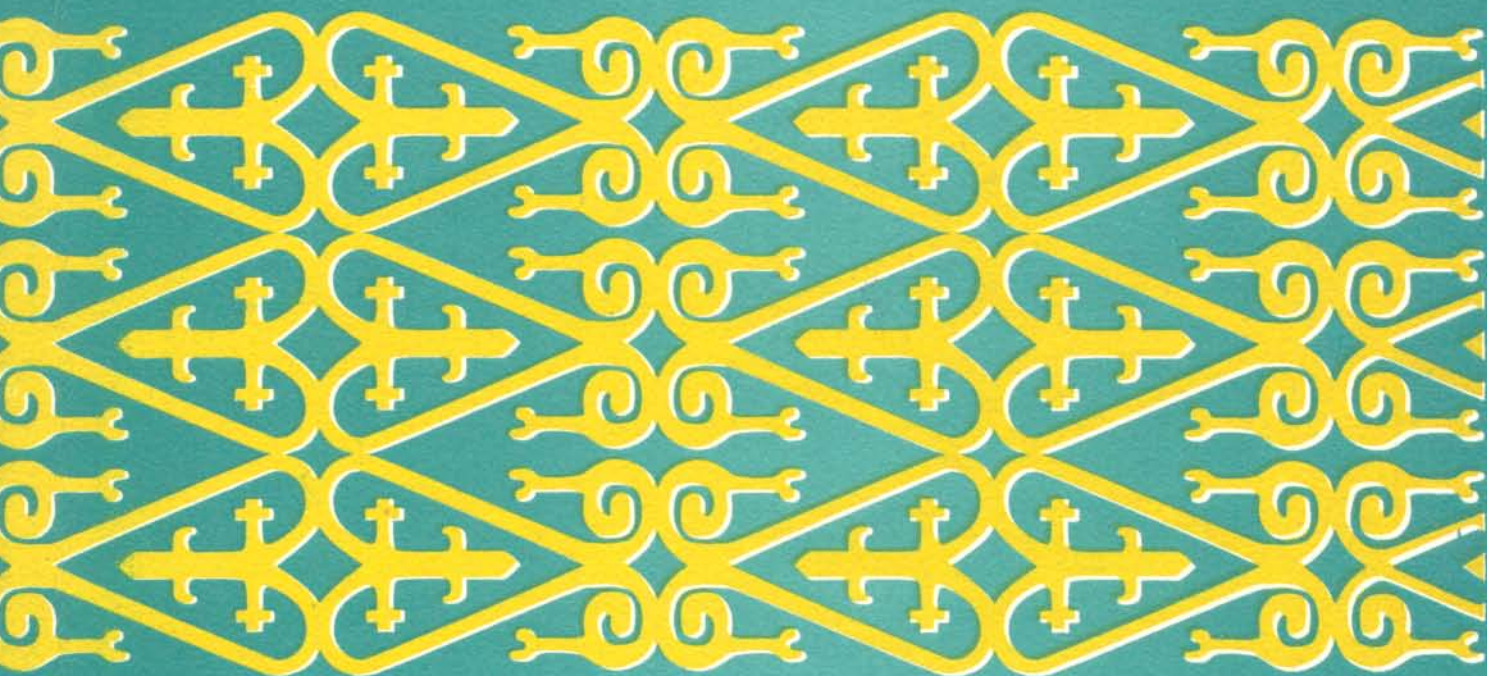


Казахстан



МЕДИКО-
ДЕМОГРАФИЧЕСКОЕ
ИССЛЕДОВАНИЕ

1999

Академия профилактической медицины
Алматы, Казахстан

Макро Интернэшнл Инк.
Калвертон, Мэрилэнд, США

Комплекс показателей по детству, принятых в общемировой практике. Казахстан, 1999.

		Значения
ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ		
Детская смертность	Показатель младенческой смертности	61.9 на 1 000
	Показатель смертности до пяти лет	71.4 на 1 000
Материнская смертность	Показатель материнской смертности	62.5 на 100 000 ¹
Недостаточность питания средн детей	Процент с низкорослостью (дети до пяти лет)	9.7
	Процент с истощением (дети до пяти лет)	1.8
	Процент с недостаточным весом тела (дети до пяти лет)	4.2
Обеспеченность чистой питьевой водой	Процент домовладений с безопасным источником водоснабжения в 15 минутах ходьбы ²	83.6
Тип туалета	Процент домовладений со смывным туалетом	47.2
Уровень образования	Процент женщин 15-49 лет с законченным начальным образованием	99.3
	Процент мужчин 15-49 лет с законченным начальным образованием	99.1
	Процент девочек 6-12 лет, посещающих школу	81.4
	Процент мальчиков 6-12 лет, посещающих школу	80.3
	Процент грамотных женщин 15-49 лет	99.8
Дети в исключительно трудной ситуации	Процент детей, являющихся полными сиротами (оба родителя умерли)	0.2
	Процент детей, не проживающих с родной матерью	6.2
	Процент детей, проживающих с единственным взрослым	5.9
ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ		
Здоровье женщин		
Межродовой интервал	Процент родов с межродовым интервалом менее 24 месяцев ³	32.3
Безопасное материнство	Процент родов с оказанием медицинской антенатальной помощи	94.4
	Процент родов с оказанием медицинской антенатальной помощи в первом триместре	46.8
	Процент родов с оказанием медицинской помощи	99.0
	Процент родов в медицинском учреждении	98.0
	Процент родов с высоким риском	38.7
Планирование семьи	Уровень распространения контрацептивных средств (любой метод, замужние женщины)	66.1
	Процент замужних женщин с нереализованными потребностями в методах планирования семьи	8.7
	Процент замужних женщин с нереализованными потребностями в методах планирования целью избежания родов с высоким риском	6.0
Питание		
Питание матери	Процент матерей с низким ИМТ	7.4
Низкий вес при рождении	Процент детей с низким весом тела при рождении (от еробивших о весе ребенка)	7.3
Грудное вскармливание	Процент детей до 4 месяцев, находившихся на исключительном грудном вскармливании	46.6
Здоровье ребенка		
Противокоревая вакцина	Процент детей 12-23 месяцев, получивших противокоревую вакцину	86.5
Все рекомендованные ВОЗ вакцины	Процент детей 12-23 месяцев, получивших все рекомендуемые вакцины	80.5
Контроль диарей	Процент детей с диареей в предшествовавшие 2 недели, получивших оральную регидрационную терапию	32.0
Острая респираторная инфекция	Процент детей с сочетанием диарей с острой респираторной инфекцией в предшествовавшие 2 недели, получившие медицинскую помощь	48.0

¹ По данным Агентства РК по делам здравоохранения

² Водопроводная, колодезная и бутылочная вода

³ Первые роды исключены.

МЕДИКО- ДЕМОГРАФИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ КАЗАХСТАНА 1999

Академия профилактической медицины
Алматы, Казахстан

Макро Интернэшнл Инк.
Калвертон, Мэрилэнд, США



Академия
профилактической
медицины



Макро
Интернэшнл
Инк.

Ноябрь, 2000

Данная монография представляет собой обобщение результатов Программы медико-демографического исследования Казахстана (ПМДК) 1999 года, выполненной Академией профилактической медицины Казахстана при техническом содействии Макро Интернэшнл Инк (США). Финансовая поддержка программы осуществлялась Агентством США по международному развитию.

ПМДК является частью международной Программы медико-демографических исследований, предназначенной для получения и анализа информации о рождаемости, планировании семьи, здоровье матери и ребенка в различных странах мира. Дополнительную информацию о медико-демографическом исследовании Казахстана можно получить в Академии профилактической медицины Казахстана: 480008, Алматы, Республика Казахстан, ул.Клочкова, 66 (телефон: 73272-427-855; факс: 73272-429-203; e-mail: nutrit@nursat.kz). Кроме того информацию о международной Программе медико-демографических исследований можно получить в отделе медико-демографических исследований, Макро Интернэшнл Инк.: DHS, Macro International Inc., 11785 Beltsville Drive, Suite 300, Calverton, MD 20705, USA (telephone 301-572-0200; fax 301-572-0999; e-mail: reports@macroint.com).

Рекомендуемые ссылки:

Академия профилактической медицины (Казахстан) и Macro International Inc., 2000 г. *Медико-демографическое исследование Казахстана 1999 года*. Алматы, Казахстан: Академия профилактической медицины и Macro International Inc.

СОДЕРЖАНИЕ

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ	V
АВТОРЫ МОНОГРАФИИ	VI
ПРЕДИСЛОВИЕ	VIII
ОСНОВНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ КАЗАХСТАНА 1999 ГОДА	IX
КАРТА КАЗАХСТАНА	XIV
ГЛАВА 1 КАЗАХСТАН: ВВЕДЕНИЕ, ЦЕЛИ И ОРГАНИЗАЦИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ	1
<i>Торегельды Ш. Шарманов</i>	
1.1 География и население	1
1.2 История Казахстана	1
1.3 Экономика	2
1.4 Система здравоохранения и эпидемиологическая ситуация в Казахстане ...	3
1.5 Политика и программы планирования семьи	5
1.6 Система сбора медико-демографических данных в Казахстане	5
1.7 Цели и организация исследования	6
1.7.1 Разработка и внедрение статистически репрезентативной выборки	7
1.7.2 Анкеты	7
1.7.3 Обучение и полевые работы	8
1.7.4 Обработка данных	9
1.7.5 Объем исследований	9
ГЛАВА 2 ХАРАКТЕРИСТИКА ДОМОВЛАДЕНИЙ	11
<i>Адыл К. Катарбаев, Кристи Фейр</i>	
2.1 Демографические характеристики домовладений	11
2.2 Состав домовладений	13
2.3 Образовательный уровень членов домовладений	14
2.3.1 Уровень посещений учебных заведений членами домовладений	14
2.3.2 Частота посещаемости учебных заведений	15
2.3.3 Частота повторного обучения и прекращения обучения	16
2.4 Характеристика домашнего хозяйства	17
2.4.1 Наличие бытовых средств в домовладениях	18
ГЛАВА 3 ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РЕСПОНДЕНТОВ И СТАТУС ЖЕНЩИН	21
<i>Райхан М. Сиссекенова, Сунита Кишор, Эльнар А. Курмангалиева</i>	
3.1 Общая характеристика респондентов	21
3.1.1 Социально-биологическая характеристика респондентов	21
3.1.2 Уровень образования респондентов	21
3.1.3 Род занятий	21
3.1.4 Доступность средств массовой информации	26
3.2 Положение женщин	27
3.2.1 Занятость и заработок	27
3.2.2 Принятие решений и использование заработанных средств	29
3.2.3 Принятие решений по некоторым	32
домашним ситуациям	32
3.2.4 Согласие женщины с причинами избиения жены	36
3.2.5 Согласие женщин с причинами, по которым женщина отказывается . иметь половые отношения с мужем	38

