĀĐĀĒĒŌĒ Ē 480)←-----┘</p>	<p>ĀĀ 1 T ĀŌ 2 (T ĀĐĀĒĒŌĒ Ē 480)←-----┘</p>
479	<p>ĒŌāā Āü èi áfít t āđāüāēēñū çā ēf tñōēüāōēāē ēēē ēā-āfēāi ? ĒŌāā -èèáí áüá? Konsultasiya ya-da bejergi üçin nirä ýüz tutduňyz? Ýene nirä? T ðl ÁŌĒŌU ANĀ ×ŌT ĀŪĒT T ĀŌĀĀT T .</p>	<p>ĀT NŌĀĀĐNŌĀĀT T ŪĒ NĀĒŌT Đ ĀT NŌT ĒŌĀĒŪ A NĀŌĀĀŌ B ĀT ŌĀĒĀ E ĀĐŌĀT Ā ĀT N. Ō×ĐĀĒĒĀ _____ F (ŌĒĀŌĀŪĒĒ ĒT T ĒĐĀŌT T)</p> <p>×ĀNŌT ŪĒ T ĀĒĒŌĒĒT NĒĒĒ NĀĒŌT Đ ×ĀNŌ. ĀT ĒŪT ĒŌĀ/ĒĒĒĒT ĒĒĀ G ĀT ŌĀĒĀ H ×ĀNŌT ŪĒ ĀĐĀ× I ĀĐŌĀT Ā ×ĀNŌ. T ĀĀ. Ō×ĐĀĒĒĀ _____ J (ŌĒĀŌĀŪĒĒ ĒT T ĒĐĀŌT T)</p> <p>ĀĐŌĀT Ē ĒNŌT ×T ĒĒ ŌT ĀŌĀĐŪ K ĀĐŌĀT Ā _____ X (ŌĒĀŌĀŪĒĒ ĒT T ĒĐĀŌT T)</p>	<p>ĀT NŌĀĀĐNŌĀĀT T ŪĒ NĀĒŌT Đ ĀT NŌT ĒŌĀĒŪ A NĀŌĀĀŌ B ĀT ŌĀĒĀ E ĀĐŌĀT Ā ĀT N. Ō×ĐĀĒĒĀ _____ F (ŌĒĀŌĀŪĒĒ ĒT T ĒĐĀŌT T)</p> <p>×ĀNŌT ŪĒ T ĀĒĒŌĒĒT NĒĒĒ NĀĒŌT Đ ×ĀNŌ. ĀT ĒŪT ĒŌĀ/ĒĒĒĒT ĒĒĀ G ĀT ŌĀĒĀ H ×ĀNŌT ŪĒ ĀĐĀ× I ĀĐŌĀT Ā ×ĀNŌ. T ĀĀ. Ō×ĐĀĒĒĀ _____ J (ŌĒĀŌĀŪĒĒ ĒT T ĒĐĀŌT T)</p> <p>ĀĐŌĀT Ē ĒNŌT ×T ĒĒ ŌT ĀŌĀĐŪ K ĀĐŌĀT Ā _____ X (ŌĒĀŌĀŪĒĒ ĒT T ĒĐĀŌT T)</p>	<p>ĀT NŌĀĀĐNŌĀĀT T ŪĒ NĀĒŌT Đ ĀT NŌT ĒŌĀĒŪ A NĀŌĀĀŌ B ĀT ŌĀĒĀ E ĀĐŌĀT Ā ĀT N. Ō×ĐĀĒĒĀ _____ F (ŌĒĀŌĀŪĒĒ ĒT T ĒĐĀŌT T)</p> <p>×ĀNŌT ŪĒ T ĀĒĒŌĒĒT NĒĒĒ NĀĒŌT Đ ×ĀNŌ. ĀT ĒŪT ĒŌĀ/ĒĒĒĒT ĒĒĀ G ĀT ŌĀĒĀ H ×ĀNŌT ŪĒ ĀĐĀ× I ĀĐŌĀT Ā ×ĀNŌ. T ĀĀ. Ō×ĐĀĒĒĀ _____ J (ŌĒĀŌĀŪĒĒ ĒT T ĒĐĀŌT T)</p> <p>ĀĐŌĀT Ē ĒNŌT ×T ĒĒ ŌT ĀŌĀĐŪ K ĀĐŌĀT Ā _____ X (ŌĒĀŌĀŪĒĒ ĒT T ĒĐĀŌT T)</p>
480		<p>ĀĀĐT ŌŪŪNB Ē T ŌT ĒŌŌ 453 Ā NĒĀĀŌĐŪĀT NŌT ĒĀŌĀ; Ē ĀNĒĒ T ĀŌ ĀT ĒŪŌĀ ĀĀŌĀĒ, T ĀĐĀĒĒŌĒ Ē ĀT T ĐT NŌ 481.</p>	<p>ĀĀĐT ŌŪŪNB Ē T ŌT ĒŌŌ 453 Ā NĒĀĀŌĐŪĀT NŌT ĒĀŌĀ; Ē ĀNĒĒ T ĀŌ ĀT ĒŪŌĀ ĀĀŌĀĒ, T ĀĐĀĒĒŌĒ Ē ĀT T ĐT NŌ 481.</p>	<p>ĀĀĐT ŌŪŪNB Ē T ŌT ĒŌŌ 453 Ā NĒĀĀŌĐŪĀT NŌT ĒĀŌĀ; Ē ĀNĒĒ T ĀŌ ĀT ĒŪŌĀ ĀĀŌĀĒ, T ĀĐĀĒĒŌĒ Ē ĀT T ĐT NŌ 481.</p>

481	<p>ΥΔΤ ΑΑΘΕΟΥ 453, ΑΝΑ ΝΟΤ ΕΑΟΥ:</p> <p style="text-align: center;">ΕΤ ΕΕ×ΑΝΟΑΤ ΑΕΑΟΟ ΑΑΟΑΕ, ΔΤ ΑΕΑΑΤ Ι ΟΟ Ι Α×ΕΙ ΑΒ Ν ΒΤ ΑΑΔΒ 1995</p> <p>Τ ΑΕΙ ΕΕΕ ΑΤ ΕΑΑ <input type="checkbox"/></p>	<p style="text-align: center;">Ι Ε Τ ΑΕΙ <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">→486</p>
482	<p>Ι υεε εε ηατε οοεε ιαθαα ιτνεααρει ειθι εαρεαι θαααρεα?</p> <p>Çagany ýmittlendiriňizden soň eliňizi ýuwdyňyzmy?</p>	<p>ΑΑ 1 Ι ΑΟ 2</p>
483	<p>Α ιτνεααρεε θαç, ειθαα ο Ααθαατ θααατ εα αυε ηοοε, ι υεε εε Αυ οοεε ηθαçο αα ιτνεα αυιτνα αιθθα ε ιθτι υααρεγ ?</p> <p>Çaganyňyz soňky gezek meýdan edenden soň gorçogyny döküp eliňizi ýuwdyňyzmy?</p>	<p>ΑΑ 1 Ι ΑΟ 2 ΘΑΑΑΤ Ι Ε ΟΤ ΑΕΟ ΝΑΙ 3</p>

485	<p>ΥΔΤ ΑΑΘΕΟΥ 475, ΑΝΑ ΝΟΤ ΕΑΟΥ:</p> <p>ΑΑΟΕ Ι Α Ι ΔΕΙ ΕΙ ΑΕΕ Ι ΔΝ ΕÇ Ι ΑΕΑΟΕΕΑ <input type="checkbox"/></p>	<p style="text-align: center;">ΕΟΤ -ΕΕΑΤ ΕÇ ΑΑΟΑΕ Ι ΔΕΙ ΕΙ ΑΕ Ι ΔΝ ΕÇ Ι ΑΕΑΟΕΕΑ <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">→487</p>
486	<p>Ñeυθαεε εε Αυ ειθαα-εεατ ι θαΑΕΑΔΤ Ι Α - ηι αοεαευιτι ηθαηοαα αεγ εα-αρεγ ιτ ιτ ηα, ειθιθτα αιθι αεονγ εç ιθααθα η ιτθιθρετι ?</p> <p>Siz haçan-da bolsa Regidron paketti poroşokdan taýarlanylýan içgeçmäni bejerilýän ýörite serişde hakynda eşidipdiňizmi?</p>	<p>ΑΑ 1 Ι ΑΟ 2</p>
487	<p>ΥΔΤ ΑΑΘΕΟΥ 221:</p> <p>ΕΙ ΑΑΟΝΒ Τ ΑΕΙ ΕΕΕ ΑΤ ΕΑΑ ΑΑΟΑΕ, ΑΕΑΟΥΕΟ Ν Ι ΑΕ <input type="checkbox"/></p>	<p style="text-align: center;">Ι Α ΕΙ ΑΑΟ ΑΑΟΑΕ ΑΕΑΟΥΕΟ Ν Ι ΑΕ <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">→489</p>

488	<p>Ἐτάαα (Ἄαο θάααίτε /ἱαεί εç Ἄαοεο αάοαε) νάδουαίτ ἀτέαί, ἰτᾶαα εε Ἄῦ ναι ε δαοεοῦ ἀτέαί εε τί ἰτέο=αοῦ ἰ αάεοεῖνεορ ἰτῖ ἰτῦ?</p> <p>Haçanda (siziñ çagañyzi çagalaryñyz biri) agyr kesellände, medisina kömegini almaklygyny siziñ özüñiz kesgittäp</p>	<p>ἌἈ 1</p> <p>Ἰ ἌΟ 2</p> <p>ÇAAĖÑĖÖ Ṭ Ö Ṭ ἈÑÖṬ ΒΟἈĖῸÑṬἈ 3</p>	
489	<p>Ἰ ῦεε εε Ἄῦ θοεε ἰ ἄδᾶᾶ οᾶἰ εᾶε ἀἰοἰ ἄεοῦ ἰεῦο ἄεῦ νᾶἰ ἄε νᾶἰ ῦε?</p>	<p>ἌἈ 1</p> <p>Ἰ ἌΟ 2</p> <p>Ἰ ἘἘṬ ἈἈἈ Ἰ Ἀ ἈṬ ὈṬ ἈἘṬ 3</p>	

517	<p>Êtããã á ÿtñéããí éé ðaç ÁÛ èì áèè ÿtêíãóþ ñãýçü ?</p> <p>Soňky gezek sizde jyns aragatnaşygy haçan boldy?</p>	<p>ÁÍ ÄÉ Í ÄÇAA 1</p> <p>Í ÁÄÄËÛ Í ÄÇAA 2</p> <p>Ì ÄÑBÖÄÄ Í ÄÇAA 3</p> <p>ËÄÖ Í ÄÇAA 4</p>	<table border="1"> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table>									→526
518	<p>Ä ÿtñéããí éé ðaç, êtããã ÁÛ èì áèè ÿtêíãóþ ñãýçü ÿðèì áíýèñý èè ÿðaçãðããðèã ?</p> <p>Soňky gezek sizde jyns aragatnaşygy bolanda prozerwativ ulandyňyzmy?</p>	<p>ÄÄ 1</p> <p>Í ÄÖ 2</p> <p>Í Ä ÇÍ ÄÄÖÍ Ä ÖÄÄÐÄÍ Ä 8</p>										
519	<p>Ä èãèèö ÄÛ açãèì ÿtíóííðãí èýö ñ ÿæ=èííé, ñ ètíóí ðüì èì áèè ÿtêíãóþ ñãýçü ?</p> <p>Siz jyns aragatnaşygynda bolan erkek adam bilen nähili aragatnaşykda?</p>	<p>ÑÓÍ ÐÓÄ 1</p> <p>ÆÄÍ ÈÖ 2</p> <p>ÄÐÖÄ 3</p> <p>ÑËÖ×ÄÉÍ Í Ä ÇÍ ÄËÍ Ì ÑÖÄÍ 4</p> <p>ÐÍ ÄÑÖÄÄÍ Í ÈÈ 5</p> <p>ÄÐÖÄÍ Ä _____ 6</p> <p>(ÖËÄÇÄÖÛ ÈÍ Í ÈÐÄÖÍÍ)</p>		→521								
520	<p>Ñétèüét äðãì áíé ÄÛ èì áèè ÿtêíãóþ ñãýçü ñ ýòèì ÿæ=èííé ?</p> <p>Siz näçe wagtdan bäri şu erkek bilen jyns aragatnaşykda bolduňyz?</p>	<p>ÁÍ È 1</p> <p>Í ÁÄÄËÈ 2</p> <p>Ì ÄÑBÖÜ 3</p> <p>ÄÍ ÄÛ 4</p>	<table border="1"> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table>									
521	<p>Èì áèè èè ÄÛ ÿtêíãóþ ñãýçü ñ èãì - èèãí äüã çã ÿtñéããí éã 12 ÿ äñýöãã ?</p> <p>Soňky 12-äýýň içinde başga erkek bilen jyns aragatnaşygynda bolduňyzmy?</p>	<p>ÄÄ 1</p> <p>Í ÄÖ 2</p>		→526								
522	<p>Ä ÿtñéããí éé ðaç êtããã ÁÛ èì áèè ÿtêíãóþ ñãýçü ñ ýòèì (äðöãèì) ÿæ=èííé ÿðèì áíýèñý èè ÿðaçãðããðèã?</p> <p>Haçan soňky gezek jyns aragatnaşygynda bolduňyz, şol erkek bilen prozerwativ ulandyňyzmy?</p>	<p>ÄÄ 1</p> <p>Í ÄÖ 2</p> <p>Í Ä ÇÍ ÄÄÖÍ Ä ÖÄÄÐÄÍ Ä 8</p>										

523	<p>À èàèèò ÁÙ àçàèì Ì Ì òí Ì òáí èýò ñ ýòèì Ì óæ:èí Ì é?</p> <p>Siz şol erkek bilen nãhili aragatnaşykda?</p>	<p>NOÏ ÐOÁ 1 ÆÁÍ EO 2 ÄÐOÁ 3 NEO×ÆÍ Ì Á ÇÍ ÆÏ Ì NOAT 4 ÐÏ ANOAAÏ Í ÈÈ 5 ABOAT Á 6 (ÓÈÀÇAOÙ ÈÏ Í ÈÐAOÏ Ì)</p>	→525
524	<p>Ñèí èuèí àðàì àí è ÁÙ áúèè ñ í èì á Ì Ì èí áúò àçàèì Ì Ì òí Ì òáí èýò ?</p> <p>Siz onuň bilen näçe wagtdan bäri jyns aragatnaşygyny saklaýarsyňyz?</p>	<p>ÁÍ È 1 Í ÁÁÁÈÈ 2 Ì ÁÑBÖÜ 3 ÁÏ ÁÜ 4</p> 	
525	<p>Á óæí Ì , ñí ñèí èuèè è Ì óæ:èí àì è ÁÙ èì áèè Ì Ì èí áòþ ñáýçú çà Ì Ì ñèááí èá 12 Ì ányóáá?</p> <p>Soňky 12 aýyň içinde näçe erkek bilen jyns aragatnaşygynda bolduňyz?</p>	<p>ÈÏ ÈÈ×ANOAT Í AÐOÏ AÐÏ Á </p>	
526	<p>Çí ááòá èè ÁÙ Ì áñòí , ááá Ì í æí Ì Ì ðèí áðáñòè í ðáçáðááòèáú ?</p> <p>Siz prozerwatiwi nireden alyp bolýandygyny bilýärsiňizmi?</p>	<p>ÄÄ 1 Í ÁO 2</p>	→529

527	<p>Ááá yōt ī ānōt ī aōt āèōny?</p> <p>Şol ýer niredede?</p> <p>ÁNĒĒ ĒNŌT ×Ī ĒĒĪ Ī ΒΑΕΒΑŌNΒ ĪĪ ĒĒĒĒĪ ĒĒĒ, ΑĪ ŌĀĒĀ, ΝΑĪ ΑĒĪ ΑΒ ΑΔΑ×ΑΑĪ ΑΒ ΑĪ ΑŌĒΑŌĪ ΔĒΒ, ŌΑĪ ĒĒĒ ΑĒĪ ΝĒΑΒ ĒĪ Ī ΝŌĒΥŌΑŌĒΒ, Ī ΑĪ ĒŌĒŌĀ Ī ΑÇĀĀĪ ĒĀ Ē ΔΑΝĪ Ī ĒĪ ΑĒĪ ĒĀ. ŌΑĒΑĒ Ī ΑĪ ΑŌĪ ΑĒĪ Ī Ī ΑΑΑΝŌĒ ĒĐŌΑĒĒĪ Ī ŌĒĪ Ō×ΔĀΑĒĀĪ ĒΒ.</p> <hr/> <p>(Ī ΑÇĀĀĪ ĒĀ Ī ΑΝŌΑ)</p>	<p>ΑĪ ΝŌΑΑĐΝŌΑĀĪ Ī ŪĒ ΝΑĒŌĪ Đ</p> <p>ΑĪ ΝĪ ĒŌΑĒΥ 11</p> <p>ΑĒĒ 12</p> <p>ΝΑÇ/ΑΑÇ 13</p> <p>ΑĪ ŌĀĒĀ 14</p> <p>ΑĐŌΑĪ Ā ΑĪ Ν.</p> <p>Ī ΑΑ. Ō×ΔĀΑĒĀ. 16</p> <p>(ŌĒΑÇΑŌΥ ĒĪ Ī ĒĐΑŌĪ Ī)</p> <p>×ΑΝŌĪ ŪĒ Ī ΑΑ. ΝΑĒŌĪ Đ</p> <p>×ΑΝŌ. ΑĪ ĒΥĪ ĒŌΑ/ĒĒĒĪ ĒĒĀ 20</p> <p>×ΑΝŌ. ΑĪ ŌĀĒĀ 21</p> <p>×ΑΝŌ. ΑΔΑ× 22</p> <p>ΑĐŌΑĪ Ā ×ΑΝŌ. Ō×ΔĀΑĒĀ..</p> <p>ĒĒĒ ĒĒŌĪ 26</p> <p>(ŌĒΑÇΑŌΥ ĒĪ Ī ĒĐΑŌĪ Ī)</p> <p>ΑĐŌΑĒĀ ĒNŌT ×Ī ĒĒĒ</p> <p>Ī ΑΑΑÇĒĪ/ĒĒĪ ΝĒ 30</p> <p>ΔĀĒĒĒĪĪ ÇĪ ŪĀ Ī ΔΑĀĪ ĒÇΑŌĒĒ 31</p> <p>ΑĐŌÇΥΒ/ĐĪ ΑΝŌΑĀĪ Ī ĒĒĒ/</p> <p>ÇĪ ΑĒĪ Ī ŪĀ 32</p> <p>ΑĐŌΑĪ Ā 36</p> <p>(ŌĒΑÇΑŌΥ ĒĪ Ī ĒĐΑŌĪ Ī)</p>	
528	<p>Ī Ī æāāā ēē ĀŪ nāī ē ī ðēī āðānōē ī ðāçāðāāōēā ī ðē æāēāī ēē ?</p> <p>Siz islān wagtyñyz prozerwatiw alyp bilýärsiñizmi?</p>	<p>ΑΑ 1</p> <p>Ī ΑŌ 2</p> <p>Ī Ā ÇĪ ΑΑŌ/Ī Ā ŌΑΑΔΑĪ Α 8</p>	
529	<p>Çī āāōā ēē ĀŪ ī ānōt, āāā ī Ī æī Ī ī ðēī āðānōē æāī nēēā ī ðāçāðāāōēāŪ ?</p> <p>Siz bilýärsiñizmi a ýallar üçin niýetlenen prozerwatiwi nireden alyp bolýar?</p>	<p>ΑΑ 1</p> <p>Ī ΑŌ 2</p>	→601

<p>530</p>	<p>Ää yot ì änot í äot äëny?</p> <p>Şol nired e erleşyär?</p> <p>ÄÑEE ENOT xÍ EET Ì BÄEBÄONB Í T EEEÉÉÍ EEA, ÄT ÖÄEA, NÄI ÄEÍ ABÄÐA×ÄÄÍ ABÄI ÄÓEÄOT ÐEB, ÖÄT EEEÆÄÍ NÉABET Í NÓEUÖÄÖEB, Í ÄT EÐEÖÄ Í ÄÇÄÄÍ EÄ E ÐÄNÍ T ET ÆÄÍ EÄ. ÖÄEÆÄ Í ÄT ÄOT ÄEÍ T T ÄÄÄNÖE EÐÖÆET Ì ÖEÍ Ö×ÐÄÆÄÄÍ EB.</p> <hr/> <p>(Í ÄÇÄÄÍ EÄ Í ÄNÖÄ)</p>	<p>ÄT NÖÄÐNÖÄÄÍ Í ÖE NÄEÖT Ð ÄT NÍ EÖAEU 11 ÆE 12 NÄÇ/ÄÄÇ 13 ÄT ÖÄEA 14 ÄÐÖÄT Ä ÄT N. Ì ÄÄ. Ö×ÐÄÆÄ. 16 (ÖEÄÇÄÖÜ ET Í EÐÄÖÍ T)</p> <p>×ÄNÖÍ ÖE Í ÄÄ. NÄEÖT Ð ×ÄNÖ. ÄT EÜÍ EÖÄ/EEÉÍ EEA 20 ×ÄNÖ.ÄT ÖÄEA 21 ×ÄNÖ.ÄÐÄ× 22 ÄÐÖÄT Ä ×ÄNÖ. Ö×ÐÄÆÄ.. EEÉ EÉÖT 26 (ÖEÄÇÄÖÜ ET Í EÐÄÖÍ T)</p> <p>ÄÐÖÄEÄ ENOT xÍ EEE Ì ÄÄÄÇEÍ /EET NE 30 ÐÄEEÄET ÇÍ ÖÄ T ÐÄÄÍ EÇÄÖEE 31 ÄÐÖÇÜB/ÐT ÄNÖÄÄÍ Í EEE/ ÇÍ ÄEÍ T ÖÄ 32 ÄÐÖÄT Ä 36 (ÖEÄÇÄÖÜ ET Í EÐÄÖÍ T)</p>	
<p>531</p>	<p>Ì ì ääöä ee ÄÜ näi e ì ðeí äðänoe æäí neee ì ðäçäðääöeä ì ðe æäeäí ee ?</p> <p>Siz islän wagtyňyz aýallar üçin niýetlenen prozerwatiwi alyp bilýärsiňizmi?</p>	<p>ÄÄ 1 Í ÄÖ 2 Í Ä ÇÍ ÄÄÖ/Í Ä ÖÄÄÄÄÍ Ä 8</p>	

РАЗДЕЛ 6. ОТНОШЕНИЕ К РОЖДЕНИЮ РЕБЕНКА И КОНТРАЦЕПЦИИ

601	<p>Γ ΔΤ ΑΑΔΕΟΥ 311/311Α:</p> <p>Γ Α Τ ΔΤ ΑΤ ΑΕΕΕ ΝΟΑΔΕΕΕÇΑΟΕΒ</p> <p>ΑΙ Ο ΕΕΕΑΕ ΑΟΥΕΑ Τ ΔΤ ΑΑΑΑΓ Α ΝΟΑΔΕΕΕÇΑΟΕΒ</p>	→614
602	<p>Γ ΔΤ ΑΑΔΕΟΥ 228:</p> <p>Γ Α ΑΑΔΑΙ ΑΓ Γ Α ΕΕΕ Γ Α ΟΑΑΔΑΓ Α</p> <p>ΑΑΔΑΙ ΑΓ Γ Α</p> <p>Ñáe=an ì íá òíðáεíñυ áυ çáááου áííòíñυ ì áóáουáì . Óíðáεε áυ Άυ εì áου (áυá ìáííáí) ðáááí éá εεε ì ðááííí=εε áυ ì á εì áου (áí éυøá) ááóáé ? Men gelecekñiz barada sorag bermekçi. Siz ýene-de (bir çaga) etmekçimi ýa-da indí çaga etmekçi dáì?</p> <p>Ñáe=an ì íá òíðáεíñυ áυ çáááου áííòíñυ ì áóáουáì . Í ì neá ðíáí éáε ðíáεóá ðáááí éá, óíðáεε áυ Άυ εì áου áυá ááóáé, εεε ì ðááííí=εε áυ ì á εì áου áí éυøá ááóáé ? Men size gelecekñiz barada sorag berjek. Siz çaga doguranyñyzdan soñ ýene-de çaga edşñiz gelyärmi ýa-da ýok?</p>	<p>ΔΤ ΑΕΟΥ (ΆΥÁ) ΔΑΑÁΓ ΕΑ 1 ΑΤ ΕΥΘÁ Γ Α ΔΤ ΑΕΑΟΥ 2 ÇΑΒÁΕΒÁΟ, ×ÓΤ Γ Α Ì Τ ΑΕΑΟ 3 ÇΑΑÁΔΑΙ ΑΓ ΑΟΥ 3 Γ Α ΔÁØΕΕÁ/Γ Α ÇÍ ΑΑΟ 8</p> <p>→604 →609 →608</p>
603	<p>Γ ΔΤ ΑΑΔΕΟΥ 228:</p> <p>Γ Α ΑΑΔΑΙ ΑΓ Γ Α ΕΕΕ Γ Α ΟΑΑΔΑΓ Α</p> <p>ΑΑΔΑΙ ΑΓ Γ Α</p> <p>Ñεí ευεí áðáì áí é Άυ áυ ì ðááííí=εε áááου áí ðí áááí éý (neááορçááí) ðáááí éá? Ýene-de náçe wagtdan (indiki) çagañ dünýä inmegine garaşarsyñyz?</p> <p>Í ì neá ðí áááí éý ðáááí éá neí ευεí áðáì áí é Άυ óí ðεóá áááου áí ðí áááí éý neááορçááí ðáááí éá ? Siziñ çaga bolandan soñ, ýene náçe wagtdan indiki çaga bolmagyna garaşarsyñyz?</p>	<p>Ì ÁÑΒÓÁÁ 1 ΕΑΟ 2</p> <p>ΝΕΤ ΔΤ / Í ΔΒÌ Τ ΝΑΕ×ΑÑ 993 ÇΑΒÁΕΒÁΟ, ×ÓΤ Γ Α Ì Τ ΑΕΑΟ 994 ÇΑΑÁΔΑΙ ΑΓ ΑΟΥ 994 Í Ì ΝΕÁ ΑΥÓΤ ΑΑ ÇΑÌ ΟÆ 995 ΆΔΟÁΤ Á 996 (ΟΕΑÇΑΟΥ ΕΤ Γ ΕΔÁΟÍ Τ) Γ Α ÇÍ ΑΑΟ 998</p> <p>→609</p>
604	<p>Γ ΔΤ ΑΑΔΕΟΥ 228:</p> <p>Γ Α ΑΑΔΑΙ ΑΓ Γ Α ΕΕΕ Γ Α ΟΑΑΔΑΓ Α</p> <p>ΑΑΔΑΙ ΑΓ Γ Α</p>	→610
605	<p>Γ ΔΤ ΑΑΔΕΟΥ 310: Í ΔΕÌ ΑΓ ΒÁΟ ΕΕ Ì ΑΟΤ Α ΕΤ Γ ΟΔΑΟΑΤ ΟΕΕ?</p> <p>Γ Α ΝÌ ΔΑØΕΑΑΕΕ</p> <p>Γ Α Τ ΔΕÌ ΑΓ ΒÁΟ Α Γ ΑΝÓΤ ΒΥÁÁ ΑΔΑÌ Β</p> <p>Τ ΔΕÌ ΑΓ ΒÁΟ Α Γ ΑΝÓΤ ΒΥÁÁ ΑΔΑÌ Β</p>	→608