ГЛАВА 4	РОЖДАЕМОСТЬ	39
	<i>Торегельды Ш. Шарманов, Кия И. Уайнстайн</i>	39
	4.1 ТЕКУЩАЯ РОЖДАЕМОСТЬ	39
	4.2 ТЕНДЕНЦИИ РОЖДАЕМОСТИ	43
	4.3 СВЕДЕНИЯ О РОДИВШИХСЯ И ЖИВЫХ ДЕТЯХ	44
	4.4 МЕЖРОДОВОЙ ИНТЕРВАЛ	46
	4.5 ВОЗРАСТ ПРИ ПЕРВЫХ РОДАХ	47
	4.6 БЕРЕМЕННОСТЬ И МАТЕРИНСТВО СРЕДИ ЖЕНЩИН 15-19 ЛЕТ	48
ГЛАВА 5	КОНТРАЦЕПЦИЯ	49
	<i>Холли Сейхан, Аккумис Б. Салханова</i>	
	5.1 ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ О МЕТОДАХ КОНТРАЦЕПЦИИ	49
	5.2 ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОНТРАЦЕПЦИИ КОГДА-ЛИБО В ПРОШЛОМ	50
	5.3 ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДОВ КОНТРАЦЕПЦИИ В НАСТОЯЩЕМ	55
	5.4 ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДОВ КОНТРАЦЕПЦИИ В НАСТОЯЩЕМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СОЦИАЛЬНО-БИОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ	57
	5.5 ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДОВ КОНТРАЦЕПЦИИ В НАСТОЯЩЕМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТАТУСА ЖЕНЩИНЫ	58
	5.6 ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРОТИВОЗАЧАТОЧНЫХ ТАБЛЕТОК	59
	5.7 КОЛИЧЕСТВО ДЕТЕЙ ПРИ ПЕРВОМ ИСПОЛЬЗОВАНИИ МЕТОДОВ КОНТРАЦЕПЦИИ	60
	5.8 ИСТОЧНИКИ МЕТОДОВ ПЛАНИРОВАНИЯ СЕМЬИ	61
	5.9 ИНФОРМИРОВАННОСТЬ О ВЫБОРЕ	63
	5.10 ПРЕКРАЩЕНИЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОНТРАЦЕПЦИИ В ТЕЧЕНИЕ 12 МЕСЯЦЕВ	64
	5.11 НАМЕРЕНИЕ ЖЕНЩИН, НЕ ПРИМЕНЯЮЩИХ МЕТОДЫ КОНТРАЦЕПЦИИ, ИСПОЛЬЗОВАТЬ ИХ В БУДУЩЕМ	65
	5.12 ПРИЧИНЫ ОТКАЗА ОТ МЕТОДОВ КОНТРАЦЕПЦИИ	65
	5.13 КОНТАКТ РЕСПОНДЕНТОВ, НЕ ИСПОЛЬЗУЮЩИХ МЕТОДЫ ПЛАНИРОВАНИЯ СЕМЬИ, С РАБОТНИКАМИ СЛУЖБЫ ПЛАНИРОВАНИЯ СЕМЬИ	66
	5.14 ИНФОРМИРОВАННОСТЬ РЕСПОНДЕНТОВ О ПЛАНИРОВАНИИ СЕМЬИ ПО РАДИОВЕЩАНИЮ И ТЕЛЕВИДЕНИЮ	66
	5.15 РОЛЬ СРЕДСТВ МАССОВОЙ ПЕЧАТИ В ИНФОРМИРОВАННОСТИ РЕСПОНДЕНТОВ О ПЛАНИРОВАНИИ СЕМЬИ	67
	5.16 «КРАСНОЕ ЯБЛОКО» – ЭМБЛЕМА ПРОГРАММЫ СОЦИАЛЬНОГО МАРКЕТИНГА КОНТРАЦЕПТИВНЫХ СРЕДСТВ	68
	5.17 ОТНОШЕНИЕ СУПРУЖЕСКИХ ПАР К ПЛАНИРОВАНИЮ СЕМЬИ	68
ГЛАВА 6	АБОРТЫ	69
	<i>Аккумис Б. Салханова, Холли Сейхан</i>	
	6.1 ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТЕЙ	69
	6.2 ИНДУЦИРОВАННЫЕ АБОРТЫ В ТЕЧЕНИЕ ВСЕЙ ЖИЗНИ РЕСПОНДЕНТА	70
	6.3 ПОКАЗАТЕЛИ ИНДУЦИРОВАННЫХ АБОРТОВ	71
	6.4 ТЕНДЕНЦИИ ИНДУЦИРОВАННЫХ АБОРТОВ	73
	6.5 СТАТИСТИКА ПО АБОРТАМ ПО ДАННЫМ АГЕНТСТВА РК ПО ДЕЛАМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	73
	6.6 ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДОВ КОНТРАЦЕПЦИИ ДО ПРОВЕДЕНИЯ АБОРТА	74
	6.7 МЕСТО И МЕТОДЫ ПРОВЕДЕНИЯ АБОРТОВ	74
ГЛАВА 7	ДРУГИЕ ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА РОЖДАЕМОСТЬ	77
	<i>Кия И. Уайнстайн и Жанар С. Ашенова</i>	
	7.1 СЕМЕЙНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ	77
	7.2 ВОЗРАСТ ПРИ ПЕРВОМ БРАКЕ	79
	7.3 ВОЗРАСТ ПРИ ПЕРВОМ ПОЛОВОМ КОНТАКТЕ	79
	7.4 ПОЛОВАЯ АКТИВНОСТЬ В ПОСЛЕДНЕЕ ВРЕМЯ	82
	7.5 ПОСЛЕРОДОВАЯ АМЕНОРЕЯ, АБСТИНЕНЦИЯ И НЕВОСПРИИМЧИВОСТЬ	85
	7.6 МЕНОПАУЗА	86
ГЛАВА 8	ОТНОШЕНИЕ К ДЕТОРОЖДЕНИЮ	89
	<i>Джереми М. Салливан, Игорь Г. Цой</i>	
	8.1 ОТНОШЕНИЕ К РОЖДЕНИЮ ДЕТЕЙ	89

	8.2	Потребность в планировании семьи	92
	8.3	Идеальный размер семьи	96
	8.4	Желаемая и нежелательная рождаемость	97
ГЛАВА 9		МЛАДЕНЧЕСКАЯ И ДЕТСКАЯ СМЕРТНОСТЬ	99
		<i>Джереми М. Салливан, Аукен К. Машкеев, Адыл К. Катарбаев</i>	
	9.1	Общая характеристика и качество данных	99
	9.2	Уровни и тенденции смертности в раннем детском возрасте	100
	9.3	Показатели младенческой смертности по данным Агентства РК по делам здравоохранения	100
	9.4	Социально-биологические различия младенческой и детской смертности	102
	9.5	Демографические различия показателей младенческой и детской смертности	103
	9.6	Рождаемость повышенного риска	104
ГЛАВА 10		ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ МАТЕРИ И РЕБЕНКУ	107
		<i>Торегельды Ш. Шарманов, Ардак Б. Чуенбекова, Адыл К. Катарбаев</i>	
	10.1	Медицинские учреждения оказания первичной помощи населению	107
	10.2	Аntenатальная помощь	107
	10.3	Содержание антенатальной помощи	110
	10.4	Место проведения родов и родовспоможение	111
	10.5	Кесарево сечение и вес ребенка при рождении	112
	10.6	Курение	113
	10.7	Вакцинация	115
	10.8	Острая респираторная инфекция	117
	10.9	Лихорадка	118
	10.10	Диарея	119
ГЛАВА 11		ПИТАНИЕ МАТЕРИ И РЕБЕНКА	121
		<i>Бедел Т. Сарбаев, Зауре К. Кудайбергенова, Ардак Б. Чуенбекова, Даурен С. Имамбаев</i>	
	11.1	Грудное вскармливание и дополнительное питание	121
	11.2	Начало грудного вскармливания	121
	11.3	Характер грудного вскармливания в зависимости от возраста детей	122
	11.4	Виды дополнительного питания	124
	11.5	Частота приема дополнительного питания	126
	11.6	Различия в приеме дополнительного питания	126
	11.7	Нутрициональный статус детей младше пяти лет	131
	11.8	Оценка нутриционального статуса детей	131
	11.9	Недостаточность питания детей в Казахстане	132
	11.10	Статус питания женщин	133
ГЛАВА 12		АНЕМИЯ	135
		<i>Алмаз Т. Шарман, Бедел Т. Сарбаев, Даулет К. Басхожаев, Даурен С. Имамбаев</i>	
	12.1	Обзор проблемы	135
	12.2	Материалы и методы оценки анемии, использованные в ПМДК 1999 года	136
	12.3	Распространенность анемии среди женщин	138
	12.4	Дополнительное введение препаратов железа в течение беременности	139
	12.5	Распространенность анемии среди детей	140
	12.6	Оценка причин анемии в Казахстане: популяционный подход	141
	12.7	Изменения в распространенности анемии начиная с 1995 года	141
ГЛАВА 13		ВИЧ/СПИД И ДРУГИЕ БОЛЕЗНИ, ПЕРЕДАЮЩИЕСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ	145
		<i>Алмаз Т. Шарман и Эльнар А. Курмангалиева</i>	
	13.1	Ситуация по проблеме ВИЧ/СПИД в Казахстане	145
	13.2	Знания о ВИЧ/СПИДе и методах профилактики инфицирования ВИЧ	150

13.3	СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ПРОФИЛАКТИКИ И УХОДА ЗА ИНФИЦИРОВАННЫМИ ВИЧ/ СПИД	154
13.4	ЗНАНИЕ ПРИЗНАКОВ И СИМПТОМОВ ДРУГИХ БОЛЕЗНЕЙ, ПЕРЕДАЮЩИХСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ	156
13.5	СЕКСУАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ	158
13.6	ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	159
ГЛАВА 14	ТУБЕРКУЛЕЗ	163
	<i>Алмаз Т. Шарман и Дина Е. Абитаева</i>	
14.1	ТУБЕРКУЛЕЗ: ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И СТРАТЕГИЯ ЛЕЧЕНИЯ	163
14.2	ВЫЯВЛЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА И ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ О ПУТЯХ ЕГО ПЕРЕДАЧИ	166
14.3	ЛЕЧЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА И ГОТОВНОСТЬ УХАЖИВАТЬ ЗА БОЛЬНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ	167
14.4	ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ О СИМПТОМАХ ТУБЕРКУЛЕЗА	168
14.5	ОБРАЩЕНИЕ В УЧРЕЖДЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА	169
14.6	ЗАКЛЮЧЕНИЕ	170
	БИБЛИОГРАФИЯ	173
	ПРИЛОЖЕНИЕ А СТАТИСТИЧЕСКАЯ ВЫБОРКА	177
	<i>Мамаду Тайам и Бедел Т.Сарбаев</i>	
A.1	ВВЕДЕНИЕ	177
A.2	РАМКИ ВЫБОРКИ	177
A.3	ХАРАКТЕРИСТИКА СТАТИСТИЧЕСКОЙ ВЫБОРКИ	177
A.4	РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ВЫБОРКИ	178
A.5	СЕГМЕНТАЦИЯ	179
A.6	ВЕРОЯТНОСТЬ ВЫБОРКИ	180
A.7	УРОВЕНЬ ОТВЕТНОСТИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ РЕГИОНА И МЕСТОЖИТЕЛЬСТВА	180
ПРИЛОЖЕНИЕ В	ВЫЧИСЛЕНИЕ ОШИБОК ВЫБОРКИ	183
ПРИЛОЖЕНИЕ С	ТАБЛИЦЫ КАЧЕСТВА ДАННЫХ	205
ПРИЛОЖЕНИЕ D	ЛИЦА, ПРИНИМАВШИЕ УЧАСТИЕ В ПРОГРАММЕ	
	МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКОГО	
	ИССЛЕДОВАНИЯ КАЗАХСТАНА 1999	211

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АДЗ	- Агентство РК по делам здравоохранения
АС	- Агентство РК по статистике
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
МЗОиС РК	- Министерство здравоохранения, образования и спорта Республики Казахстан
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
ПМДК	- Программа медико-демографического исследования Казахстана
ПМС	- показатель младенческой смертности
СВА	- семейно-врачебная амбулатория
СКА	- суммарный коэффициент абортов
СКР	- суммарный коэффициент рождаемости
СПИД	- синдром приобретенного иммунодефицита
СО	- стандартное отклонение
ТБ	- туберкулез
ТУ	- терапевтические участки
ЧКП	- чистый коэффициент посещаемости учебных заведений
ЧР	- число родившихся
ФАП	- фельдшерско-акушерские пункты

АВТОРЫ МОНОГРАФИИ

Шарманов Торегельды Шарманович

доктор медицинских наук, академик НАН РК, АПМ и РАМН,
президент Академии профилактической медицины,
президент ЗАО “Институт питания РК”.
480008, Республика Казахстан, г.Алматы, ул.Клочкова,66.