606	Ի ԾՒ ԿԻՆՈՒՄ 603: Ի Ա ՆԻ ԾԱՅԵԱԿԵ	24 ԵԵԵ ԱՒ ԵԱԱ Ի ԱՆԾՈՒԱ ԵԵԵ Օ2 ԵԱՕ, ԵԵԵ ԱՒ ԵԱԱ ԵԱՕ	00-23 Ի ԱՆԾՈՒԱ ԵԵԵ 00-01 ԱՒ Ա	→ 610
-----	---------------------------------------	---	----------------------------------	-------

607	Ի ԾՒ ԿԻՆՈՒՄ 602: <div style="text-align: center;"> ՕՒ × ԱՕ ԱՍԱ ԾԱԱԿԻ ԵԱ <input type="checkbox"/> </div> <p> ԱՍ նեաճաեե, +օՒ ԱՍ Ի Բ օՒժաեե աՍ ել ձօս աՍԱ ժաադեա <u>ա եեաեուալ</u> <u>աօաուալ</u>, Ի ադեՒ ԱՍ Ի Ե ի յուճօաօ Ի եեաեՒ աՒ Ի աօՒ ա եՒ Ի ժօաօաՒ օեե աեյ Ի ժաաՒ ժօաուալ եյ Ի աաեաօաեւի Ի Ե աաժալ աՒ Ի ի նօե. Ի Ե Ի յաեե աՍ ԱՍ Ի Ի նեաճաու յՒ =ալ օ? </p> <p> Siz hiç hili kontrasepsiya usullaryny ulanoňzok we aýdysyňyz ýaly ýakyn wagtda çaga bolmagyna garaşyňzok? Maňa sebäbini düşündirip bilmersiňizmi? </p>	<div style="text-align: center;"> Ի Ա ՕՒ × ԱՕ (ԱՒ ԵՍԾՅ) ԱԱՕԱԵ <input type="checkbox"/> </div> <p> ԱՍ նեաճաեե, +օՒ ԱՍ Ի Բ օՒժօա ել ձօս աՒ ԵՍԾՅ աաօաե, Ի ադեՒ ԱՍ Ի Բ Ե ի յուճօաօ Ի եեաեՒ աՒ Ի աօՒ ա եՒ Ի ժօաօաՒ օեե աեյ Ի ժաաՒ ժօաուալ եյ Ի աաեաօաեւի Ի Ե աաժալ աՒ Ի ի նօե. Ի Ե Ի յաեե ԱՍ աՍ Ի Ի նեաճաու յՒ =ալ օ? </p> <p> Siz çaga bolmagyny islänizok we kontraseptiya usullaryny hem ulonoňyzok. Sebäbini aýdyp bilmersiňizmi? </p>	Ի Ա ՇԱԼ ՕՒԵԱԻ A ԱԵՒ ԵՒ ԱԵ × ԱՆԵԵԱ ՕԱԵՕՒ ԾՍ Ի Ա ԵՒ ԱԱՕ Ի ԵՒ ԵՒ ԱՍ ՈՒ ՆԱԾԱԵ B ԾԱԵԵԱ Ի ԵՒ ԵՒ ԱՍ ՆԱԾԵ C Ի Ա Ի Ի ԱՕՇԱԿԱԵՆՈՒԾՅԵՕՒ Ի ԵԲ. D ԱԱՆԻ ԵՒ ԱԵԱ E Ի ԵՒ ՆԵԱԾԻ ԱՒ ԱԱԲ ԱԻ ԱՒ Ի ԾԱԲ F ԱԾՕԱԻ Ի Ա ԱՆԵԱԾԻ ԵԵԱԿԻ ԵԱ G ՆԻ ԱԾՕԱԵՍԻ ԱԲ ԱՒ ԵԱՇԻ Ս H Ի ԱԵԱԵԱԿԻ ԵԱ Ի ԾԵԱԱԿԻ ՕՍՍ Ե ԵՒ Ի ՕԾԱՕԱԻ ՕԵԵ Ի ԱԵԱԵԱԿԻ ԵԱ ԱԵԱԻ ՍԵԻ Ս I Ի ԱԵԱԵԱԿԻ ԵԱ Ի ՕԵԱ J Ի ԱԵԱԵԱԿԻ ԵԱ ԱԾՕԱԵՕ K ԾԱԵԵԱԵԻ ՇԻ ՍԱ Ի ԾԵ × ԵԻ Ս L Ի ԱԱԻ ՆՕԱՕԻ × Ի ԱԲ ԵԻ ՕՒ ԾԻ ԵԾԻ ԱԱԻ Ի Ի ՆՕՍ Ի Ա ՇԻ ԱԵԱ Ի Ի ԱՕԻ ԱԱՕ ԵՒ Ի ՕԾԱՕԱԻ ՕԵԵ . M Ի Ա ՇԻ ԱԵԱ Ի Ի ԱՆՕԱ, ԱԱԱ Ի ԵՒ Ի ԱՍԵԻ ԱՍ Ի ԾԵԻ ԱԾԱՆՕԵ ԵՒ Ի ՕԾԱՕԱԻ ՕԵԱՍ N Ի ԾԵ × ԵԻ Ս ՆԱԾԱԿԻ Ի ՍԱ Ն Ի ԱՕԻ ԱԻ Ի ԱԱՆԻ Ի ԵՒ ԵՆՕԱԻ Ի ԱԾԱԱ Ի Ա ՇԱԻ ԾԻ ԱՍԱ Օ ԱԻ ԲՇԻ Ս Ի Ի ԱԻ × Ի Ս ՕՍ ՅՕՕԱԵՕԻ Ա P Ի ԱԱԻ ՆՕՕԻ Ի Ի ՆՕՍ (ԱԵԱԵԻ) Q ԱԻ ԾԻ ԱԻ ԱԵՇԻ Ա R Ի ԱՕԱԻ ԱՆՕԱԱ Ա Ի ԾԵԻ ԱԻ ԱԻ ԵԵ S Ի ԱՕԱԻ ԱՆՕԱԱ ԱԵԲ Ի Ի ԾԻ ԱԵՍԻ Ի Ե ԱԵՇԻ ԱԱԲՕԱԵՍԻ Ի ՆՕԵ T ԱԾՕԱԻ Ա _____ X (ՕԵԱՇԱՕՍ ԵՒ Ի ԵԾԱՕԻ Ի) Ի Ա ՇԻ ԱԱՕ Z
-----	---	--	--

608	<p>Άνήε ατ'ιόνθετ Άυ çαάδαι άτ'άαδ ά δά-άτ'έε ηέαάορ'υέθ ίάνητ'έυέθ ίάάέυ, άυέτ' άυ äëý Άñ γοτ' άτ'έυθτ'έ τ'οτ'άέαι τ'έ, τ' äéáτ'úέτ'έ τ'οτ'άέαι τ'έ ééé γοτ' ίά τ'οτ'άέαι ά ?</p> <p>Egerde siz şu gelejekki hepdelerde göwrelı bolsañyz sizizň üçin uly aladamy, kiçialadamy ýa-da hiç-hili gaýgy edere zat ýok.</p>	<p>ΑΤ ΕΥΘΑΒ Τ ΔΤ ΑΕΑΙ Α 1 Ι ΑΕΑΒ Τ ΔΤ ΑΕΑΙ Α 2 Ι Α Τ ΔΤ ΑΕΑΙ Α 3 ÇΑΒΑΕΒΑΔ, ×ΟΤ Ι Α Ι Τ ΑΕΑΟ ÇΑΑΑΔΑΙ ΑΤ ΑΟΥ 4</p>	
609	<p>Τ ΔΤ ΑΑΔΕΟΥ 310: Τ ΔΕΤ ΑΙ ΒΑΟ ΕΕ Ι ΑΟΤ Α ΕΤ Ι ΔΑΟΑΙ ΟΕΕ?</p> <p>Ι Α ΝΙ ΔΑΘΕΑΑΕΕ</p> <p>Ι Α Τ ΔΕΤ ΑΙ ΒΑΟ Α Ι ΑΝΟΤ ΒΟΥΑΑ ΑΔΑΙ Β</p> <p>Τ ΔΕΤ ΑΙ ΒΑΟ Α Ι ΑΝΟΤ ΒΟΥΑΑ ΑΔΑΙ Β</p>		→614
610	<p>Αοτ' άάδä éé Άυ, +οτ' άόάάδä éñιτ'έυçτ'άάδö τ' άοτ' ά éτ' ίδäάοäιτ'έέé éτ'άάä-τ'έάόäü ä äόάόύäι äëý ότ' άτ', +οτ' άυ éçäáæäöü ééé τ'öéτ'æéöü ääδäι άτ'ίτ'ηöü?</p> <p>Siz gelejekde kontrasepsiya usullaryny ulanmakçymy göwrelı bolmaz ýaly ýa-da halan wagtyňyz göwrelı bolar ýaly?</p>	<p>ΑΑ 1 Ι ΑΟ 2 Ι Α ÇΙ ΑΑΟ 8</p>	→612
611	<p>Éäéτ'έ éç τ' άοτ' άτ' ά éτ' ίδäάοäιτ'έέé Άυ τ'δääιτ'+éé άυ τ'δéι άτ'έöü ?</p> <p>Haýsy kontrasepsiya usullaryny ulanmagy oňat görün ulanaryn öýtýärsiñiz?</p>	<p>ΝΟΑΔΕΕΕÇΑΟΕΒ ΑΕΑΙ ΟΕΙ Ο 01 ΝΟΑΔΕΕΕÇΑΟΕΒ Ι ΟΑ×ΕΙ Ο 02 ΟΑΑΕΑΟΕΕ 03 ΑΙ Ν 04 ΕΙ ΟΑΕΟΕΕ 05 ΕΙ Τ ΕΑΙ ΟΥ 06 Τ ΔΑÇΑΔΑΑΟΕΑΟ 07 ΑΕΑΙ ΝΕΕΕ Τ ΔΑÇΑΔΑΑΟΕΑ 08 ΑΕΑΟΔΑΙ Α 09 Τ ΑΤ Α/ΑΑΕΥ/ΕΔΑΙ 10 Ι ΑΟΤ Α ΕΑΕΟ.ΑΙ ΑΙ 11 ΕΑΕΑΙ ΑΑΔΙ ΟΕ Ι ΑΟΤ Α 12 Τ ΔΑΔΑΑΤ Ι ΟΕ ΑΕΟ 13</p> <p>ΑΔΟΑΤ Α 96 (ΟΕΑÇΑΟΥ ΕΤ Ι ΕΔΑΟΙ Τ) Ι Α ΟΑΑΔΑΤ Α 98</p>	→614

<p>612</p>	<p>×0ī yāeyāoñy īnīīāīīē īðē=ēīīē 0īāī, +0ī ĀŪ īā áóáá0á īðēī āīyōū ī ā0īāŪ ēī īðā0āī 0ēē ā áóá0ūāī ?</p> <p>Göwrelligiñ öñüni almak usullaryny gelejekde ulanmaýandygyňyzyň esasy sebäbi näme?</p>	<p>Í Ā ÇĀĪ ŐÆĀĪ 11</p> <p>ÆĒĒ ĒĒ ĀÆ×ĀNEEA ŐÆĒŐ ĐŪ ĐĀĀĒĒĀ Ī ĒĒ ĒŐĀ NĀBÇĒ 22 Ī ĀĪ Ī Ī ĀŐÇĀ/ĀĒNOĀĐYĒŐĒ Ī ĒB. 23 ĀĀNĪ ĒĒ ĀĒĀ 24 ÆĀĒĀĀŐ ĒĒ ĀŪ ĒĀĒ Ī Ī ĒĒ Ī ĀĪ ĒUŐĀ ĀĀŐĀĒ 26</p> <p>Í ĀÆĀĒĀĪ ĒĀ Ī ĐĒĀĀĪ ŐŪ Ē ĒĒ Ī ŐĐĀŐĀĪ ŐĒĒ Í ĀÆĀĒĀĪ ĒĀ ĀĒĪ ŐĒĪ Ő 31 Í ĀÆĀĒĀĪ ĒĀ Ī ŐÆĀ 32 Í ĀÆĀĒĀĪ ĒĀ ĀĐŐĀĒŐ 33 ĐĀĒĒĀĒĒ ÇĪ ŐĀ Ī ĐĒ×ĒĒ Ő 34</p> <p>Í ĀĀĪ NŐĀŐĪ ×Ī ĀB ĒĒ ŐĒ ĐĪ ĒĐĪ ĀĀĪ Ī Ī Ī NŪ Í Ā ÇĪ ĀĒĀ Ī Ī ĀŐĪ ĀĀŐ ĒĒ Ī ŐĐĀŐĀĪ ŐĒĒ 41 Í Ā ÇĪ ĀĒĀ Ī Ī ĀNŐĀ, ĀĀĀĪ Ī ĒĒĪ Ī ĀŪĒĒ ĀŪ Ī ĐĒĒ ĀĐĀNŐĒ ĒĒ Ī ŐĐĀŐĀĪ ŐĒĀŪ . 42</p> <p>Ī ĐĒ×ĒĒ Ő NĀBÇĀĪ Ī ŐĀ NĪ ĀŐĪ ĀĪ Ī ĀĀNĪ Ī ĒĒ ĒNŐĀĪ Ī ĀĐĀĀĀ Ī Ā ÇĀĪ ĐĪ ĀUĀ 51 ĀĪ BÇĪ Ő Ī Ī Ī Ī Ī ×Ī ŐŐ YŐŐĀĒĒŐĒ Ā .. 52 Í ĀĀĪ NŐŐĪ Ī Ī NŪ (ĀĀĒĀĒĒ) 53 ĀĪ ĐĪ ĀĪ ĀĒÇĪ Ā 54 Í ĀŐĀĪ ĀNŐĀĀ Ā Ī ĐĒĒ ĀĪ ĀĪ ĒĒ 55 Í ĀŐĀĪ ĀNŐĀĀ ĀĒB Ī Ī ĐĪ ĀĒŪĪ Ī Ē ÆĒÇĪ ĀĀĀBŐĀĒŪĪ Ī NŐĒ 56</p> <p>ĀĐŐĀĪ Ā 96 (ŐĒĀÇĀŪ ĒĒ Ī ĒĐĀŐĪ Ī) Í Ā ÇĪ ĀĀŐ 98</p>	<p>→614</p>
<p>613</p>	<p>Ēnīīēūçī āāēē āŪ ĀŪ Ī ā0ī ā ēī īðā0āī 0ēē, āñēē āŪ āŪŐēē çāī óæ ?</p> <p>Egerde siz durmuşa çykan bolsaňyz kontrasepsiýa usullaryny ulanarmydyňyz?</p>	<p>ĀĀ 1 Í ĀŐ 2 Í Ā ÇĪ ĀĀŐ 8</p>	

614	<p>Ί ΔΤ ΑΑΔΕΟΥ 219:</p> <p>ΕΙ ΑΠΟΝΒ ΑΕΑΥΑ ΑΑΔΕ <input type="checkbox"/></p> <p>Γ ΑΟ ΑΕΑΥΟ ΑΑΟΑΕ <input type="checkbox"/></p> <p>Άνέε άύ Άύ άάδΐ όέηνύ έ ότΐ ό άδάλ άΐέ, έτääά ό Άάν Γά άύέτ άάόάέ, ΐ τääέ άύ Άύ νέαçaάύ: νέτ έυέτ άάόάέ Άύ άύ ότόάέέ έι άού ά όά-άΐ έά άνέέ Άαοάέ æçΐ έ ?</p> <p>Egerde sizden çagaňyz ýok wagty, soran bolsalar şonda ömrüňizde näçe çaga isleýändigizi aýdyp bilerdüňizmi?</p> <p>Άνέε άύ ό Άάν άύέ άύάΐ δ, ΐ τääέ άύ άύ νέαçaάύ: νέτ έυέτ άάόάέ Άύ άύ ότόάέέ έι άού ά όά-άΐ έά άνέέ Άαοάέ æçΐ έ ?</p> <p>Egerde saýlap bilýän bolsaňyz onda aýdyp bilersiňizmi size ömriňizde näçe çaga ederdüňiz?</p> <p>Ί Τ Τ ΟΟΑΟΥΝΒ Τ Τ ΔΑΑΑΕΕΟΥ ΟΤ × Γ Τ Α ΕΤ ΕΕ×ΑΝΟΑΤ ΑΕΑΕΑΐ ΟΟ ΑΑΟΑΕ.</p>	<p>ΕΤ ΕΕ×ΑΝΟΑΤ <input type="checkbox"/></p> <p>ΑΔΟΑΤ Α _____ 96 (ΟΕΑÇAΟΥ ΕΤ Γ ΕΔΑΟΐ Τ)</p>	→616
615	<p>Νέτ έυέτ ΐ άέυ-έέτ ά έ νέτ έυέτ άάάΐ-άέ, ά όάέæά νέτ έυέτ άάόάέ, ΐ τ έ έτ ότ δύό Άάΐ άάçδäçέέ-άΐ Άύ æääέέ άύ έι άού ?</p> <p>Siz näçe oglan, näçe gyz we jemi näçe çaga isleýärsiňiz jynsyna seretmezden?</p>	<p>Ί ΑΕΥ×ΕΕΤ Ά</p> <p>ΕΤ ΕΕ×ΑΝΟΑΤ <input type="checkbox"/></p> <p>ΑΔΟΑΤ Α _____ 96 (ΟΕΑÇAΟΥ ΕΤ Γ ΕΔΑΟΐ Τ)</p> <p>ΑΑΑΤ ×ΑΕ</p> <p>ΕΤ ΕΕ×ΑΝΟΑΤ <input type="checkbox"/></p> <p>ΑΔΟΑΤ Α _____ 96 (ΟΕΑÇAΟΥ ΕΤ Γ ΕΔΑΟΐ Τ)</p> <p>ΑΑΟΑΕ, ΐ Τ Ε ΕΤ ΟΤ ΔΥΟ ΑΑÇΔΑÇΕΕ×Αΐ</p> <p>ΕΤ ΕΕ×ΑΝΟΑΤ <input type="checkbox"/></p> <p>ΑΔΟΑΤ Α _____ 96 (ΟΕΑÇAΟΥ ΕΤ Γ ΕΔΑΟΐ Τ)</p>	
616	<p>Ί άΐ άδύάόά έέέ Γά τ άΐ άδύάόά έέ Άύ ένΐ τ έυçΐ άάΐ έά ΐ άόΐ άΐ ά έΐ Γ όδäόάΐ όέέ äéý όΐ άΐ, =όΐ άύ έçääæάου άάδάλ άΐ ΐ τ nóè ?</p> <p>Siz göwreliligiň öňüni almak üçin ulanylýan kontrasepsiýa usullaryny goldaýaňyzmy?</p>	<p>Ί ΑΤ ΑΔΒΑΟ 1</p> <p>ΐ Ά ΐ Αΐ ΑΔΒΑΟ 2</p> <p>ΐ Ά Çΐ ΑΑΟ/ΐ Ά ΟΑΑΔΑΐ Α 8</p>	

Í íà óñoàèà èèè í á à í ãñòđí áí èè? Oí ýadaw ýa-da keypi ýok?

Í í à í ááááí í đí àèèà? Oí ýaňy dogurdy?

Í í à çí àãò, +òí í í èì áãò í í èí áúá ñäýçè ñ äđóáèì è æáf ùèí àì è? Oí bilýär, onuň başga aýallar bilen jyns gatnaşykda bolýanyny?

Í í à çí àãò, +òí í í àèđóní í í ñèòáèú ÑÍ ÈÁÁ? Oí bilýär, onuň SPID-iň wirusgöterijidigini?

ÓÑOÀÈÀ/Í Á Á Í ÆÑÓĐÍ ÁÍ ÈÈ 1 2 8

ĐÍ ÀÈÈÀ Í ÁÁÁÁÍ Í 1 2 8

ÀĐÓÀÈÀ ÆÁÍ ÙÈÍ Ù 1 2 8

Í Í ÑÈÓÀÈÚ ÀÈĐÓÑÀ ÑÍ ÈÁ . 1 2 8

РАЗДЕЛ 7. ИНФОРМАЦИЯ О МУЖЕ И РАБОТЕ ЖЕНЩИНЫ

701	<p>Γ 01 ΑΑΘΕ00 501 Ε 502:</p> <p>Α Γ ΑΝ0Τ Β0ΑΑ ΑΔΑΙ Β ÇΑΙ 0ΑΕΑΙ ΕΕΕ ΑΕΕΑ0 Ν Ι 0Α×ΕΙΤ Ε</p>	<p>ΔΑΓ 0ΘΑ Α0ΕΑ ÇΑΙ 0ΑΕΑΙ ΕΕΕ ΑΕΕΑ Ν Ι 0Α×ΕΙΤ Ε</p> <p>Γ ΕΕΤ ΑΑΑ Γ Α Α0ΕΑ ÇΑΙ 0ΑΕΑΙ Ε Γ Α ΑΕΕΑ Ν Ι 0Α×ΕΙΤ Ε</p>	<p>→703</p> <p>→707</p>
702	<p>Νετ ευετ ιτ εφ 00 εα0 Αα0αι 0 ι 0α0 (ι α0οι α00) ? Siziñ ýoldaşyňyz (jyns aragatnaşyk edýän erkegiňiz) näçe ýaşynda?</p>	<p>Γ Γ Ε Γ 00 ΕΑ0 <input type="text"/></p>	
703	<p>0=εεñý εε Αα0 ι 0α(ι α0οι α00) α 0=ααίτ ιι çαάαααί εε ? Siziñ ýoldaşyňyz (jyns aragatnaşyk edýän erkegiňiz) okuw jaýynda okanmy?</p>	<p>ΑΑ 1 Γ Α0 2</p> <p>→706</p>	
704	<p>Εαετ α 00τ ααί 0 τ α0αçτ ααί εý α 0τ ι 0=ααίτ ιι çαάαααί εε α ετ 0τ 0τ ι 0=εεñý εεε 0=ε0ñý Αα0 ι 0α(ι α0οι α00): Γ α=αεúττ α, η0ααί αα, η0ααί α- ηι α0εαεúττ α εεε α0η0αα? Şol okayan ýa-da okan okuw jaýynda bilim derejesi nähili: başlangyç, orta, orta-ýörite ýa-da ýokary?</p>	<p>Γ Α×ΑΕÚΓ Τ Α/ΝΔΑΑΓ ΑΑ 1 ΝΔΑΑΓ Α-ΝΙ Α0ΕΑΕÚΓ Τ Α 2 Α0Ν0ΑΑ 3 Γ Α Ç Γ ΑΑ0 8</p> <p>→706</p>	
705	<p>Νετ ευετ εεανητ α εεε ε00ητ α τ ι çαετ ι =εε α 0τ ι 0=ααίτ ιι çαάαααί εε? Şol okuw jaýynda ol näçe klasy ýa-da kursy gutardy?</p>	<p>ΕΕΑΝΝΤ Α/Ε0ΘΝΤ Α <input type="text"/></p> <p>Γ Α Ç Γ ΑΑ0 98</p>	
706	<p>Γ 01 ΑΑΘΕ00 701:</p> <p>Α Γ ΑΝ0Τ Β0ΑΑ ΑΔΑΙ Β ÇΑΙ 0ΑΕΑΙ ΕΕΕ ΑΕΕΑ0 Ν Ι 0Α×ΕΙΤ Ε</p> <p>Ααα ε εαι 0αατ 0αα0 Αα0 ι 0α(ι α0οι α00), εεε εαετ ατ αατ ι ηι τ ατ ατ α çατ ý0εα Γ α ιτ ηεααί εε 0αατ 0α ? Siziñ adamyňyz (jyns aragatnaşyk edýän erkegiňiz) nirede we kim bolup işleyär we onuň soňky iş ýerinde esasy ýerine ýetirýän işi?</p>	<p>ΔΑΓ 0ΘΑ Α0ΕΑ ÇΑΙ 0ΑΕΑΙ ΕΕΕ ΑΕΕΑ Ν Ι 0Α×ΕΙΤ Ε</p> <p>Ααα ε εαι 0αατ 0αε Αα0 ιτ ηεααί εε ι 0α(ι α0οι α00), εεε εαετ ατ αατ ι ηι τ ατ ατ α çατ ý0εα Γ α ιτ ηεααί εε 0αατ 0α ? Siziñ soňky adamyňyz (jyns aragatnaşyk edýän erkegiňiz) nirede we kim bolup işleyär we onuň soňky iş ýerinde esasy ýerine ýetiren işi?</p>	<p><input type="text"/></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
707	<p>Γ τ ι ει τ 0αατ 00 ιτ ατ ι 0, 0αατ 0αα0α εε Α0 ααα-εεατ ? Öý işlerini etmekden başgada siz ýene-de bir ýerde işleyärsiňiz?</p>	<p>ΑΑ 1 Γ Α0 2</p> <p>→710</p>	
708	<p>Εαε Α0 çτ αα0α, Γ αετ 0τ 00α ααί 0ετ 0 η0η0αεαα0η0ñ Γ α 0αατ 00, çα ετ 0τ 00β ει Γ εα0γ0 çα0τ εα00. Α00αεα çατ ει α0η0ñ Γ 0τ αααεε αα0αε, Γ 0τ α0ε0τ α Γ εα0τ εý, ηαι ε τ 0αατ εç0β0 ι αετ α Γ 0αατ 0εγ0εα εεε αεααα0β0 0=αη0ετ ι çαι εε, Γ α ετ 0τ 0τ ι 0αατ 0α0β0 αι αη0α η ηαι 0αε. Çατ ει αα0αη0 εε Α0 =αι - Γ εα0α0 Γ ατ ατ αεα Γ α0α=εηεαί τ τ ατ ? Siziñ bilşiňiz ýaly, käbir aýallar işe girýärler, soňada aýlyk töleyärler. Başgalary eşik, iýmit önümlerini satmak bilen meşgullanýarlar, özleri kiçi kärhanalary döredýärler ýa-da ýer uçastogyna eýe bolýarlar we şol ýerde öz maşgalalary bilen işleyärler. Sizem şulara meňzeş näme-de bolsa bir zat bilen meşgul bolýarsyňyzmy?</p>	<p>ΑΑ 1 Γ Α0 2</p> <p>→710</p>	