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 Джонса Хопкинса.
11785 Beltsville Drive, Calverton, MD 20785, USA.

Машкеев Аукен К.

доктор медицинских наук, заместитель директора
Научного Центра педиатрии и детской хирургии.
480090, Республика Казахстан, г.Алматы, пр.Аль-Фараби,146.

Цой Игорь Г.

доктор медицинских наук,
вице-президент ЗАО “Институт питания РК”.
480008, Республика Казахстан, г.Алматы, ул.Клочкова,66.

Сарбаев Бедел Т.

старший научный сотрудник ЗАО “Институт питания РК”.
480008, Республика Казахстан, г.Алматы, ул.Клочкова,66.

Катарбаев Адыл К.

докторант Казахского государственного медицинского университета.
480012, Республика Казахстан, г.Алматы, ул.Толе-би,80.

Сиссекенова Райхан М.

старший научный сотрудник Научного Центра по медицинским
и экологическим проблемам здравоохранения РК.
473000, Республика Казахстан, г.Астана, ул.Московская,66.

Кишор Сунита

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

Сейхан Холли

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

Тайам Мамаду

специалист по статистической выборке
Отдела медико-демографических исследований
ОРС Макро Интернэшнл, США,
11785 Beltsville Drive, Calverton, MD 20785, USA.

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.

Салханова Аккумис Б.

научный сотрудник ЗАО “Институт питания РК”.
480008, Республика Казахстан, г.Алматы, ул.Клочкова,66.

Кудайбергенова Зауре К.

научный сотрудник ЗАО “Институт питания РК”.
480008, Республика Казахстан, г.Алматы, ул.Клочкова,66.

Абитиева Дина Е.

научный сотрудник ЗАО “Институт питания РК”.
480008, Республика Казахстан, г.Алматы, ул.Клочкова,66.

Курмангалиева Эльнар А.

научный сотрудник ЗАО “Институт питания РК”.
480008, Республика Казахстан, г.Алматы, ул.Клочкова,66.

Басхожаев Даулет К.

научный сотрудник ЗАО “Институт питания РК”.
480008, Республика Казахстан, г.Алматы, ул.Клочкова,66.

Чуенбекова Ардак Б.

научный сотрудник Казахского государственного
медицинского университета.
480012, Республика Казахстан, г.Алматы, ул.Толе-би,88.

Ашенова Жанар С.

научный сотрудник ЗАО “Институт питания РК”.
480008, Республика Казахстан, г.Алматы, ул.Клочкова,66.

Имамбаев Даурен С.

научный сотрудник ЗАО “Институт питания РК”.
480008, Республика Казахстан, г.Алматы, ул.Клочкова,66.

ПРЕДИСЛОВИЕ

С большим удовольствием представляю основные результаты второй Программы медико-демографического исследования Казахстана (ПМДК). Исследование выполнялось Академией профилактической медицины Казахстана при технической помощи проекта MEASURE DHS+ американской компании Макро Интернэшнл Инк. и финансовой поддержке Агентства США по Международному развитию (USAID).

В дополнение к представленным основным результатам ПМДК 1999 года по здоровью и питанию матери и ребенка в этой монографии отражены основные изменения, которые произошли в медико-демографической ситуации Казахстана со времени проведения предыдущей ПМДК 1995 года. Кроме того, в ходе ПМДК 1999 года была собрана информация по осведомленности и отношению населения к СПИДу, болезням, передающимся половым путем и туберкулезу, а также данные по репродуктивному поведению мужчин. Ожидается, что результаты, представленные в данной монографии послужат, неоценимым источником информации для лиц, участвующих в формировании политики в области проблем населения, здравоохранения и питания в Казахстане.

Воспользовавшись случаем, мне хотелось бы выразить благодарность Региональному офису USAID в Центральной Азии за его поддержку при выполнении этого исследования. Данная монография явилась итогом более чем полугодичного периода подготовительной работы, четырех месяцев сбора, ввода и анализа данных, и около девяти месяцев анализа результатов и написания настоящей монографии. Я весьма признателен доктору Джереми Салливану, техническому директору Отдела медико-демографических исследований Макро Интернэшнл, который внес большой вклад в инициацию проекта и завершение отчета основного исследования.

Мне также хотелось бы поблагодарить следующих американских коллег: доктора Алмаза Шармана, господ Альберта Темме и Мамаду Тайама, доктора Кию Уайнстайн, госпожу Холли Сейхан, госпожу Кристи Фейр, госпожу Суниту Кишор, доктора Сидни Мур и госпожу Селию Хан за их помощь в общей разработке и выполнении программы, обработке данных, анализе результатов, написании отдельных глав и создании данной монографии.

Эта монография является результатом совместных усилий многих организаций и специалистов, которые способствовали успешному выполнению исследования. Список организаций, участвовавших в программе, включает в себя: Казахский государственный медицинский университет им. С. Д. Асфендиярова, Карагайдинскую государственную медицинскую академию, Южно-Казахстанскую государственную медицинскую академию, Международный казахско-турецкий университет им. Х. А. Яссауи, РНИ Центр охраны здоровья матери и ребенка, Научный центр педиатрии и детской хирургии, ЗАО "Институт питания РК", Научный центр проблем туберкулеза, Школу Общественного Здравоохранения РК, Республиканский медицинский колледж и Департамент здравоохранения г. Жезказгана. Выражаю признательность всем специалистам из этих организаций, которые были вовлечены в выполнение и координацию исследования.

Мне хотелось бы выразить слова благодарности старшему техническому персоналу ПМДК: докторам Беделю Сарбаеву и Адылу Катарбаеву, господину Александру Измухамбетову, а также всему остальному персоналу Академии профилактической медицины за их вклад и активное содействие в выполнении запланированных мероприятий в срок. Также я выражаю свою искреннюю признательность всему персоналу ПМДК 1999 года, представленному в Приложении D, огромный вклад которого в выполнении программы способствовал успешной ее реализации.



**Торегельды Ш. Шарманов,
Президент Академии профилактической
медицины Казахстана**

ОСНОВНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ КАЗАХСТАНА 1999 ГОДА

Программа медико-демографического исследования Казахстана 1999 года (ПМДК 1999 г.) - это второе общенациональное репрезентативное исследование 4800 женщин 15-49 лет и 1440 мужчин в возрасте 15-59 лет в Казахстане. ПМДК 1999 г. была выполнена Академией профилактической медицины Казахстана и финансировалась Агентством США по Международному развитию. Техническая помощь программы была обеспечена проектом Measure DHS+ компании Макро Интернэшнл, Инк., США. Основные полевые работы по ПМДК были проведены с июля по сентябрь 1999 года.

Цель программы состояла в разработке информационной базы в области репродуктивного здоровья женщин, знания и применения методов контрацепции, практики грудного вскармливания, питания детей, охвата их вакцинацией и заболеваний детей до 5 летнего возраста. В дополнение к этому ПМДК 1999 г. обеспечивает сравнительными данными по тенденциям рождаемости, репродуктивного здоровья, здоровья и питания детей. Была собрана информация по осведомленности и отношению населения к СПИДу, болезням, передающимся половым путём (БППП) и туберкулезу, а также данные по репродуктивному поведению мужчин. Исследования также включали измерение уровня гемоглобина в крови для оценки распространенности анемии, а также измерения роста и веса для определения статуса питания. Эта часть программы спонсировалась центральноазиатским офисом ЮНИСЕФ (UNICEF/CARK).

СНИЖЕНИЕ РОЖДАЕМОСТИ

Результаты ПМДК 1999 г. демонстрируют, что рождаемость в РК за последнее десятилетие снизилась. При текущих уровнях рождаемости казахстанская женщина даст рождение 2.1 ребенка за ее репродуктивный период; этот показатель имеет снижение на 18 процентов, по сравнению с ПМДК 1995 года, когда суммарный коэффициент рождаемости (СКР) составлял 2.5 ребенка на женщину, и снижение на 29 процентов со времени Переписи населения 1989 г., когда СКР составлял 2.9 ребенка на женщину.

Уровень рождаемости снизился почти в каждой возрастной группе, как среди женщин-казашек, так и среди русских женщин. За последнее десяти-

летие СКР среди женщин-казашек снизился с 3.6 до 2.5, т.е. снижение на одного ребенка на женщину, а среди русских женщин - с 2.2 до 1.4, т.е. снижение меньше, чем на одного ребенка на женщину, в результате чего СКР становится ниже прежнего уровня.

Как и в ПМДК 1995 г., результаты ПМДК 1999 г. показывают, что СКР выше среди сельских женщин (2.7 ребенка на женщину), чем среди городских (1.5 ребенка на женщину). Самый низкий СКР был среди женщин г. Алматы (1.0 ребенок на женщину), промежуточный - в Центральном и Северном регионах (1.6 и 1.7 ребенка на женщину) и высокий - в Западном и Южном регионах (2.3 и 2.9). СКР снижается с 2.4 ребенка на женщину среди респондентов с начальным до 1.5 среди женщин с высшим образованием.

В целом в Казахстане около одной трети всех родов (32 процента) имели место в течение 24 месяцев после предыдущих родов. Средняя продолжительность межродового интервала составила 35 месяцев, по сравнению с 32 месяцами в 1995 г.

В то время как возраст, при котором женщины начинают деторождение, не изменился коренным образом, женщины в возрасте 20-24 лет менее склонны к инициации деторождения, чем женщины того же возраста в 1995 г. ПМДК 1995 г. обнаружило, что 44 процента женщин в возрасте 20-24 лет еще не рожали, тогда как в 1999 г. таковые составляют 54 процента.

Большая часть замужних женщин в Казахстане (55 процентов) заявили, что они не хотят иметь больше детей. Менее одной трети женщин (30 процентов) хотят иметь ребенка, и 43 процента из них желают подождать два или более лет. Следовательно, значительная часть женщин хотят либо отложить следующие роды, либо ограничить рождение детей. Это те женщины, которые потенциально нуждаются в некоторых методах контрацепции.