709	<p>Çaı eı äeëñü eë Äü eäet e-ëeäı äaäı öı e ä öä-äı eä ıı neäaı eö 12 ı änyöäa? Soňky 12 aýyň dowamynda haýsam bolsa bir iş bilen meşgul bolduňyzmy?</p>	<p>AA 1 İ ÄÖ 2</p>	→719
710	<p>Ääa e eäı Äü äaäı öaäöä eëe eäet äı Äaöä ı nı ı aı ı ä çaf yöä (äaäı öa) ? Siz nirede we kim bolup işleyärsiňiz siziň esasy käriňiz (işniňiz) näme?</p>	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px; margin: 0 auto;"></div> <hr/> <hr/> <hr/>	
711	<p>İ ÖT ÄÄDEÖÜ 710: ÆÄT ÜET Ä ÄÄÄT ÖÄÄÖ Ä NÄEUNET İ ÖT ÇBENOÄÄ</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px; margin: 0 auto;"></div> </div>		→713
712	<p>Äaäı öaäöä eë Äü ı ä nã äı nı änoäı ı ı ı çai äeü ı ı eëe ı öeı ääeäeäüäı nãı üä ö-änoäeä, ı ä äöäı äı ääı ı ı ö-änoäeä eëe ı ä -üäe-ëeäı çai eä ? Siziň özüňiz ýa-da maşgalaňyza degişli ýer uçastogynnda, kärende-de alnan uçastokda ýa-da başga biriniň ýerinde işleyärsiňizmi?</p>	<p>NT ÄNOÄÄT İT E ÇÄI EÄ 1 NÄI ÄEİT İ ÖXÄNOEÄ 2 ÄBÄI ÄT ÄÄI İT İ ÖXÄNOEÄ 3 İ Ä XÜÄE-EEÄT ÇÄI EÄ 4</p>	
713	<p>Äüı ı eı ýäöä eë Äü yöö äaäı öö äey -eäı ı ä nã äe nãı üe, äey eı äı - eëäı äüä eëe äey nääy? Siz bu işi öz maşgalaňyz üçin edýärsiňizmi ýa-da biri üçin, ýa-da özüňiz üçinmi?</p>	<p>ÄEB XÄÄI T Ä NÄI ÜE 1 ÄEB Eİ ÄT -EEÄT ÄÜÄ 2 ÄEB NÄÄB 3</p>	
714	<p>Äaäı öaäöä eë Äü ä öä-äı eä änääı äı ää, eëe ı ı nã çı ı ı ı, eëe äı ı äüä öı eueı ı äı ı äöäöı ı (ýı eçı äe-änee)? Siz ýylyň bütin dowamynda işleyärsiňizmi, ýa-da möwsümleýinmi, ýa-da birgezeklikmi (opizodly)?</p>	<p>Ä ÖÄXÄI EÄ ÄNÄÄT ÄT ÄÄ 1 İT NÄÇT İ İT 2 İ Ä İT EÄÖİT İ (ÝI EÇT ÄE XÄNEE) 3</p>	
715	<p>Ça äüı ı eı äı ı öp äaäı öö Ääı ı ı eä-eääpö ääı üäı e eëe ä ı äööäeü ı ı äeää, eëe ää Ääı äı ı äüä ı ä ı eäöyö? Siziň ýerine yetirýän işiňize pul bilen tölenýärmä ýa-da natural görnüşde, ýa-da size tekiz tölänoklarmy?</p>	<p>ÖT EÜET ÄÄI ÜÄÄI E 1 ÄÄI ÜÄÄI E E İ ÄÖÖDİ E 2 ÖT EÜET İ ÄÖÖDİ E 3 İ Ä İ EÄÖBÖ 4</p>	→718
716	<p>Èöt ı öeı eı ääö ı nı ı aı ı ä ääöäı eä ı öı ı, eäe äı eäı ü äüöü eñı ı eüçı ääı ü çä ääı öäı ı üä Ääı e ääı üäe? Siziň gazanan puluňyzy nähili ulanmaklygyny esasy kim çözüýär?</p>	<p>ÄÄÖÄÄÖ ÄÄI ÜET Ä 1 İ ÖÄI ÄDÖI ÄD 2 ÄÄÖÄPÖ ÄI ÄNÖÄ N İ ÖÄI İ ÄDÖI ÄD İ 3 ÄÄÖÄÄÖ ÈÖT -ÖT ÄDÖÄT E 4 ÄÄÖÄÄÖ ÄI ÄNÖÄ N EÄI -ÖT ÄDÖÄEİ 5</p>	

717	<p>Éæäý -anou ðanof aî a nâi æef i aî aî pææðà à nðàaf ài i tteðuaaàony ça n-ao Aaðæ çadî eabú: í e-aaî, í aî aa i ttefaef ú, tefet i ttefaef ú, aî eaa i ttefaef ú, ana eee Aað aî of a nî oðaf yaony?</p> <p>Siziñ gazanan aýlygyňzyň näçe bölegi maşgala býuzetiňiziň çykdaýjylarynyň näçe bölegini ýapýar: hiç hili, ýaryna golaýrak, ýaryndan gowrak, hemmesine ýa-da siziñ gazanjyňyz saklanýarmy?</p>	<p>Í È×AAÍ 1 Í AÍ AA Í T È T AEF Ú 2 Í È T È T È T AEF Ú 3 AÍ EAA Í T È T AEF Ú 4 ANA 5 Í AO, AA AÍ OF A NÍ OÐAF BAONB. 6</p>																										
718	<p>Ðaaf oaaòà eè ÄÜ a i nî í a í i i aî i a eèè a í a aî i a?</p> <p>Siz esasy öýüň içinde isleyärsiňizmi ýa-da öýňüziň daşynda?</p>	<p>AÍ I A 1 AÍ A AÍ I A 2</p>																										
719	<p>Éof a Aaðæ nâi uâ í á ú = í í i ðef ei aáo ðáof eá a neááopúeð neóáöeyó:</p> <p>Siziñ maşgalaňyzda aşakdaky ýagdaýlarda kim meselâni çözüýär?</p> <p>Í of i neóáöeyí i nî nôtýf ey aáoðaf çai ðf auý? Siziñ saglyk ýagdaýyňyz garanyňda?</p> <p>Í aî eüeð aî i aof eð çæof eáo ? Öý üçin satyn alynýan uly zatlar?</p> <p>Í aæaaf aaf úo aî i aof eð çæof eáo ? Gündeki öý üçin satyn alynýan zatlar?</p> <p>Í i nâ uâ í eyó nâi üe, äðoçæ eèè ðf aáoaf í eef a? Maşgalanyň dostlaryny, dogan-garyndaşlaryny görmäge gitmegi?</p> <p>Éæéop i eúo aî of aèèü í a èææúé aaf ú ? Her gün nähili tagamlary bişirmeli?</p>	<p>ÆAÍ ÜEÍ A = 1 Í OÆ/Í AÐOF AÐ = 2 AÍ ANÒA N Í OÆAÍ /Í AÐOF AÐ I = 3 ÐAÐAÁO EÓT -OT AÐOAT E = 4 ÆAÍ ÜEÍ A AÍ ANÒA N EÁI -OT AÐOAEÍ = 5</p> <table border="0"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
1	2	3	4	5																								
1	2	3	4	5																								
1	2	3	4	5																								
1	2	3	4	5																								
1	2	3	4	5																								
720	<p>Í ÐÈÑÓÒÑÒÁÓÁÓ ÈÓT -ÈÈÁT Í ÐÈ È Í OÁÐÁÚ (Í ÐÈÑÓÒÑÒÁÓÁÓ È NÈÓØAAÓ, Í ÐÈÑÓÒÑÒÁÓÁÓ, Í T Í Á NÈÓØAAÓ, ÈÈÈ Í ÈÈÓT Í Á Í ÐÈÑÓÒÑÒÁÓÁÓ)</p>	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>Í ÐÈÑ/ NÈÓ- ØAAÓ</td> <td>Í ÐÈÑ/ Í T Í Á NÈÓØ</td> <td>Í Á Í ÐÈÑ</td> </tr> <tr> <td>ÁÁØÈ <10</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Í OÆ</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>AÐOAEÁ Í OÆ×EÍ Ú</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>AÐOAEÁ ÆAÍ ÜEÍ Ú</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </table>		Í ÐÈÑ/ NÈÓ- ØAAÓ	Í ÐÈÑ/ Í T Í Á NÈÓØ	Í Á Í ÐÈÑ	ÁÁØÈ <10	1	2	3	Í OÆ	1	2	3	AÐOAEÁ Í OÆ×EÍ Ú	1	2	3	AÐOAEÁ ÆAÍ ÜEÍ Ú	1	2	3						
	Í ÐÈÑ/ NÈÓ- ØAAÓ	Í ÐÈÑ/ Í T Í Á NÈÓØ	Í Á Í ÐÈÑ																									
ÁÁØÈ <10	1	2	3																									
Í OÆ	1	2	3																									
AÐOAEÁ Í OÆ×EÍ Ú	1	2	3																									
AÐOAEÁ ÆAÍ ÜEÍ Ú	1	2	3																									
721	<p>É í taa í oæ ðaçaðææáony eèè aî çf oúaaony aænoaeyi è æaf ú. Í t Aaðaf of í a í ep, ei aáo eè í oæ i ðaaf i t a í you ðeó eèè aæa è çæeou nâ i p æaf o a neááopúeð neóáöeyó:</p> <p>Kâhalatlarda äri aýalynyň hereketlerine gaharlanýar we janyny ýakýar. Siziñ pikiriňizçe äri aýalyňa aşakdaky ýagdaýlarda el galdyrmaga ýa-da ýençmäge haky barmy:</p>	<p>AA Í AO Í A ÇÍ AAO</p>																										

	<p>Ánèè í íá áúøéá èç áíí ó ááç ááí áááíí à? Ánèè í íá íá ñí íòðèò çà ááòuí è ? Ánèè í íá ñííòðèò ñ í èì ? Ánèè í íá íòéaçúáááòñý íò íí èí áúò íòííøáí èè ñ í èì ? Ánèè ó í áá íí ááí ðáéá í èúá?</p>	<p>Egerde aýaly öýden ärinten rugsatsyz çyksa? Egerde ol çagalaryna seretmese? Egerde aýaly äri bilen jedelleşse? Egerde aýaly äri bilen jyns-aragatnaşygyndan boýun gaçyrsa? Egerde onuň nahary ýansa?</p>	<p>AÜØEA 1 2 8 Í Á Í ð È Ñ Í Á Ü Ø È Á Á Á Á Á Ç Á Á Á Ü Í È 1 2 8 Ñ Í Í ð È Ø 1 2 8 Í Ø È Á Ç Ü Í Ø Í Í È Í Á Ü Ø Í Ø Í Ø Á Í È È 1 2 8 Í Í Á Á Í ð Á È Á Í È Ü Á 1 2 8</p>
722	Áèè èè Áàn èí ááá-èèáí í óæ?		<p>ÁÁ 1 Í Á Ø 2 Í Ø È Á Ç È Á Ñ Ü Í Ø Á Á Ø È Ø Ü 3 Í Á Í Í Í È Ø 8</p>

РАЗДЕЛ 8 А: СПИД И ДРУГИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ПЕРЕДАЮЩИЕСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ

801	<p>Ñáè-áñ ý öíòáéá áú íí áí áí ð è ö ñ Ááí è áúá í ñéááòíúáí . Ñèúøáèè èè Áú èí ááá-èèáí í óæí è áí èáçí è, èáè ÑÍ ÈÁ? Siz bilen men ýene-de gürrüň edesimgelyär. Siz haçanam bolsa SPID keseli barada eşdipmidiňiz?</p>	<p>ÁÁ 1 Í Á Ø 2</p>	→818
802	<p>Í í æ í í èè èç á á á á á ú ç á ð á æ á í è ý á è ð ò ñ í Ñ Í È Á á ? Wirus SPID bilen ýokuşmaz ýaly edip bolýarmy?</p>	<p>ÁÁ 1 Í Á Ø 2 Í Á Ç Í Á Þ 8</p>	→810