В ПМДК 1999 г. также собиралась информация об отношении мужчин к рождению детей. Шестидесят шесть процентов мужчин либо не хотят иметь больше детей, либо их супругам проведена операция по стерилизации, либо они были бесплодны, в то время как около одной трети (32 процента) желают иметь еще одного ребенка.

КОНТРАЦЕПЦИЯ И АБОРТЫ

Более половины (53 процента) замужних женщин в Казахстане используют современный метод контрацепции, что несколько выше, чем в 1995 г. (46 процентов). Значительное повышение уровня применения современных контрацептивов отмечается у женщин старших возрастных групп. В группе 35-39 лет использование современных контрацептивов выросло с 55 до 63 процентов, 40-44 лет – с 47 до 58 процентов, и 45-49 лет – с 22 до 40 процентов. Это указывает на то, что современные контрацептивы стали применяться для контроля рождаемости также и женщинами старших возрастных групп.

ВМС – наиболее широко используемый метод современной контрацепции. В целом отмечается незначительное увеличение числа его пользователей – с 40 процентов в 1995 г. до 42 процентов в 1999 г. Презерватив является следующим, широко используемым современным методом, после ВМС. С 1995 г. не отмечается значительного повышения уровня использования презервативов, но примечательно, что среди замужних женщин в возрасте 25-29 лет уровень их использования вырос с 3.4 до 7.3 процента, что оказалось значительно больше, чем в других возрастных группах. Приблизительно 3 процента замужних женщин ответили, что им была проведена операция по стерилизации. Как и в 1995 г., 13 процентов респондентов отмечают, что они пользуются традиционным методом.

Наиболее значительные изменения в использовании контрацептивов произошли среди сексуально активных незамужних женщин. В настоящее время 56 процентов из них отмечают использование современного метода, по сравнению с 39 процентами в 1995 г. Уровень использования противозачаточных таблеток возрос в 2 раза (с 5 до 10 процентов), так же как и ВМС (с 14 до 26 процентов). Уровень использования презервативов, однако, остается постоянным в течение последних 5 лет (приблизительно 19 процентов). Что касается традиционных методов, то уровень их использования в настоящее время снизился с 19 до 13 процентов.

Пятьдесят пять процентов мужчин в данное время используют метод контрацепции; почти половина (48 процентов) всех опрошенных мужчин используют современный метод. Среди мужчин, которые используют современный метод, 54 процента отмечают использование ВМС их супругами, 37 процентов – презервативов. ВМС используется мужчинами всех возрастных групп в качестве метода контрацепции. В то время как презервативы применяются, в основном, более молодыми мужчинами (35 процентов – в 20-24 года, против 17 процентов – в 40-44 года).

По Казахстану *Суммарный коэффициент абортов* (СКА) снизился с 1.8 аборт на женщину за период 1992-1995 г.г. до 1.4 аборт на женщину за период 1996-1999 г.г. (почти 25 процентное снижение за 4-х летний интервал). Показатели индуцированных аборт значительно снизились в каждой возрастной группе женщин 20-40 лет. Однако изменения в этих показателях, наблюдались не во всех этнических группах. СКА среди казашек оставался на стабильном уровне 1.1, в то время как СКА среди русских женщин снизился на 36 процентов – с 2.7 до 1.7.

Как и в исследовании 1995 г., в ПМДК 1999 г. показаны значительные региональные различия в уровне индуцированных аборт. В Южном и Западном регионах, где уровень рождаемости наиболее высокий, СКА был самым низким (1.1 аборт на женщину). В Центральном и Восточном регионах, где уровень рождаемости находится на промежуточном уровне, показатели аборт также на сходном уровне (1.2 и 1.6, соответственно), в то время как в регионах с низкой рождаемостью – в г.Алматы и на Севере – показатели аборт наиболее высокие (1.8 и 2.0 соответственно).

ЗДОРОВЬЕ МАТЕРИ И РЕБЕНКА

В Казахстане уровни оказания медицинской помощи службами антенатальной помощи и родовспоможения остаются на высоком уровне. Девяносто четырем процентам матерей была оказана квалифицированная медицинская помощь. В 76 процентах случаев родов, имевших место в течение пяти лет, предшествовавших интервью, женщинам антенатальная помощь была оказана врачами; только 3 процента матерей получили антенатальную помощь со стороны фельдшеров, и 15 процентов – со стороны медицинских сестер или акушерок. Различия же в зависимости от паритета родов были существенными. При первых родах помощь была оказана врачом чаще (83 процента), чем при шестых и более родах (67 процентов).

Фактически все роды в Казахстане (98 процентов) проводились в медицинских учреждениях. Большинство родов (89 процентов) происходили в родильных домах, 9 процентов – в государственных больницах. Только в двух процентах случаев роды были проведены вне лечебного учреждения (преимущественно дома у респондента). Почти все роды принимались квалифицированным медицинским персоналом. В 77 процентах случаев помощь оказывалась врачом, в 22 процентах случаев – фельдшером, медсестрой или акушеркой.

В ПМДК 1999 г. данные о вакцинации собирались из медицинских карточек, находящихся в

учреждениях здравоохранения. Данные исследования показали высокие уровни вакцинации детей 12-23 месяцев. Почти все дети получили вакцину БЦЖ, первую дозу Полиовакцины и АКДС/АДС (99 процентов).

Охват детей второй дозой Полиовакцины и АКДС/АДС составлял 98 и 99 процентов соответственно. Третью дозу Полиовакцины и АКДС/АДС получили 92 и 98 процентов детей соответственно. 87 процентам детей была проведена вакцинация против кори. Процент детей 12-23 месячного возраста, получивших все рекомендованные ВОЗ вакцины, также оказался высоким (81 процент).

ДЕТСКАЯ СМЕРТНОСТЬ

Одной из задач ПМДК 1999 г. был сбор данных по текущим уровням и тенденциям младенческой и детской смертности. В ПМДК сбор данных осуществлялся на основе международных критериев определения живорождения, согласно которым к живорожденным относили всех родившихся живыми, независимо от продолжительности беременности, при наличии любых признаков жизни (дыхания, сердцебиения, произвольного сокращения мышц) после отделения от матери. Младенческая смертность – смертность младенцев, родившихся живыми, до наступления одного года (United Nations, 1992).

За пятилетний период времени, предшествовавший исследованию (1994-99 г.г.), уровень младенческой смертности составил 62 на 1000 родов. Показатели неонатальной и постнатальной смертности составляли 34 и 28 на 1000 соответственно. Показатель детской смертности (от года до пяти лет) был намного ниже – 10 на 1000. В целом показатель смертности до пяти лет за этот период составил 71 на 1000.

За пятнадцатилетний период времени, предшествовавший исследованию, показатель младенческой смертности снизился с 55 на 1000 (1984-89 г.г.) до 50 на 1000 (1989-94 г.г.), но затем повысился до 62 на 1000 (1994-99 г.г.). Сходная картина наблюдается в динамике детской смертности, которая снизилась с 12 на 1000 (1984-89 г.г.) до 7 на 1000 (1989-94 г.г.) и затем повысилась до 10 на 1000 (1994-99 г.г.).

Эти статистические данные служат доказательством улучшения условий жизни населения в период с середины 1980 г. до начала 90-х годов и их ухудшения – в период с начала до конца 90-х годов. Реальные показатели смертности могут отличаться от показателей, полученных в ходе исследования, вследствие вариабельности выборки.

ГРУДНОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ И СТАТУС ПИТАНИЯ ДЕТЕЙ

Грудное вскармливание является почти универсальным в Казахстане; 95 процентов детей, родившихся в течение 5 лет, предшествовавших ПМДК, находились на грудном вскармливании. 47 процентов детей в возрасте 0–3 месяца находились на исключительном грудном вскармливании. Это значительно выше показателя 1995 г., когда только 12 процентов детей 0-3 месяцев находились на исключительном грудном вскармливании.

Показатель исключительного грудного вскармливания среди детей в возрасте 4-7 месяцев увеличился с 3 процентов в 1995 году до 10 процентов в 1999 году. 64 процента младенцев указанного возраста, помимо грудного молока, получали дополнительное питание, и 10 процентов – простую воду. Средняя продолжительность грудного вскармливания в целом по Казахстану составила 7.1 месяца, а по длительности исключительное и полное грудное вскармливание (грудное вскармливание и простая вода) составили 0.7 и 1.9 месяца соответственно.

После 1-го года жизни почти все дети, не вскармливаемые грудью, получали богатые протеином продукты, сделанные из муки, а большая часть из них (более 70 процентов) потребляла продукты с высоким содержанием белка, витаминов и минеральных веществ, такие как мясо, птица, овощи и фрукты.

В ПМДК 1999 г. всем детям, родившимся с января 1994 г. и проживавшим в каждом втором отобранном домовладении, было проведено измерение роста и веса (в городах Алматы, Жезказган и Семипалатинск дети отбирались во всех домовладениях каждого второго кластера). Полные и правдоподобные данные антропометрических измерений получены у 612 детей в возрасте 0-59 месяцев.

В целом по Казахстану 10 процентов детей характеризуются умеренной или выраженной задержкой роста, 2 процента – истощением умеренной или выраженной степени, и в 4 процентах случаях отмечалось умеренное или выраженное несоответствие веса ребенка его возрасту. Среди детей возрастных групп 12-23 и 36-47 месяцев недостаточность питания, оцененная по всем трем антропометрическим индексам, была более выраженной, по сравнению с другими детьми. Задержка роста чаще наблюдалась у девочек, чем у мальчиков (11 процентов и 9 процентов), в то время как истощение чаще имело место у мальчиков.

АНЕМИЯ

Анемия остается одной из главных проблем здравоохранения Казахстана на протяжении последних десяти лет. По данным ПМДК 1999 года, в целом по всей стране 36 процентов женщин репродуктивного возраста страдают анемией различной степени, причем 8 процентов имеют выраженную, а 1 процент – тяжелую степень анемии. 36 процентов детей до пяти лет страдают различной степенью анемии; из них 17 процентов – выраженной, а 1 процент – тяжелой степенью анемии.

Сравнение совокупных кривых процентного распределения концентрации гемоглобина детей, небеременных/некормящих женщин и мужчин показало, что кривые распределения уровня гемоглобина женщин и детей сдвинуты влево от кривой мужского гемоглобина. Данная модель характерна для населения, где недостаточность железа – основной этиологический фактор анемии. Это подтверждает предварительно сделанные предположения о том, что анемия среди женщин и детей в Казахстане является, прежде всего, следствием дефицита железа.

Применение железосодержащих препаратов во время беременности – одна из главных составляющих Программы профилактики и борьбы с анемией (ПБА), проводимой в Казахстане ЮНИСЕФ ЦАРК. Правительство Казахстана поддержало программу обеспечения женщин железосодержащими препаратами во время беременности и послеродовом периоде. ПМДК 1999 г. показала, что в Казахстане 48 процентов женщин в течение последней беременности принимали препараты железа, в среднем в течение 22 дней.

По сравнению с результатами исследования 1995 года, наблюдается снижение распространенности выраженной и тяжелой степеней анемии как среди женщин, так и детей, в течение прошедшего четырехлетнего периода. Уровень выраженной и тяжелой анемии снизился с 12 до 9 процентов среди женщин и с 39 до 26 процентов среди детей до трехлетнего возраста.