803	<p>×01 +áēt ááē 1 1æáo nááēáou, +01 aŭ eçááæaou NÍ ÈÄ à?</p> <p>×01 - í èáóáü áŭá?</p> <p>SPID ýokuşmaz ýaly adamlar bir çäre görüp bolýarmy?</p> <p>Ene näme?</p> <p>ÇAT ÈØE0Ä ANÄ 1 ÄDÄ×ÈÑEÄÍ Í T Ä.</p>	<p>ÄT ÇÄÄÐÆÄÍ ÈÄT Ö Í T È. NÄBÇÄÈ A ÈÑÍ T EUÇT ÄÄÍ ÈÄÍ ÐÄÇÄÐÄÄ0ÈÄT Ä . B T ÄÐÄÍ È×È0UNB T ÄÍ ÈÍ T T È. T ÄÐ0Í ÄDT Í /ÈÍ Ä0U T T N0T BÍ Í T ÄT T T È. T ÄÐ0Í ÄDÄ C T ÄÐÄÍ È×ÄÍ ÈÄ ÈÍ ÈÈ×ÄN0ÄÄ Í T È. T ÄÐ0Í ÄDT Ä D ÈÇÄÄÄÄ0U Í T È. T ÖÍ T ØÄÍ ÈÈ Ñ T ÐT N0È000ÈÄÍ È E ÈÇÄÄÄÄ0U Í T È. T ÖÍ T ØÄÍ ÈÈ Ñ ÈÈ0ÄÍ È, ÈÍ ÄÐÜÈÖ Í T TÆÄN0ÄT T T È. T ÄÐ0Í ÄDT Ä F ÈÇÄÄÄÄ0U Í T È. T ÖÍ T ØÄÍ ÈÈ Ñ ÄT Í T NÄÈN0ÄÈÈN0ÄÍ È G ÈÇÄÄÄÄ0U Í T È. T ÖÍ T ØÄÍ ÈÈ Ñ T ÄÐÈT Í ÄÍ ÄÍ È, ÈT ÈÐÜÈÖÑB ÄÍ ÖØÈÈÄÍ Í T H ÈÇÄÄÄÄ0U T ÄÐÄÈÈÄÄÍ ÈÈ ÈÐT ÄÈ I ÈÇÄÄÄÄ0U ÈÍ ÜÄÈÖÈÈ J ÈÇÄÄÄÄ0U T T ÖÄÈÖÄÄ K ÈÇÄÄÄÄ0U ÖÈÖÑT Ä ÈT Í ÄDT Ä L ÈÇÄÄÄÄ0U ÈÄ×ÄÍ ÈB Ö ÇÍ Ä0ÄÐÄÈ M ÈÇÄÄÄÄ0U NÍ ÄÍ ÄN0Í T ÄT ÈÑÍ T EUÇT ÄÄÍ ÈB ÄÐÈ0ÄÜ/ÈÄÇÄÈÈ . . N ÄÐ0ÄT Ä _____ . W (ÖÈÄÇÄ0U ÈT Í ÈÐÄ0Í T) ÄÐ0ÄT Ä _____ . X (ÖÈÄÇÄ0Ü ÈT Í ÈÐÄ0Í T) T Ä ÇÍ ÄÄ0 Z</p>	
804	<p>1 1æíT èē eçááæaou çaðææáf ey äedön1i NÍ ÈÄà 1ðē í äēē=èē í äí í äí í äēí Öēē0T ääí í í äí í T ÈT äí äí 1 äð0í äðä, èí 01 ðüē í ä èí ää0 äðä0ē 1 T ÈT äü0 1 äð0í äðT ä ?</p> <p>SPID wirusy bilen infisirlenmedik, we sizden başga jyns erkegi bolmadyk ýeke-täk adam bilen jyns aragatnaşygynda bolman bilen spid wirusynyň ýokuşmazlygynyň öňüni alyp bolýarmy?</p>	<p>ÄÄ 1 T Ä0 2 T Ä ÇÍ ÄÄ0 8</p>	
805	<p>1 1æáo èē +áēt ááē çaðäçèüüny äedön1i NÍ ÈÄà 1ðē öéoná èí 1 äðä?</p> <p>Çywyn çakan mahaly adam wirus SPID geçip bilermi?</p>	<p>ÄÄ 1 T Ä0 2 T Ä ÇÍ ÄÄ0 8</p>	
806	<p>1 1æíT èē eçááæaou çaðææáf ey äedön1i NÍ ÈÄà, èñ1T èüçöy 1ðäçaðäæ0ēä 1ðē èææá11 1T ÈT äí 1 äè0ä?</p> <p>Her jyns aragatnaşygynda prozerwativ ulanyp wirus SPID ýokuşmaz ýaly bolýarmy?</p>	<p>ÄÄ 1 T Ä0 2 T Ä ÇÍ ÄÄ0 8</p>	

807	<p>Ì íæíí èè çàðàçåóóíý àåðóíí ÑÍ ËÄà í ðå íí àí áíóííí òííòààåáí èè íåóå ñ àåðóíí ííåóåáí (áíåííóí) ÑÍ ËÄà?</p> <p>Wirusgöteriji näsag bilen çörek ýmän virus SPID ýokuşmazlygynyň öňüni alyp bolýarmy?</p>	<p>ÄÄ 1 Í ÄÖ 2 Í Ä ÇÍ ÄÄÖ 8</p>																			
808	<p>Ì íæíí èè í ðááíòðáí èóóíý íò çàðàæáí èý àåðóíí ÑÍ ËÄà, íí íéíííóóþ íòåçààøèíó íò íí íéíí áóó èí íòåéóí á?</p> <p>Jyns aragatnaşyndan saklanyp virus SPID-den goranyp barýarmy?</p>	<p>ÄÄ 1 Í ÄÖ 2 Í Ä ÇÍ ÄÄÖ 8</p>																			
810	<p>Ì íæáò èè +áéí ááé, áóáéýáýóéé çáí ðí áóí, íéáçáóóíý çàðàæáí íóí àåðóíí ÑÍ ËÄà?</p> <p>Şeýle ýagdaý bolup bilýärimi, adam daşyndan sag görüňýär, emma oňa SPID keseli ýokuşan?</p>	<p>ÄÄ 1 Í ÄÖ 2 Í Ä ÇÍ ÄÄÖ 8</p>																			
811	<p>Çí ááóá èè ÄÜ èè íí éí áí-íéáóáó, èóí çàðàæáí àåðóíí ÑÍ ËÄà, èèè éí áí-íéáóáó, èóí óí áð íò ÑÍ ËÄà ?</p> <p>Siz bilýärsiňizmi tanaýalarňyzyň içinde virus SPID keseli ýokuşan ýa-da SPID-den ölen?</p>	<p>ÄÄ 1 Í ÄÖ 2</p>																			
812	<p>Ì íæáò èè í áðáááááóóóíý àåðóíí ÑÍ ËÄà íò í áóáðè è ðáááí èó?</p> <p>Wirus SPID eneden çaga geçip bilýärimi?</p>	<p>ÄÄ 1 Í ÄÖ 2 Í Ä ÇÍ ÄÄÖ 8</p>	<p>→ 814</p>																		
813	<p>Ä éáéó íéó+áýó àåðóí, áóçóáááóéé ÑÍ ËÄà í íæáò áóóó í áðáááí íò í áóáðè è ðáááí èó?</p> <p>Nähili ýagdaýlarda SPID keselini emeli getirýän virus eneden çaga geçip bilýär?</p> <p>Ì íæáò èè íí í áðáááááóóóíý...</p> <table data-bbox="761 798 1456 957"> <tr> <td>Äí áðáí ý ááðáí áí íííóé?</td> <td>Göwrelilik wagtynda?</td> </tr> <tr> <td>Äí áðáí ý ðí áí á?</td> <td>Çagany dogurýan wagtynda?</td> </tr> <tr> <td>Äí áðáí ý áðóáí í áí áíéáðí èéááí èý?</td> <td>Çagany emdirýän wagtynda?</td> </tr> </table>	Äí áðáí ý ááðáí áí íííóé?	Göwrelilik wagtynda?	Äí áðáí ý ðí áí á?	Çagany dogurýan wagtynda?	Äí áðáí ý áðóáí í áí áíéáðí èéááí èý?	Çagany emdirýän wagtynda?	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ДА ЗНАЕТ</th> <th>НЕТ</th> <th>НЕ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>	ДА ЗНАЕТ	НЕТ	НЕ	1	2	8	1	2	8	1	2	8	
Äí áðáí ý ááðáí áí íííóé?	Göwrelilik wagtynda?																				
Äí áðáí ý ðí áí á?	Çagany dogurýan wagtynda?																				
Äí áðáí ý áðóáí í áí áíéáðí èéááí èý?	Çagany emdirýän wagtynda?																				
ДА ЗНАЕТ	НЕТ	НЕ																			
1	2	8																			
1	2	8																			
1	2	8																			
814	<p>Ì ðí ÄÄÉÖÜ 501:</p> <table data-bbox="268 1053 1971 1197"> <tr> <td> <p>А Í ÄŒŒİ ßÜÉÉ İ İ İ ÄÍ Ö</p> <p>ÇÄİ ÖÆÄİ /ÆÉÄÄÖ</p> <p>Ñ İ ÖÆ×ÉÍ Í É</p> </td> <td> <p>А Í ÄŒŒİ ßÜÉÉ İ İ İ ÄÍ Ö</p> <p>Í Ä ÇÄİ ÖÆÄİ / Í Ä ÆÉÄÄÖ</p> <p>Ñ İ ÖÆ×ÉÍ Í É</p> </td> </tr> </table>	<p>А Í ÄŒŒİ ßÜÉÉ İ İ İ ÄÍ Ö</p> <p>ÇÄİ ÖÆÄİ /ÆÉÄÄÖ</p> <p>Ñ İ ÖÆ×ÉÍ Í É</p>	<p>А Í ÄŒŒİ ßÜÉÉ İ İ İ ÄÍ Ö</p> <p>Í Ä ÇÄİ ÖÆÄİ / Í Ä ÆÉÄÄÖ</p> <p>Ñ İ ÖÆ×ÉÍ Í É</p>		<p>→ 815Ä</p>																
<p>А Í ÄŒŒİ ßÜÉÉ İ İ İ ÄÍ Ö</p> <p>ÇÄİ ÖÆÄİ /ÆÉÄÄÖ</p> <p>Ñ İ ÖÆ×ÉÍ Í É</p>	<p>А Í ÄŒŒİ ßÜÉÉ İ İ İ ÄÍ Ö</p> <p>Í Ä ÇÄİ ÖÆÄİ / Í Ä ÆÉÄÄÖ</p> <p>Ñ İ ÖÆ×ÉÍ Í É</p>																				
815	<p>Ðaçáí ááðèááááá èè ÄÜ í íóóýó í ðááíòðáí áí èý íò çàðàæáí èý àåðóíí ÑÍ ËÄà (íí íáí èí í óæáí èèè ñ í óæ=éí íé, ñ éí ðí ðóí æéááóá)?</p> <p>Siz öz äriňiz bilen, ýa-da başga jyns aragatnaşygynda bolýan erkek adamyňyz bilen SPID keseliniň virusynyň ýokuşmaklygynyň öňüni almak barada gürrüň edýärsiňizmi?</p>	<p>ÄÄ 1 Í ÄÖ 2</p>																			