ВИЧ/СПИД И ДРУГИЕ БОЛЕЗНИ, ПЕРЕДАЮЩИЕСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ

Существующие низкие уровни эпидемии ВИЧ в Казахстане дают уникальную возможность раннего вмешательства для профилактики широкого распространения данной инфекции. Однако повышение частоты ВИЧ-инфекции, а также экспоненциальное повышение БППП предполагают, что такая возможность скоро будет исчерпана. По данным ПМДК 1999 г., знание путей предохранения от ВИЧ/СПИД женщинами и

мужчинами является почти универсальным и большая часть из них знают один или более действенных путей предохранения от заражения ВИЧ/СПИД, например, такие как применение презервативов, наличие только одного полового партнера или ограничение количества половых партнеров.

В Казахстане существует некое «клеимение» в отношении людей с ВИЧ/СПИД, доказывающееся фактом того, что 40 процентов женщин и 26 процентов мужчин уверены, что человеку, инфицированному ВИЧ, следует держать свой статус в тайне. Доля женщин и мужчин, которые не стали бы проявлять заботу о родственнике, инфицированном ВИЧ, на дому, что является индикатором дискриминационного отношения к таким лицам, составила 31 процент женщин и 15 процентов мужчин.

Несмотря на высокую распространенность БППП, за исключением СПИДа, 18 процентов женщин и 7 процентов мужчин в Казахстане ответили, что они не слышали ни о каких БППП, кроме ВИЧ/СПИД. Среди тех, кто слышал о БППП, более 40 процентов женщин и 60 процентов мужчин знают один и более симптомов этих заболеваний, такие как боль внизу живота, выделения из наружных половых органов, жжение при мочеиспускании. Относительно низкий уровень знаний о венерических заболеваниях и их симптомах наблюдался среди молодых женщин и мужчин, что вызывает повышенную озабоченность из-за значимости молодежи в формировании будущих ВИЧ-эпидемий в Казахстане.

Эта информация – важный индикатор для профилактики ВИЧ/СПИДа и других БППП. Распространение ВИЧ/СПИДа и других БППП зависит от незащищенного полового контакта с людьми, кто также имеет других партнеров. Обращает внимание тот факт, что в среднем 10 процентов женатых мужчин имели за последние 12 месяцев внебрачный половой контакт с одной или более партнершами, а 22 процента неженатых мужчин имели за последние 12 месяцев один или более половых отношений с партнершами.

Данные также свидетельствуют о том, что около 81 процента женщин и 42 процента мужчин не использовали презерватив во время последнего полового акта с другими партнерами. Такое поведение несет более высокий риск передачи ВИЧ и других БППП.

ТУБЕРКУЛЕЗ

Высокие уровни болезненности и смертности от туберкулеза (ТБ) свидетельствуют, что ТБ остается актуальной проблемой в РК. По данным ПМДК 1999 г., более 9 процентов мужчин и жен-

щин в Казахстане сообщили о том, что в их семьях были лица, болевшие туберкулезом, и более 23 процентов сообщили, что среди их окружения имелись больные туберкулезом. Эта информация подтверждает данные официальной статистики о высокой распространенности ТБ в различных регионах.

Результаты ПМДК показали, что почти все респонденты слышали о таком заболевании, как туберкулез, и более 71 процента из них правильно назвали основной путь передачи туберкулеза – через воздух при кашле. Приблизительно половина респондентов сообщили, что «кашель более 3-х недель» является основным симптомом туберкулеза. Значительный процент респондентов также назвали и другие важные симптомы туберкулеза, такие как жар, кровь в мокроте, ночная потливость и т. д.

Однако, несмотря на высокий уровень осведомленности населения о симптомах и путях передачи туберкулеза, только 68 процентов женщин и 62 процента мужчин знали, что туберкулез мож-

но полностью излечить при помощи соответствующих лекарственных средств. Полное излечение туберкулеза благодаря правильно подобранной схеме лечения является важной концепцией рекомендованной ВОЗ стратегии DOTS (Directly Observed Treatment Short-Course).

Другим важным звеном является возможность последующего лечения на дому под непосредственным наблюдением медицинских работников после первоначальной фазы интенсивной лекарственной терапии в больнице. В ПМДК 1999 г. только 13 процентов женщин и 9 процентов мужчин назвали такую последовательность лечения туберкулеза. Большинство респондентов (более 82 процентов) сообщили, что лечение туберкулеза должно полностью проводиться в больнице. Кроме того, более половины респондентов в случае заболевания туберкулезом кого-либо из членов их семьи намерены обратиться для лечения в больницу. Менее 19 процентов респондентов в такой ситуации обратятся в туберкулезные диспансеры и менее 18 процентов – в амбулаторные учреждения, такие как поликлиника или СВА.



Торегельды Ш. Шарманов

1.1 ГЕОГРАФИЯ И НАСЕЛЕНИЕ

Казахстан находится в северной части Центрально-Азиатского региона и граничит с Россией на севере, с Китаем на востоке, с Кыргызской Республикой и Узбекистаном на юге, с Каспийским морем и частью Туркменистана на западе. Территория Казахстана состоит, в основном, из степей с холмистой равниной и плато.

Государственный язык – казахский, который принадлежит к тюркской языковой группе. Русский язык широко распространен и является главным языком межнационального общения. Основное вероисповедание населения Казахстана – суннитское течение Ислама.

Согласно последней Переписи населения, проведенной в 1999 году, население Казахстана составляет 14,9 млн. человек, что определяет Казахстан четвертым по численности населения среди бывших Советских республик. Пятьдесят шесть процентов населения проживает в городах (Агентство РК по статистике, 1999). Казахстан, где на квадратный километр приходится приблизительно 6 человек, является одной из стран в мире с низкой плотностью населения.

В настоящий момент Казахстан переживает стремительный темп социальных изменений, что определяет и драматическое сокращение числа желанных детей, и быстрое снижение уровня рождаемости к уровню западных стран. Сейчас страна близка к завершению демографического перехода, характеризующегося ежегодным уровнем естественного прироста в 0,5 % при общем уровне рождаемости, опениваемом как 0,2 родов на женщину.

В Казахстане проживает более чем 100 национальностей, среди которых казахи и славяне (в основном, русские и украинцы) представляют две наибольшие этнические группы. Согласно Переписи населения 1999 года, распределение этнических групп следующее: 53,4% – казахи, 30% – русские и 16,4% – украинцы, узбеки, немцы, татары, белорусы, корейцы и другие (Агентство РК по статистике, 1999 г.).

Казахстан сегодня переживает явную волну эмиграции граждан, в основном, русские переезжают в другие бывшие Советские республики. Официальные цифры показывают, что в 1998 году выехало около 243 663 человек, 96 % из которых лица не казахской национальности. До некоторой степени выезд граждан компенсируется иммиграцией, которая представлена двумя видами. Казахстанское правительство активно поощряет возвращение казахов из бывших Советских республик, а также из Монголии, Турции, Ирана и других стран. В результате в 1998 году 40455 казаха иммигрировало в Казахстан (Агентство РК по статистике, 1999).

1.2 ИСТОРИЯ КАЗАХСТАНА

Исторически казахи вели кочевой образ жизни, чему способствовали региональный климат и местный ландшафт. Коренные казахи состоят из нескольких подразделений Тюркских племен, и ранняя история Казахстана определялась передвижениями, конфликтами и родственными взаимоотношениями данных племен. Самым ранним, документально констатируемым государством в регионе, был Тюркский Каганат, основанный в 6 веке нашей эры. С тех пор страна управлялась различными Тюркскими племенами пока их не сменило в 13 веке Монгольское управление, продолжавшееся более чем 200 лет.

Современные казахи сформировались как нация в середине 15 века, когда страной правил Касым-хан. Казахи подразделяются на 3 главных жуза: Старший, который контролировал Семиречье и юг Казахстана; Средний, который располагался на юго-востоке Казахстана, и Младший, который занимал центрально-северные и западные части. В 18 веке жузы объединились в районе Улу-Тау благодаря великому правителю Абылай хану. Во время его правления страной велась эффективная дипломатия между такими сильными соседними государствами, как Россия и Китай.

Несмотря на проводимую политику, в конце 18 века Россия завоевывает Казахстан, вначале Средний жуз, а затем всю страну. Вскоре после завоевания казахи начали сопротивление контролю

России, и первое массовое восстание возглавлял хан Кене, который и поныне считается казахским национальным героем.

В 1917 году группа светских националистов, называемая Алаш Орда, попыталась установить независимое национальное правительство. Данное государство просуществовало менее 2-х лет (1918-1920 г.г.) до установления власти большевиков, которые добивались сохранения коммунистического контроля до наступления новой политической системы.

В 1920 году Казахстан стал частью Киргизской автономной республики, сформированной Советской властью. В 1925 году название было изменено на Казахскую автономную советскую социалистическую республику. В 1936 году Казахстан стал полноправной Советской республикой.

После 1930 года Советское правительство заставило казахов-кочевников осесть и работать в колхозных и государственных хозяйствах, при этом Советы поддерживали переселение большого количества русских и других славян в регион. Во время этого периода (называемого как Сталинская коллективизация) казахи пережили повторный голод. Не менее 1,5 млн. казахов перекочевали тогда в Китай, Афганистан, Иран и Турцию.

Во время так называемой компании “Поднятие целины” (1956-1964 г.г.), значительная часть территории Казахстана была распахана для выращивания пшеницы и других зерновых культур. В данный период так же происходило индустриальное развитие Казахстана, и было положено успешное начало широкому освоению естественных ресурсов страны. Экономическое развитие ускорялось за счет военной промышленности и космических программ, которые поддерживались Советским правительством. Во время этого периода интенсивного развития промышленности и сельского хозяйства отмечалось переселение многих людей не коренной национальности в страну. И в результате в 1970 году Казахстан был единственной Советской республикой, в которой коренного населения, чьим именем называлась территория, было меньшинство.

Одним из негативных последствий интенсивного развития промышленности и сельского хозяйства было значительное промышленное и агрохимическое загрязнение. В дополнение, по решению Советского правительства, на территории Казахстана функционировал испытательный полигон ядерного оружия, который привел к росту радиоактивного загрязнения в Семипалатинском регионе – зоне, где происходило испытание данного оружия.

В 1991 году, после краха бывшего Советского Союза, Казахстан официально объявил о своей независимости. Согласно Конституции страны, Казахстан является парламентарной республикой. Главой государства является Президент. Бывший лидер коммунистической партии Нурсултан Назарбаев стал первым казахстанским Президентом в 1991 году. В январе 1999 года он был переизбран Президентом на семилетний срок.

Таким образом, две главные демографические тенденции характеризуют Казахстан в XX столетии: стремительная урбанизация и сдвиг в этно-национальной структуре. Существующий спектр национальностей, проживающих в Казахстане, является результатом интенсивных миграционных процессов, инициируемых и связанных с индустриализацией и политическими изменениями в казахстанской истории. Миллионы славян (русские, украинцы, белорусы) заселяли преимущественно северные территории Казахстана, в то время как центральные и южные регионы сохранили наибольшую популярность у казахов.

1.3 Экономика

Казахстан – вторая по величине территория среди республик бывшего Советского Союза, который владеет значительным количеством энергетических ресурсов, а также обильными запасами минералов и металлов. Республика также имеет значительный сельскохозяйственный потенциал с обширными угодьями для развития животноводства и выращиванием зерновой продукции. В промышленности Казахстана получили наибольшее развитие добыча и обработка природных ресурсов, тяжелое машиностроение, специализирующееся на производстве оборудования, тракторов, сельскохозяйственной техники, а также некоторые отрасли оборонной индустрии.

Распад СССР привел к начавшемуся в 1991 году спаду в экономике и к резкому сокращению и снижению спроса на казахстанскую традиционную продукцию тяжелого машиностроения, наиболее низкие ежегодные показатели отмечались в 1994 году. В ответ на ухудшающееся состояние экономики

Правительство начало наращивание реформ, предусматривающих программы структурных изменений. Экономическая стабилизация и фундаментальное структурное изменение в торговле укрепляют имидж Казахстана в мировом сообществе.

В период с 1995 г. по 1997 г. государство предпринимает шаги на пути экономических реформ по ускорению приватизации, что привело к увеличению капиталовложений в частный сектор экономики. В декабре 1996 года подписано соглашение о Каспийском Трубопроводном Консорциуме и строительстве нового трубопровода с нефтяного месторождения Тенгиз в западном Казахстане до Черного моря с перспективой на увеличение экспорта нефти в ближайшем будущем.

Однако замедление темпов падения Казахстанской экономики в 1998 году до 2,5 % уменьшения валового национального продукта (ВНП) отмечалось на фоне мирового снижения цен на нефть и августовского кризиса в России. Другим немаловажным фактором был перенос столицы в Астану, который, с одной стороны, дезорганизовывал нормальную работу правительства, а, с другой, требовал значительной доли государственного бюджета на ускоренное создание необходимой столичной инфраструктуры в Астане. Тем не менее перенос столицы в г. Астану является оправданным с политической и экономической точки зрения.

Несмотря на эти трудности, большинство из которых являются атрибутами переходного периода, ряд показателей свидетельствует о начале восстановления экономики в 1999 году. Государство продолжает политику, направленную на создание свободной рыночной экономики, устанавливает эффективную денежную политику и реформирует пенсионную систему. Другими позитивными моментами явились развитие рынка ценных бумаг и продолжение банковской и налоговой реформ. Правительство активно расширяло международную торговлю и привлекало иностранные инвестиции, приведшие к увеличению уровня зарубежных инвестиций в Казахстан, по сравнению с другими бывшими Советскими республиками. С целью большей эффективности государство реструктурировало и объединило ряд функций для снижения числа министерств и ведомств. Благодаря проводимой политике и большим запасам нефти и полезных ископаемых в Казахстане, низкому уровню обязательств по облигациям внешнего займа, наличию высокопрофессиональной рабочей силы, среднесрочные и долгосрочные экономические перспективы представляются достаточно благоприятными.

1.4 СИСТЕМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ В КАЗАХСТАНЕ

До недавнего времени система здравоохранения Казахстана, которая развивалась как часть Советской плановой системы, могла быть определена как запланированное коммунальное обслуживание, обеспеченное государством, а весь медицинский персонал являлся государственными служащими. Система была высоко централизована и стандартизирована. Услуги для пациентов были бесплатны, проводились в государственных учреждениях и финансировались, главным образом, из государственного бюджета. Главный акцент уделялся подготовке большого числа врачей и обеспечению большим количеством больничных коек. Система должна была обеспечить всестороннюю защиту здоровья граждан с широким доступом к медицинским услугам и концентрироваться на профилактике заболеваний.

Медицинское обслуживание обеспечивалось через сеть учреждений первичной медицинской помощи, включающей амбулатории, поликлиники, больницы (сельские, родильные и другие типы) и фельдшерско-акушерские пункты. С целью управления страна была разделена на регионы оказания первичной медицинской помощи, каждый из которых насчитывал от 3.000 до 4.000 человек. Специализированная помощь предоставлялась через вторичный и третичный уровни здравоохранения.

Советская система здравоохранения была наиболее успешна в обеспечении адекватного доступа к медицинским услугам для большинства населения Казахстана, включая жителей сельских и отдаленных районов. Однако содержание данной системы требовало существенного и непрерывного бюджетного финансирования, наличия огромных трудовых ресурсов и организаторских навыков правильного управления. Хотя Советская система здравоохранения и выполняла многие из поставленных перед ней целей, сама система и здоровье населения в целом ухудшались, в значительной степени из-за политической и экономической неразберихи, которая сопровождала развал бывшего Советского Союза.

В результате Казахстан унаследовал систему здравоохранения, которая существовала в последнее время в стране. Даже в годы, предшествующие развалу, Советский Союз являлся крупнейшей страной, где процент от Валового Национального продукта (ВНП), выделяющийся на здравоохранение, уменьшился, и уже находился в диапазоне от 3 до 4 процентов. Этот процент сравним со средними рас-

ходами на здравоохранение от 6 до 10 процентов от ВВП в наиболее развитых странах. А после развала Советского Союза финансирование сектора здравоохранения в Казахстане уменьшилось приблизительно до 1 или 3 процентов от ВВП при падении Валового Национального продукта на целых 50 процентов. Результатом явилось снижение продолжительности жизни, увеличение заболеваемости, ухудшение состояния больниц и других медицинских учреждений, а также всеобщая неудовлетворенность медицинским обслуживанием (Sharmanov T. и др., 1996).

Неудовлетворенность системой здравоохранения, управляемой государством, вынуждает людей обращаться в частные медицинские учреждения, число которых в последнее время постоянно увеличивается, а услуги в которых являются доступными, главным образом, при возможности оплаты наличными. В результате ситуация, складывающаяся на сегодняшний день в Казахстане, представляет собой наличие старой государственной системы здравоохранения, сталкивающейся с постоянным недофинансированием, и свободно регулируемой частной системой, быстро реагирующей на рыночную ситуацию.

Данная ситуация, также как гарантированное бесплатное медицинское обслуживание, закреплённое в Конституции Казахстана 1995 года, побудила государство искать другие способы финансирования здравоохранения. Фонд Обязательного Медицинского Страхования был образован в 1995 году с целью создания страховой системы медицинского обслуживания. Первоначально работа Фонда была успешной в увеличении эффективности сектора здравоохранения. Однако из-за неумелого руководства и коррупции, которые закончились неэффективностью и ростом общественной критики, идея относительно национальной системы страхования здоровья разрушилась в 1999 году.

При поиске эффективного механизма финансирования основные шаги государство предпринимало в части реструктурирования системы первичной медицинской помощи с целью переадресовать ресурсы именно этому сектору здравоохранения. Усилия, направленные на реструктуризацию предлагаемой системы, должны были сосредоточиться на создании сети врачей семейной практики. Данные врачи физически, материально и административно независимы от более высокого уровня медицинского обслуживания. Окончательная цель состоит в том, чтобы увеличить самостоятельность и внутренний контроль, когда первичная помощь имела бы больше ресурсов и могла лучше приспособливаться к потребностям населения (Боровитс М. И др., 1999).

Экспериментальные программы в группах семейных врачей и новая система оплаты, демонстрирующие их рентабельность и высокий уровень услуг, были проведены в городах Жезказган и Семипалатинск. В конце 1998 года Президент Назарбаев подтвердил целесообразность распространить в национальном масштабе новую модель здравоохранения. В результате переговоров Всемирный Банк был готов выделить большой заем, чтобы обеспечить поддержку данной программы. Несмотря на некоторую критику среди консервативно настроенных групп врачей и администраторов, новая система является наиболее эффективным средством управления и финансирования здравоохранения.

С эпидемиологической точки зрения Казахстан имеет особенности, характерные для развитых и развивающихся стран. Главные причины смертности подобны таковым в индустриально развитых странах: сердечно-сосудистые и онкологические заболевания, смерть в результате несчастных случаев. Снижение продолжительности жизни обусловлено увеличением смертности из-за сердечно-сосудистых заболеваний, смертности, связанной с употреблением алкоголя, несчастными случаями и насилием, а не из-за инфекционных болезней. Инфекционные болезни составляют относительно низкий процент от общей смертности, в общем – менее 20 процентов (Sharmanov T., 1996, Боровитс М. И др., 1999).

В то же самое время увеличивается число случаев заболевания туберкулезом, особенно лекарственно-резистентных форм. Профилактика туберкулеза требует большой доли ограниченных ресурсов и с данной точки зрения вызывает большое беспокойство для здравоохранения Республики Казахстан. Недавно правительство Казахстана подтвердило программу DOTS, которая является новым методом лечения туберкулеза, обеспечивающим наибольшую эффективность и предотвращающим распространение лекарственно-резистентных форм заболевания.

Среди детей острые респираторные заболевания и диарея являются главными причинами детской смертности.

1.5 Политика и программы планирования семьи

Главные цели программ планирования семьи в Казахстане состоят в том, чтобы гарантировать снижение риска при беременности и безопасное материнство, уменьшать распространенность осложнений в течение беременности и экстрагенитальных заболеваний среди женщин репродуктивного возраста.

В Казахстане одним из основных методов ограничения рождаемости является вынужденный аборт. После его начальной легализации в 1920 году аборт был запрещен в 1936 как часть политики, направленной на прирост населения. Так как эта попытка увеличить прирост населения оказалась неудачной и даже вредной из-за частых случаев материнской смертности, вызванной незаконными абортами. Советское правительство в 1955 году снова легализовало данный вид аборта по немедицинским причинам.

В настоящее время в Казахстане вынужденный аборт юридически узаконен в течение первых 12 недель беременности. В некоторых случаях это может быть выполнено после 12 недель, если на то существуют некоторые медицинские или социальные показания. Эти случаи требуют наблюдения квалифицированного медицинского персонала в госпитальных условиях. Аборт может быть сделан бесплатно, однако при дополнительной оплате стало возможным проведение мини-абортов вакуумной техникой. Несмотря на снижение в последние годы числа вынужденных абортов, данная проблема остается очень важной для здравоохранения Казахстана из-за распространенности осложнений и влияния общих неблагоприятных факторов на здоровье женщин.

В Казахстане в течение последних нескольких лет в результате политики внедрения безопасных методов планирования семьи широкое распространение получили методы контрацепции. Среди наиболее популярных методов – внутриматочные спирали (ВМС). Много женщин полагаются на ВМС как наиболее удобный и безопасный метод контрацепции. Долгие годы в Казахстане оральные контрацептивы были менее доступны из-за постановления «О побочных эффектах и осложнениях применения оральных контрацептивных средств», изданного Министерством здравоохранения бывшего Советского Союза в 1974 году. Этот документ фактически запрещал распространение и использование оральных контрацептивов (Организация Объединенных Наций, 1995).

После развала Советского Союза Правительство Казахстана либерализовало Политику планирования семьи. В настоящее время Правительство предпринимает широкий спектр действий, включая интенсивные образовательные программы для населения по планированию семьи и распространение средств контрацепции на территории всей страны. Частный сектор также вовлечен в распространение средств контрацепции. Женщины в Казахстане теперь имеют доступ к разнообразным методам контрацепции, включая оральные и инъекционные средства контрацепции. Контрацептивные средства распространяются в государственном секторе аптеками и женскими консультационными центрами, а в частном секторе – частными аптеками.