815A	<p>Í í Áaøáí ó í í á í èþ, áí í ó ñ èí í è è è í á áí í ó ñ èí í í ò í áí á è ó ù á è ñ è ó ñ è è í Ñ Í È Á á:</p> <p>Siziñ pikiriñize SPID barada gürrüñ etmäge rugsat bermelimi ýa-da ýok?</p> <p style="text-align: center;">Í í ð á á è í ? Radiodan? Í á ó á è á á è á í è è ? Telewideniýa boýunça? Á ä ä ç á ó á ð ? Gazetlerden?</p>	<p>AT Í Ó Ñ Ò È Í Í Í Á AT Í Ó Ñ Ò È Í Í Í Á Ç Í Á Á Ó</p> <p style="text-align: center;">1 2 8 1 2 8 1 2 8</p>	
816	<p>Áñ è è ÷ á è í á á è ó ç í á è, ÷ ò í í í / í í í á è í ð è ò è ð í á á í ú á è ð ò ñ í Ñ Í È Á á, í ó á í í è è ð á í è ó ù ý ò í ò ó á è ò á ó á è í á è è í í á í á í è á í ú ç í á ó ù í è ð ó á è þ ú è á ?</p> <p>Eger-de adam özüniñ SPID keseliniñ wirusy bilen infisirlenendigini bilse, onda ol bu ýagdaýy gizlinlikde saklamalymy ýa-da özüni, gursap alan adamlara aýtmalymy?</p>	<p>Ó Ð Á Í È Ó ù Á Ó Á È Í Á 1 Á Í È Á È Í Ú Ç Í Á Ó ù Í È Ð Ó Á È Á Þ Ú È Á 2 Í Á Ç Í Á Á Ó / Í Á Ó Á Á Ð Á Í Á 8</p>	
817	<p>Áñ è è Á a ø á è è ç è è è ð í á ñ ó á á í í è è ç á ð á ç è è ñ ý á è ð ò ñ í Ñ Í È Á á, ò í ó á è è á ú Á ú ç á á í ð è ó ñ ý í í á í á Á a ø á í ñ í á ñ ó á á í í í á í í á ?</p> <p>Eger-de siziñ dogan garyndaşlaryňzyñ birine SPID keseliniñ wirusy ýokuşan bolsa, onda siz ol barada öz öýüňizde alada etmek islärsiňizmi?</p>	<p>Á Á 1 Í Á Ó 2 Í Á Ç Í Á Á Ó / Í Á Ó Á Á Ð Á Í Á / Ç Á Á È Ñ È Ó Í Ó Í Á Ñ Ó Í Þ Ó Á È Ú Ñ Ó Á 8</p>	
817b	<p>Áñ è è ÷ á è í á á è ý á è ý á ó ñ ý á è ð ò ñ í í ñ è ó á è á í Ñ Í È Á á, è ð á á í ó á ó á í á ñ ó á ñ á ð ó á è í è è þ á ù ì è, í á í ð è í á ð, á í á á á ç è í á, í ð è ñ á è è è í á ó á ð í á, í í á í í í è è á í ó í í ç á í è è ó ù í ð í á í è á è ó ù ð á á í ó ó è è è í á ó ?</p> <p>Eger-de adam SPID keseliniñ wirusyny görteriji bolsa, hem-de beýleki adamlar bilen bilelikde, meselem magazine, ofisinde ýa-da fermede işleýän bolsa, onda oňa işlemegini dowam etmäge rugsat bermelimi ýa-da ýok?</p>	<p>Í Í Á È Á Ó Í Ð Í Á Í È Á È Ó ù Ð Á Á Í Ó Ó 1 Í Á Á Í È Á È Í Í Ð Í Á Í È Á È Ó ù Ð Á Á Í Ó Ó ... 2 Í Ç / Ç Á Á È Ñ È Ó Í Ó Í Á Ñ Ó Í Þ Ó Á È Ú Ñ Ó Á ... 8</p>	
817ñ	<p>Á í è á è í ú è è á á ð è á á í ç ð á ñ ó á 12-14 è á ò í ð í ð í á è ó ù í á ó ÷ á í è á í ó í í ñ è ó á è ú í í è ñ í í è ú ç í á á í è ý í ð á ç á ð á á è á á á è ý í ð í ð è á è è è è Ñ Í È Á á?</p> <p>SPID-ñ öñüni almak maksady bilen prozerwatiw ulanmak barada 12-14 ýaşly çagalara sapak geçmegi gerekmi ýa-da ýok?</p>	<p>Á Á 1 Í Á Ó 2 Í Ç / Ç Á Á È Ñ È Ó Í Ó Í Á Ñ Ó Í Þ Ó Á È Ú Ñ Ó Á ... 8</p>	
817d	<p>Í ð í ð í á è è è è Á ú è í á á á è è á í ð á ñ è ð í á á í è á í á í á è è è á á è ð ñ á Ñ Í È Á á?</p> <p>Siz haçan hem bolsa SPID keseliniñ wirusynyñ barlygyny bilmek üçin testirowaniýe geçdiňizmi?</p>	<p>Á Á 1 Í Á Ó 2</p>	→817gx
817á	<p>Ó í ó á è è á ú Á ú í ð í è è è ð á ñ è ð í á á í è á í á í á è è è á á è ð ñ á Ñ Í È Á á?</p> <p>Siz SPID wirusynyñ barlygyny ýüze çykarmak üçin testirleme geçmek işleýärsiňizmi?</p>	<p>Á Á 1 Í Á Ó 2 Í Á Ç Í Á Á Ó / Í Á Ó Á Á Ð Á Í Á 8</p>	
817f	<p>Ç í á á á á è è Á ú í á ñ ó í, á á á Á ú í í á è è á ú í ð í è è è ð á ñ è í á Ñ Í È Á á?</p> <p>Siz nirede SPID boýunça test geçip bolýandygyny bilýärsiňizmi?</p>	<p>Á Á 1 Í Á Ó 2</p>	→818

819	<p>Èæŕ áú nêi ÿòŕ ÿ ááŕ áðe=ánêò çááŕéáááŕ éé ó ÿ æ=éŕ?</p> <p>Èæèè áúá?</p> <p>Siziň pikiriňizçe nähili syptlar we alamatlar arkaly adamynyň infisirlenendigi bilip bolýar?</p> <p>Ýenede nähili?</p> <p>Ŧ ÕÏ ÄÒÈÕÙ ÄÑÄ Ŧ ÄÐÄ×ÈÑÈÄŦ Ŧ ÕÄ.</p>	<p>ÄŦ ÈÙ Ä ÆÈÄŦ ÕÄ A ÄÛÄÆÄŦ Èß ÈÇ Ŧ ÄÐÕÆ. ŦŦ È. Ŧ ÐÄÄŦ Ŧ Ä B ÇÈŦ ÄŦ Ŧ Ŧ ÕÄ ÄÛÄÆÄŦ Èß C ÆÄÕ×ÈÄ ÄŦ ÈÈ Ŧ ÐÈ Ŧ Ŧ ×ÄÈÑŦ ÕÑÈÄŦ ÈÈ D ŦŦ ÈÐÄÑŦ ÄŦ ÈÄ/ÄŦ ÑŦ ÄÈÄŦ ÈÄ Ŧ ÄÐÕÆ. ŦŦ È.Ŧ ÐÄÄŦ Ŧ Ä E Ŧ ÕÄÈÈ Ä Ŧ ÄÈÄÑÕÈ ÄÄŦ ÈÐÄÈÈÈ F ÝÐŦ ÇÈÈ È ßÇÄÛ ÄÄŦ ÈÐÄÈÈÈ G ÈŦ Ŧ ÄÈÈŦ Ŧ Õ H ÈÐŦ ÄÙ Ä Ŧ Ŧ ×Ä I ŦŦ ÕÄÄŦ ÈÄ J ÈÏ ŦŦ ÕÄŦ ÕÈß K ÑÈÏ ŦŦ ÿ Ŧ Ä Ŧ Ä Õ L</p> <p>ÄÐÕÄŦ Ä _____ W (ÕÈÄÇÄÕÙ ÈŦ Ŧ ÈÐÄÕŦ Ŧ)</p> <p>ÄÐÕÄŦ Ä _____ X (ÕÈÄÇÄÕÙ ÈŦ Ŧ ÈÐÄÕŦ Ŧ)</p> <p>Ŧ Ä ÇŦ ÄÄÕ Z</p>	
820	<p>Èæŕ áú nêi ÿòŕ ÿ ááŕ áŕ ðe=ánêò çááŕéáááŕ éé ó æŕ ÿèŕ?</p> <p>Èæèè áúá?</p> <p>Siziň pikiriňizçe nähili syptlar we alamatlar arkaly aýal maşgalanyň infisirlenendigini bilip bolýar?</p> <p>Ýenede nähili?</p> <p>Ŧ ÕÏ ÄÒÈÕÙ ÄÑÄ Ŧ ÄÐÄ×ÈÑÈÄŦ Ŧ ÕÄ.</p>	<p>ÄŦ ÈÙ Ä ÆÈÄŦ ÕÄ A ÄÛÄÆÄŦ Èß ÈÇ Ŧ ÄÐÕÆ. ŦŦ È. Ŧ ÐÄÄŦ Ŧ Ä B ÇÈŦ ÄŦ Ŧ Ŧ ÕÄ ÄÛÄÆÄŦ Èß C ÆÄÕ×ÈÄ ÄŦ ÈÈ Ŧ ÐÈ Ŧ Ŧ ×ÄÈÑŦ ÕÑÈÄŦ ÈÈ D ŦŦ ÈÐÄÑŦ ÄŦ ÈÄ/ÄŦ ÑŦ ÄÈÄŦ ÈÄ Ŧ ÄÐÕÆ. ŦŦ È.Ŧ ÐÄÄŦ Ŧ Ä E Ŧ ÕÄÈÈ Ä Ŧ ÄÈÄÑÕÈ ÄÄŦ ÈÐÄÈÈÈ F ÝÐŦ ÇÈÈ È ßÇÄÛ ÄÄŦ ÈÐÄÈÈÈ G ÈŦ Ŧ ÄÈÈŦ Ŧ Õ H ÈÐŦ ÄÙ Ä Ŧ Ŧ ×Ä I ŦŦ ÕÄÄŦ ÈÄ J ÑÈÏ ŦŦ ÿ Ŧ Ä Ŧ Ä Õ K</p> <p>ÄÐÕÄŦ Ä _____ W (ÕÈÄÇÄÕÙ ÈŦ Ŧ ÈÐÄÕŦ Ŧ)</p> <p>ÄÐÕÄŦ Ä _____ X (ÕÈÄÇÄÕÙ ÈŦ Ŧ ÈÐÄÕŦ Ŧ)</p> <p>Ŧ Ä ÇŦ ÄÄÕ Z</p>	
822	<p>ÄŦ èæèè èè ÄÛ ä ðæ=áŕ èä ŦŦ ñéááŕ èò 12 ÿ änyóáá èæŕ é=èèáŕ ááŕ áðe=ánêŕ é áŦ èäçŦ ùþ?</p> <p>Siz soňky 12 aýyň dowamynda nähili hem bolsa bir weneriki keseli bilen kesellediňizmi?</p>	<p>ÄÄ 1 Ŧ Ä Õ 2 Ŧ Ä ÇŦ ÄÄÕ 8</p>	<p>→831</p>

823	<p>Óáířáđú í í á óí óáéířnú áú çáááđú Āáí í áñéí éúéí áííđířńá í óí í ñéóáéúíř Āáóááí çáíđí áúý çá í ĩ ñéááí éá 12 í ányóáá. Ēířááá ó ááí úéí ú í ááéřáářóňý áúááéáí éý éç í áđóáéí úó í řéř áúó í đááí řá. Áúéé éé ó Āáń á óá-áí éá í ĩ ñéááí éó 12 í ányóáá áúááéáí éý éç í áđóáéí úó í řéř áúó í đááí řá?</p> <p>Siziň soňky 12 aýyň dowamynda saglygyňzyň ýagdaýyny bilmek üçin meniň size birnäçe soraglar beresim gelyär. Kähalatlarda aýallarda daşky jyns orgnalaryndan bölünip çykmalar bolup geçeyär. Sizde soňky 12 aýyň dowamynda daşky jyns organlaryňyzdan bölünip çykmalar boldumy?</p>	AA 1 í Á Ó 2 í Á Ç í Á Á Ó 8											
824	<p>Ēířááá ó ááí úéí ú áúáářó áí ñíáéáí éý ééé ýçáú í áđóáéí úó í řéř áúó í đááí řá. Áúéé éé ó Āáń á óá-áí éá í ĩ ñéááí éó 12 í ányóáá áí ñí áéáí éý ééé ýçáú í áđóáéí úó í řéř áúó í đááí řá?</p> <p>Kähalatlarda aýallaryň daşky jyns organlarynda çişme ýa-da ýara bolýar. Sizde soňky 12 aýyň dowamynda boldumy?</p>	AA 1 í Á Ó 2 í Á Ç í Á Á Ó 8											
825	<p>í đí ĀĀđĒÓÚ 822, 823 Ē 824:</p> <p>ÁÓĒĀ Ēí ÓĒÓĒđĒĀĀí Ā</p> <p style="text-align: right;">í Á ÁÓĒĀ Ēí ÓĒÓĒđĒĀĀí Ā</p>	<p style="text-align: right;">→ 831</p>											
826	<p>Ā í ĩ ñéááí éé đaç, éřááá Āú áúéé Ēí ÓĒÓĒđĒĀĀí Ū (Ēç Ā.822/823/824), í řéó-áéé éé Āú éáéř é-ééář áéá éř í ñéóúóóéé ééé éá-áí éý?</p> <p>Soňky sapar siz haçan infisirlendiňiz. Siz nähili hem bolsa konsultasiýa ýa-da bejerişleri aldyňyzmy?</p>	AA 1 í Á Ó 2	<p style="text-align: right;">→ 828</p>										
827	<p>Ā í ĩ ñéááí éé đaç, éřááá Āú áúéé Ēí ÓĒÓĒđĒĀĀí Ū (Ēç Ā.822/823/824), í đááí đéř éř áéé éé Āú -óř-í-éáóáú éç ñéáářóúááí?</p> <p>Ēí ří ñéóúóéđí ááééñú éé Āú/í řéó-áéé éá-áí éá ó í ááđáář óř ééř á á í ř éééééř ééá ééé ář éúřéóá?</p> <p>Ēí ří ñéóúóéđí ááééñú éé Āú/í řéó-áéé éá-áí éá ó ç í áđóáđý?</p> <p>Ēí ří ñéóúóéđí ááééñú éé Āú/í řéóř áéé éáéáđñóáá á í áááçéř á ééé ář óáéá?</p> <p>Ēí ří ñéóúóéđí ááééñú éé Āú ñ áđóçúý í é ééé đí áñóáář í ééáí é?</p> <p>Soňky sapar siz haçan infisirlendiňiz? Aşakdaky görkezmeleriň haýsysyny etdiňiz?</p> <p>Konsultasiýa aldyňyzmy, saglyk öýlerinde ýa-da keselhanada medisina işgärlerinden bejerişler aldyňyzmy?</p> <p>Konsultasiýa aldyňyzmy? Siz tebigden bejerişler aldyňyzmy?</p> <p>Konsultasiýa aldyňyzmy? Siz magazinden ýa-da dermanhanadan derman satyn aldyňyzmy?</p> <p>Siz dostryňyz ýa-da dogan-garyndaşlaryňyz bilen maslahatlaşdyňyzmy?</p>	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">ДА</th> <th style="width: 50%;">НЕТ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>	ДА	НЕТ	1	2	1	2	1	2	1	2	
ДА	НЕТ												
1	2												
1	2												
1	2												
1	2												
828	<p>Ēířááá Āú áúéé Ēí ÓĒÓĒđĒĀĀí Ū (Ēç Ā.822/823/824), ñí ř áúééé éé ř á ýóř í óáéóá ééóáí , ñ éř óř đúí é Āú éř áéé í řéř áúá í đóř í đóář éý?</p> <p>Siz haçan infisirlenendiňizi bileniňizden, bu habary jyns aragatnaşygynda bolan erkegiňize aýtdyňyzmy?</p>	AA 1 í Á Ó 2 í Á Ē Í Ó Ē Đ Ú Ó Ē Í Á Ā Ē Á Ó 3											
829	<p>Ēířááá Āú áúéé Ēí ÓĒÓĒđĒĀĀí Ū (Ēç Ā.822/823/824), í đááí đéř éř áéé éé Āú -ééář , -óř áú í á çáđáçéóú Āáóááí í řéř ář ář í áđóř áđá (řá)?</p> <p>Haçan siz infisirleneniňizi bileniňizde öz jyns aragatnaşygynda bolýan erkegiňize ýokysmazlygy üçin nähili çäreler gördüňiz?</p>	AA 1 í Á Ó 2 í Á Đ Ó Í Á Đ Ó Ē Ē Í Ó Ē Ó Ē Đ Ē Ā Ā Í 3	<p style="text-align: right;">→ 831</p>										