Часть успеха в сокращении общего числа абортов была отнесена социальному маркетингу средств контрацепции и образовательным программам, поддерживаемым Агентством США по Международному Развитию (USAID) и Фондом Населения Организации Объединенных Наций (UNFPA). В результате политики правительства и международной помощи число абортов в Казахстане уменьшается, поскольку использование методов контрацепции становится более широко распространенным (Westoff и другие., 1998).

1.6 СИСТЕМА СБОРА МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ДАННЫХ В КАЗАХСТАНЕ

В Казахстане существует система сбора медико-демографических данных, в основе которой лежит регистрационный принцип и проведение периодической переписи населения. Сбор и анализ демографических данных являются ответственностью Национального Агентства по статистике и анализу. Случаи рождения детей, смерти, гражданского брака регистрируются на местном административном уровне. Эти данные отправляются в Агентство по статистике и анализу через районные и областные статистические учреждения. Агентство ответственно за проведение Переписи населения и поддержание данной системы регистрации. Последняя Перепись населения в Казахстане проводилась в 1999 году, и ее результаты были опубликованы в 2000 году. Национальный Статистический Комитет также ответственен за сведение в таблицы и публикацию ежегодного сборника демографических данных, фиксируемых системой регистрации.

Собрание данных по здравоохранению – первичная ответственность Центра Информации Национального Агентства по Делах Здравоохранения. Данная информация собирается персоналом лечебных учреждений, предоставляющих медицинскую помощь, и затем отправляется в Центр Информации через районные и областные статистические учреждения. Центр Информации анализирует данные и выпускает ежегодный справочник «Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность учреждений здравоохранения».

Данные собираются и издаются Отделом Статистики Агентства РК по делам здравоохранения по следующим основным разделам: 1) заболеваемость по отдельным видам заболеваний (инфекционные и неинфекционные); 2) смертность по причинам смерти; 3) детская смертность, включая антенатальную, перинатальную, раннюю неонатальную смертность; 4) материнская смертность по причинам материнской смерти; 5) здоровье матери и ребенка, включая состояние антенатальной помощи, родовспоможение, аборт, состояние педиатрической помощи; 6) сеть медицинских учреждений и медицинские кадры, количество больничных коек и средняя продолжительность пребывания в больнице; 7) отдельные виды медицинского обслуживания, включая онкологическую, фтизиатрическую, психиатрическую, кожно-венерологическую и другие виды помощи. Эти данные обычно представляются как на общенациональном уровне, так и в разрезе отдельных областей, в возрастных группах от 0 до 14 лет и старше 15 лет.

Используемые методы сбора и анализа получаемых данных с целью оценки общих тенденций развития являются недостаточными. Имеется существенное недополучение некоторых данных относительно случаев заболеваемости и смертности. Некоторые из критериев, используемых для вычисления важных демографических и общих показателей здравоохранения, основаны на старых Советских определениях, которые иногда не соответствуют международным стандартам. Например, определенное живорожденности, которое используется для подсчета уровня младенческой смертности. Казахстан до сих пор использует старое советское определение живорожденности. В результате уровень младенческой смертности, а особенно уровень неонатальной смертности, предоставляемые государству, значительно ниже, чем реальные показатели младенческой смертности.¹

Помимо проблем неточных данных и недостаточности функции анализа их, процесс сбора медико-демографических показателей вертикален и не объединен с целью создания единой системы данных, отражающих реальную картину о состоянии здравоохранения Казахстана в целом.

1.7 Цели и организация исследования

Программа Медико-демографического исследования Казахстана (ПМДК) 1999 года – второе общенациональное исследование состояния здоровья матери и ребенка в Казахстане. Первое медико-демографическое исследование проводилось в 1995 году. ПМДК 1999 г. была выполнена Академией профилактической медицины Казахстана и финансировалась Агентством США по Международному развитию (USAID). Техническая помощь программы была обеспечена проектом Measure DHS+ компании Макро Интернэшнл Инк., США.

Цель исследования состоит в разработке для правительства Казахстана информационной базы, которую можно использовать при планировании политики и эффективных программ в области здоровья и питания. В ПМДК 1999 г. были собраны данные по истории беременности женщин, знанию и использованию методов контрацепции, практике грудного вскармливания и питания детей, охвату вакцинацией и случаям 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, туберкулезу, а также данные по репродуктивному поведению мужчин. Исследования также включали измерение уровня гемоглобина в крови для оценки распространенности анемии, а также измерения роста и веса для определения статуса питания (данная часть программы спонсировалась ЮНИСЕФ).

Поскольку ПМДК 1999 г. является вторым исследованием такого рода, оно позволяет проведение анализа тенденций рождаемости, репродуктивного здоровья, здоровья и питания детей. ПМДК 1999г. также является вкладом в международную базу данных в области демографии и здоровья населения.

¹ Подробное описание различных определений и оценок младенческой смертности представлены в главе 9 данного отчета.

1.7.1 РАЗРАБОТКА И ВНЕДРЕНИЕ СТАТИСТИЧЕСКИ РЕПРЕЗЕНТАТИВНОЙ ВЫБОРКИ

Репрезентативная выборка ПМДК 1999 года позволила успешно проинтервьюировать 4800 женщин в возрасте от 15 до 49 лет и 1440 мужчин от 15 до 59 лет. По условиям выборки Республика Казахстан была разделена на шесть географических районов (рис.1), которые были представлены следующим образом:

- (1) город Алматы.
- (2) Южный регион : Алматинская, Жамбылская, Южно-Казахстанская и Кызылординская области.
- (3) Западный регион: Актюбинская, Атырауская, Мангистауская, Западно-Казахстанская области.
- (4) Северный регион: Акмолинская, Костанайская, Павлодарская, Северо-Казахстанская области.
- (5) Центральный регион: Карагандинская область.
- (6) Восточный регион: Восточно-Казахстанская область.

Статистическая выборка для ПМДК 1999 г. была основана на списках терапевтических участков и семейно-врачебных амбулаторий (ТУ), полученных от областных департаментов здравоохранения и Комитета здравоохранения МЗОНС (для городской местности), и списков сел, предоставленных отделом демографической статистики Национального статистического агентства РК.

Выборка ПМДК 1999 г. проводилась в две стадии. Стратификация была достигнута путем деления каждого региона исследования на городскую и сельскую местности. На первой стадии отбора 251 терапевтических участков и сел были отобраны в качестве первичной единицы выборки (ПЕВ) с равной вероятностью, пропорционально размеру, который определялся количеством населения. Таким образом, было завершено составление полного списка домовладений в отобранных ТУ и селах, в которых на второй стадии были статистически определены 6336 домовладений для последующего интервьюирования. В каждом отобранном домовладении в последующем идентифицировали женщин в возрасте от 15 до 49 лет. Каждое третье домовладение отбиралось для исследования мужчин. В этих домовладениях были проинтервьюированы все мужчины в возрасте от 15 до 59 лет.

Детали относительно статистической выборки ПМДК 1999 г. содержатся в приложении А, и анализ ошибок выборки включен в приложение В.

1.7.2 АНКЕТЫ

В ПМДК 1999 г. были использованы три анкеты: анкета домовладения, индивидуальная анкета женщины, индивидуальная анкета мужчины. Анкеты были разработаны на основе модификации стандартных анкет, принятых в программах медико-демографических исследований MEASURE DHS+. Кроме того, анкеты были адаптированы к условиям Казахстана, благодаря консультациям со специалистами в области репродуктивного здоровья, педиатрии и питания. Первоначально анкеты были разработаны на английском языке, затем переведены на казахский и русский. В апреле 1999 г. было проведено тестирование анкет, в результате чего были введены коррекции 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 домовладения отражала информацию о возрасте, поле, уровне образования, семейном положении, а также характере связи каждого члена или посетителя с его главой. Основная задача первой части анкеты домовладения состояла в получении информации, необходимой для идентификации тех женщин и мужчин, которые соответствовали возрастному критерию, необходимому для проведения с ними индивидуальных 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 по следующим основным темам:

- Общая информация

- История беременности
- Исходы беременностей, антенатальная и постнатальная помощь
- Здоровье и практика питания ребенка
- 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 других заболеваниях, передающихся половым путем
- Антропометрия матери и ребенка
- Определение гемоглобина в крови женщин и их детей

Индивидуальная анкета мужчины предназначена для сбора информации у мужчин в возрасте 15-59 лет по следующим основным темам:

- Общая информация
- Репродукция
- Знание и применение методов контрацепции
- Супружество и половая активность
- Отношение к рождению ребенка и методам планирования семьи
- Знание о СПИДе и других заболеваниях, передающихся половым путем

1.7.3 ОБУЧЕНИЕ И ПОЛЕВЫЕ РАБОТЫ

Тестирование анкет ПМДК было проведено в апреле 1999 года. Восемь интервьюеров прошли недельный период обучения в Академии профилактической медицины. После обучения была проведена серия пробных интервью, которая прошла в течение одной недели в городской местности (г. Алматы) и одной недели – в сельской местности (Талгарский район Алматинской области). В целом было проинтервьюировано 110 женщин. Интервьюеры, участвовавшие в тестировании анкеты, были в дальнейшем приглашены в качестве супервизоров и редакторов для основных исследований.

В качестве персонала полевых команд ПМДК 1999 г., то есть супервизоров, полевых редакторов, интервьюеров и медицинских техников, было задействовано 64 человека, основную часть которых составляли врачи. Они обучались в Академии профилактической медицины в течение трех с половиной недель в июне – июле 1999 г. Для интервьюеров – мужчин, ответственных за анкетирование мужчин, было предусмотрено отдельное обучение. Процесс обучения состоял из лекций, работы в классах, а также учебно-игровых интервью. Обучение медтехников, которые были ответственны за антропометрические (рост и длина, вес) измерения и определения уровня гемоглобина в крови, проводилось в течение двух дней в условиях аудиторий с последующей трехдневной практикой в полевых условиях.

На завершающем этапе обучения персонал полевых работ был разделен на 7 групп в соответствии с их назначением в команды исследования. Каждая команда состояла из девяти человек, включая одного супервизора, одного редактора, пятерых интервьюеров женского опроса, одного интервьюера мужского опроса и одного медтехника.

Важно отметить, что персонал ПМДК 1999 г. был представлен различными научно – исследовательскими и учебными заведениями в области медицины Республики Казахстан. Список организаций, которые участвовали в программе, включает в себя: Казахский государственный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, Карагандинскую государственную медицинскую академию, Южно – Казахстанскую государственную медицинскую академию, Международный казахско – турецкий университет им. Х.А. Яссауи, Республиканский научно – исследовательский центр охраны здоровья матери и ребенка, Научный центр педиатрии и детской хирургии, ЗАО “Институт питания РК”, Национальный центр проблем туберкулеза, Казахстанскую Школу Общественного Здравоохранения РК, Республиканский медицинский колледж и Департамент здравоохранения г. Жезказгана. Кроме того, Академией профилактической медицины были набраны 5 полевых координаторов, ответственных за обеспечение связи и координации между Академией и полевыми командами.

Все семь команд начали сбор данных 12 июля 1999 года в городе Алматы. Двадцать шестого июля команды начали полевые работы в оставшихся регионах исследования Казахстана. Сбор данных был завершен 25 сентября 1999 года.