830	<p>×òĭ ĀŪ ĩđááĭđēĭēĭ áēē, ÷òĭ áŪ ĩ á çáđáçēóŪ Āáđááĭ ĩ áđóĭ áđá? ĀŪ ... Siz öz jyns aragatnaşygynda bolýan erkegiňize kesel ýokuşmazlygy üçin nähili çäreler gördüňiz? Siz...</p> <p>ĭ đáēđááēēē ĩ ĩ ēĭ áŪá ĩ óĭ ĩ đáĭ ēŷ?</p> <p>Ēĭ ĩ ēŷĭ ááēē ĩ đáçáđááēēá ĩ đē ĩ ĩ ēĭ áĭ ĩ áēá?</p> <p>ĭ đēĭēĭ áēē ēáēáđŋóáĭ?</p> <p>Jyns aragatnaşynda kesdiňiz</p> <p>Jyns aragatnaşygynda prozerwativi ulandyňyzmy?</p> <p>Dermanlar içdiňizmi?</p>	<p>ДА</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p>	<p>НЕТ</p> <p>2</p> <p>2</p> <p>2</p>
-----	--	---	--

РАЗДЕЛ 8В. ОБРАЗ ЖИЗНИ

831	Следующие вопросы будут касаться того как Вы питаетесь, а также некоторых возможных привычек. Indiki soraglar nāhili ýmitleñsiñiz we endikleriñiz barada?		
832	Èaè Áù òòì nāāy n=èòààòà, òòāāy èè Áù, òòòì àeufāy èèè òòèfāy? Siz özüñizi nāhili hasaplaýarsyñyz hormy, ýetikmi ýa-da semizmi?	ÖÖÄÄB 1 Í Í ÒÌ ÀÈÚÍ ÁB 2 ПОЛНАЯ 3 НЕ ЗНАЕТ 6	
833	Принимаете ли Вы обычно пищу умеренно соленой, очень соленой или вообще не соленой? Siz ýmitleniñizde duzlaýarsyñyzmy, has duzlyny gowy görýärsiñiz ýa-da duzlamaýarsyñyz?	Í ×ÁÍ Ò ÑÍ ÈÁÍ Í È 1 ÒÍ ÁBÁÍ Í Í ÑÍ ÈÁÍ Í È 2 ВООБЩЕ НЕ СОЛЕННОЙ 3 НЕ ЗНАЕТ 6	
834	Добавляете ли Вы соль в пищу перед тем как ее употребить? Siz nahar iyjek bolañyzda duz goşýarsyñyzny?	НИКОГДА НЕ ДОБАВЛЯЕТ СОЛЬ 1 ДА, НО ВНАЧАЛЕ ПРОБУЕТ ВКУС 2 ВСЕГДА ДОБАВЛЯЕТ 3 НЕ ЗНАЕТ 6	
835	Курили ли Вы когда-либо сигареты или папиросы или другие табачные изделия? Siz haçanda bir wagt çilim ýa-da papiros çekipmidiñiz?	ДА 1 НЕТ 2	→844
836	Выкурили ли Вы по меньшей мере 100 сигарет или других табачных изделий за всю свою жизнь? Siz ýaşayşyñyzda şu wagta çenli jemi 100 sany çilim çekipmidiñiz?	ДА 1 НЕТ 2	
837	Курите ли Вы сейчас ежедневно, от случая к случаю или вообще не курите? Siz şu wagt günde çilim çekýärsiñizmi, ýa-da bir ýagdaý bolanda ýa-da çilim asly çekeñizokmy?	ЕЖЕДНЕВНО 1 ОТ СЛУЧАЯ К СЛУЧАЮ 2 ВООБЩЕ НЕ КУРИТ 3	→840
838	Было ли время, когда Вы курили ежедневно? Sizin günde çilim çeken wagtyñyz boldymy?	ДА 1 НЕТ 2	→844

839	<p>Как давно Вы курили ежедневно?</p> <p>Her gün çilim çekeninize köp wagt geçdimi?</p>	<p>КУРИТ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ 11</p> <p>МЕНЕЕ 1 МЕСЯЦА НАЗАД ... 12</p> <p>1 - 6 МЕСЯЦЕВ НАЗАД 13</p> <p>6 - 12 МЕСЯЦЕВ НАЗАД 14</p> <p>1 - 5 ЛЕТ НАЗАД 15</p> <p>5 - 10 ЛЕТ НАЗАД 16</p> <p>БОЛЕЕ 10 ЛЕТ НАЗАД 17</p> <p>НЕ ПОМНИТ 98</p>	
840	<p>В течение сколько лет Вы курили(те) ежедневно?</p> <p>Näçe ýylyň dowamynda her gün çilim çekdiniz?</p>	<p>ЧИСЛО ЛЕТ <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>НЕ ЗНАЕТ 9 8</p>	
841	<p>Сколько сигарет или папирос в день Вы выкуривали(ете)?</p> <p>Günüň dowamynda çilim ýa-da papiros çekdiniz (ýär siniz)?</p>	<p>КОЛИЧЕСТВО <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>НЕ ЗНАЕТ 9 8</p>	
842	<p>Сколько Вам было лет, когда Вы начали курить ежедневно?</p> <p>Siz näçe ýaşinyzdadyňyz günde çilim çekip başlan wagtyňyz?</p>	<p>ВОЗРАСТ <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>НЕ ЗНАЕТ 9 8</p>	
843	<p>Пытались ли Вы бросить курить?</p> <p>Siz çilimi goýmaga synanyşyp gördinizmiň?</p>	<p>ДА 1</p> <p>НЕТ 2</p>	
844	<p>Живете ли Вы в доме, где другие люди ежедневно курят?</p> <p>Siziň ýaşayan öýnizde adamlar günde çilim çekýärlermi?</p>	<p>АА 1</p> <p>ЃАО 2</p>	
845	<p>Работаете ли Вы в том месте, где ежедневно курят</p> <p>Siziň işleýän eriňizde günde çilim çekýärlermi</p>	<p>ДА 1</p> <p>НЕТ 2</p> <p>НЕ РАБОТАЕТ 2</p>	
846	<p>Выпивали ли Вы когда-либо алкогольные напитки?</p> <p>Siz arak, şerap içgilerini içip gordiňizmi?</p>	<p>ДА 1</p> <p>НЕТ 2</p>	→854

847	Выпиваете ли Вы алкогольные напитки сейчас? Siz şu wagt arak - şerap içýärsiňizmi?	ДА 1 НЕТ 2 ТОЛЬКО ПО ПРАЗДНИКАМ ... 3	→854 →854
848	Сколько рюмок или фужеров или стаканов алкоголя Вы в среднем принимаете за неделю? Siz bir hepdäniň dowamynda näçe käsi, stakan arak - şerap içýärsiniz?	КОЛИЧЕСТВО <input type="text"/> <input type="text"/> НЕ ЗНАЕТ 9 8	
849	Сколько рюмок или фужеров или стаканов алкоголя Вы в среднем принимаете в выходные? Siz dynç günleri näçe stakan, käse arak-şerap içýärsiňiz?	КОЛИЧЕСТВО <input type="text"/> <input type="text"/> НЕ ЗНАЕТ 9 8	
850	Думали ли Вы когда-либо о том, что Вам необходимо прекратить прием алкогольных напитков? Siz haçanda bir wagt arak-şerap bütinleý içmeksizlik barada pikir edip gördüňizmi?	ÄÄ 1 ÍÄO 2	
851	Критикуют ли Вас или ругают ли за то, что Вы принимаете алкогольные напитки? Arak-şerap içýändigiz üçin size käýinýärlermi ýa-da utandyýarlarmy?	ÄÄ 1 ÍÄO 2	
852	Чувствовали ли Вы себя виноватой за то, что принимаете алкогольные напитки? Arak-şerap içýänligiňiz üçin siz özüňizi gûňäli duýarmyşyňyz?	ÄÄ 1 ÍÄO 2	
853	Бывает ли такое, что Вы принимаете алкоголь по утрам, чтобы успокоиться или чтобы опохмелиться? Sizde şeýle ýagdaý bolýarmy, özüňizi rahatlandyrmak üçin ir bilen arak-şerap içýärsiňizmi?	ÄÄ 1 ÍÄO 2	
854	Делали ли Вам какие-либо инъекции за последние 3 месяца? Size soňky üç aýda ukol etdilermi?	ÄÄ 1 ÍÄO 2	→857
855	Сколько раз Вам делали инъекции за последние 3 месяца? Size soňky üç aýda näçe gezek ukol etdiler?	КОЛИЧЕСТВО <input type="text"/> <input type="text"/> КАЖДЫЙ ДЕНЬ 9 8	

856	<p>Кто делал Вам инъекцию в последний раз? Size soňky gezek haçan ukol etdiler?</p>	<p>ՃԱԿՆԻ ԴՆԵՆՆԱԿԱՆ ԻՆՅԵԿՏԻՆԻ ԵՆՆՈՒՄԸ 1 ՕՊԵՐԱԿՆԵՐԸ 2 ՇՆՆԱԿԱՆ ԸՆԴՈՒՄԸ 3 ԿՆՆԱԿԱՆ ԻՆՅԵԿՏԻՆԻ ԵՆՆՈՒՄԸ 4 ՆԱԿԱՆ ԸՆԴՈՒՄԸ 5 ԿՆՆԱԿԱՆ ԸՆԴՈՒՄԸ 6 (ՕՔԱՇԱՌՈՒ ԵՒ ԴԵՃԱՌԻՆ)</p>										
857	<p>Разрешите в последний раз померить Вам кровяное давление на левой руке, а также пульс? Siz soňky gezek artarial gan basyşyny we ýürek urşyny ölçemäne rugsat etdseňiz?</p> <p>ПОМЕРИТЬ ДАВЛЕНИЕ НА ЛЕВОЙ РУКЕ, А ТАКЖЕ ПУЛЬС ЗАПИСАТЬ РЕЗУЛЬТАТЫ</p>	<p>ՆՆՆՈՒՄ ԵՆՆԱԿԱՆ ԸՆԴՈՒՄԸ</p> <table border="1" data-bbox="1794 459 1966 512"> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table> <p>ԿՆՆԱԿԱՆ ԸՆԴՈՒՄԸ</p> <table border="1" data-bbox="1794 512 1966 564"> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table> <p>ԴՆՆՈՒՄ</p> <table border="1" data-bbox="1794 624 1966 676"> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table>										
857A	<p>Разрешите в последний раз померить Вам кровяное давление на правой руке, а также пульс? Siz soňky gezek artarial gan basyşyny we ýürek urşyny ölçemäne rugsat etdseňiz?</p> <p>ПОМЕРИТЬ ДАВЛЕНИЕ НА ПРАВОЙ РУКЕ, А ТАКЖЕ ПУЛЬС ЗАПИСАТЬ РЕЗУЛЬТАТЫ</p>	<p>СИСТОЛИЧЕСКОЕ</p> <table border="1" data-bbox="1794 775 1966 828"> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table> <p>ДИАСТОЛИЧЕСКОЕ</p> <table border="1" data-bbox="1794 828 1966 880"> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table> <p>Е</p> <p>ПУЛЬС</p> <table border="1" data-bbox="1794 967 1966 1019"> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table>										
858	<p>ЗАПИСАТЬ ВРЕМЯ ОКОНЧАНИЯ ИНТЕРВЬЮ</p>	<p>ЧАСЫ</p> <table border="1" data-bbox="1794 1110 1966 1163"> <tr><td></td><td></td></tr> </table> <p>МИНУТЫ</p> <table border="1" data-bbox="1794 1163 1966 1216"> <tr><td></td><td></td></tr> </table>										