1.7.4 ОБРАБОТКА ДАННЫХ

В процессе сбора данных заполненные интервьюерами анкеты доставлялись в Академию профилактической медицины для их окончательного редактирования и компьютерного анализа. Персонал редактирования в офисе проверял эти анкеты на соответствие всех отобранных домовладений и респондентов, подлежащих опросу. Кроме того, окончательное редактирование включало внесение ряда категорий ответов, таких как характер профессии и другие. Компьютерный анализ данных производился при помощи статистического пакета ISSA (Integrated System for Survey Analysis) с использованием программы ввода данных, адаптированного на русский язык. Редактирование анкет в офисе, а также ввод и анализ данных были начаты 12 июля (т.е. в день начала полевых работ) и завершены 15 октября 1999 года.

1.7.5 ОБЪЕМ ИССЛЕДОВАНИЙ

В таблице 1.1. представлена информация об объеме и полноте охвата выборки в ПМДК 1999 года и количестве проведенных интервью по анкете домовладения и индивидуальных анкетах женщин и мужчин. В целом было отобрано 6301 домовладение, из которых на момент посещения командами интервьюеров 5960 были заняты под жилье. Главной причиной такой разницы в охвате было то, что некоторые жилища, которые были заняты под жилье во время листинговых работ, были либо пустыми, либо в период проведения интервью все члены домовладения отсутствовали продолжительное время. Из 5960 домовладений, занятых под жилье, в 5844 домовладениях интервьюирование по анкете домовладения было проведено в полном объеме, т.е. полнота охвата домовладений составила 98 процентов.

Всего 4906 женщины соответствовали критериям для проведения индивидуального интервьюирования в домовладениях (т.е. все лица женского пола были в возрасте 15-49 лет, являлись постоянными жителями или посетительницами данного домовладения). Индивидуальное интервью было проведено полностью с 4800 женщинами, что составило 98% от общего числа отобранных для исследования женщин. Основной

Таблица 1.1. Результаты интервьюирования домовладений и индивидуального интервьюирования.

Количество домовладений, количество интервью и уровень ответственности. Казахстан, 1999.

Результат	Местожительство		Всего
	Город	Село	
ЖЕНЩИНЫ			
Интервьюирование домовладений			
Отобранные домовладения	4,311	1,990	6,301
Найденные домовладения	4,038	1,922	5,960
Проинтервьюированные домовладения	3,939	1,905	5,844
Уровень ответственности домовладений	97.5	99.1	98.1
Индивидуальное интервьюирование			
Количество женщин, подлежащих интервьюированию	2,989	1,917	4,906
Количество проинтервьюированных женщин	2,927	1,873	4,800
Уровень ответственности среди женщин, подлежащих интервьюированию	97.9	97.7	97.8
МУЖЧИНЫ			
Интервьюирование домовладений			
Отобранные домовладения	959	591	1,550
Найденные домовладения	915	572	1,487
Проинтервьюированные домовладения	899	569	1,468
Уровень ответственности домовладений	98.3	99.5	98.7
Индивидуальное интервьюирование			
Количество мужчин, подлежащих интервьюированию	897	634	1,531
Количество проинтервьюированных мужчин	850	590	1,440
Уровень ответственности среди мужчин, подлежащих интервьюированию	94.8	93.1	94.1

причиной невозможности проведения интервью явилось отсутствие в доме респондента, подлежащего опросу, даже после совершения нескольких повторных визитов в домовладение.

В каждом третьем домовладении были идентифицированы 1531 мужчина, подлежащих опросу (т.е. все лица мужского пола в возрасте 15-59 лет, которые являлись постоянными жителями или посетителями). Из данного количества мужчин с 1440 было проведено индивидуальное интервью; таким образом, полнота охвата составила 94%.

Адыл К. Катарбаев, Кристи Фейр

В данной главе представлены сведения о демографических и социально-экономических характеристиках домовладений и респондентов, полученных в ходе проведения Медико-демографического исследования в 1999 году. Эта информация является показателем репрезентативности и качества собранных данных.

Настоящая глава включает три раздела. В первый раздел входит информация о характеристике жителей домовладений, их поло-возрастном составе, размере и распределении домовладений, уровне образования членов домовладения. В следующем разделе описано окружение домовладений, в котором живут респонденты со своими детьми. Общая характеристика респондентов исследования – мужчины в возрасте 15-59 лет и женщины в возрасте 15-49 лет рассматривается в следующей главе.

2.1 ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ДОМОВЛАДЕНИЙ

Анкета домовладения программы Медико-демографического исследования Казахстана, использованная в 1999 году, предназначена для изучения социально-демографической характеристики членов домовладений и посетителей, 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 ПМДК (1999 г.), о распределении жителей домовладений по возрастным группам с 5-летним интервалом в зависимости от пола и местожительства. В целом численность всего населения в отобранных домовладениях составила 20.203 человека. Результаты исследования показывают, что в Казахстане количество женщин было несколько больше, по сравнению с количеством мужчин (53 и 47 процентов соответственно). Соотношение полов варьировало в зависимости от возраста и местожительства. Это соотношение было более выражено в сельской местности, чем в городской (95, против 84 мужчин на 100 женщин). Различия являлись наиболее выраженными между респондентами возрастной группы младше 15 лет (103) и низким среди возрастной группы 65 лет и старше (55).

Почти 1/3 населения (30 процентов) составили дети в возрасте до 14 лет, причем их удельный вес на селе был выше, по сравнению с городом (соответственно 34 и 25 процентов). Начиная с возрастной группы 40-44 года, наблюдалось постепенное снижение удельного веса 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 ПМДК 1999 года). Женщины в возрастной группе 15-49 лет и мужчины в возрастной группе 15-59 лет, кто были основными респондентами ПМДК, составили одну четвертую часть в каждой группе (25 и 27 процентов соответственно).

Дальнейшие результаты показывают, что возрастная группа 15-64 года составляет 62 процента всего населения Казахстана, возрастная группа 65 лет и старше – 7 процентов общего населения. Отличительной чертой, наблюдавшейся в возрастном делении населения, стало то, что процентное соотношение иждивенцев (в возрасте младше 15 лет или старше 65 лет) отмечалось выше в сельских регионах (41 процент), чем в городских (34 процента). Это можно объяснить сельско-городской миграцией экономически активного населения в возрасте 15-65 лет, особенно молодежи, в поисках работы.

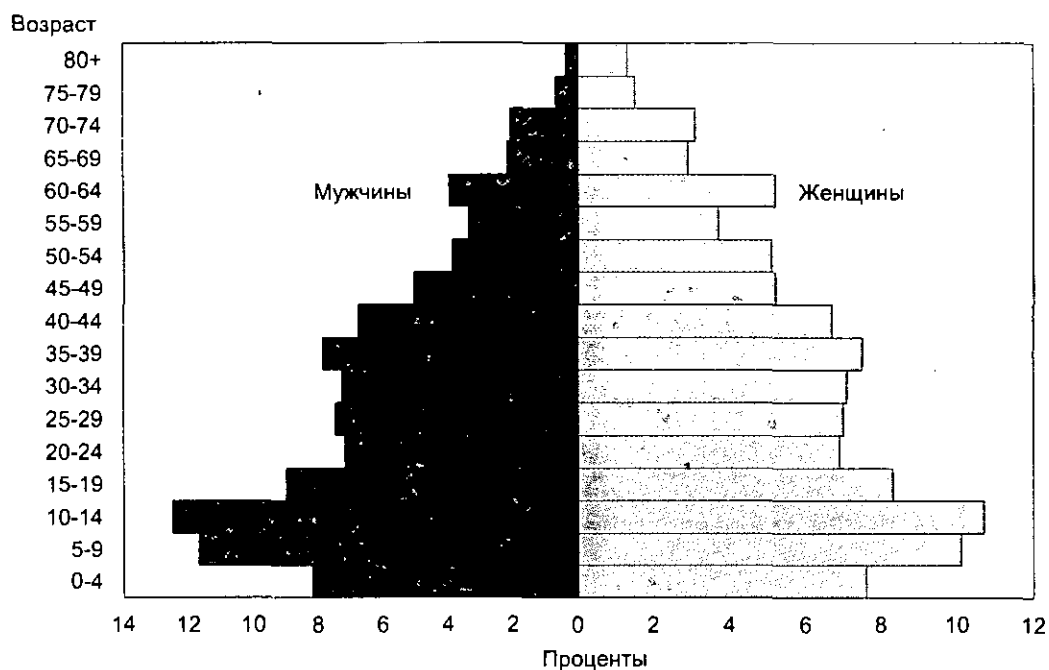
Процентное распределение населения в зависимости от указанных возрастных групп, по данным ПМДК 1995 г. и 1999 г. и переписей населения республики 1989 г. и 1999 г., представлено в таблице 2.2. Наблюдается прогрессивное снижение, начиная с Переписи населения республики 1989 г., доли населения младше 15 лет, также как и сопутствующее этому повышение в группах среднего возраста. Рост населения в возрастной группе 15-64 года приводит к снижению соотношения иждивенцев, которое было подсчитано, как отношение лиц иждивенческих возрастных групп к лицам экономически активных возрастных групп. Это слабое старение населения является результатом продолжающегося, хотя и медленно, снижения уровней рождаемости.

Таблица 2.1 Население домовладений в зависимости от возраста, местожительства и пола

Процентное распределение фактического населения домовладений по пятилетним возрастным группам в зависимости от пола и местожительства. Казахстан, 1999.

Возрастные группы, лет	Город			Село			Всего		
	Муж.	Жен.	Всего	Муж.	Жен.	Всего	Муж.	Жен.	Всего
0-4	6.7	5.5	6.1	9.4	9.6	9.5	8.2	7.6	7.9
5-9	9.8	8.1	8.9	13.3	12.0	12.6	11.7	10.1	10.9
10-14	11.7	8.8	10.1	13.1	12.5	12.8	12.5	10.7	11.6
15-19	8.1	7.8	7.9	9.7	8.8	9.2	9.0	8.3	8.6
20-24	7.4	6.7	7.0	7.1	7.1	7.1	7.2	6.9	7.1
25-29	7.1	7.7	7.5	7.7	6.3	7.0	7.5	7.0	7.2
30-34	8.0	6.7	7.3	6.8	7.5	7.2	7.3	7.1	7.2
35-39	8.5	7.7	8.0	7.5	7.4	7.4	7.9	7.5	7.7
40-44	7.5	7.4	7.4	6.2	6.2	6.2	6.8	6.7	6.8
45-49	5.6	6.2	5.9	4.6	4.3	4.5	5.1	5.2	5.1
50-54	4.7	6.5	5.7	3.3	3.9	3.6	3.9	5.1	4.6
55-59	4.2	4.5	4.4	2.7	2.9	2.8	3.4	3.7	3.5
60-64	4.6	5.9	5.3	3.6	4.5	4.0	4.0	5.2	4.6
65-69	2.7	3.7	3.2	1.8	2.1	1.9	2.2	2.9	2.5
70-74	2.6	3.4	3.0	1.8	2.7	2.3	2.1	3.1	2.6
75-79	0.6	1.7	1.2	0.7	1.3	1.0	0.7	1.5	1.1
80+	0.3	1.8	1.1	0.5	1.0	0.8	0.4	1.3	0.9
Всего	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Количество	4,273	5,069	9,342	5,289	5,572	10,861	9,562	10,641	20,203

Рисунок 2.1 Пирамида населения Республики Казахстан



ПМДК 1999

Представляют определенный интерес сопоставления данных ПМДК 1999 г. с данными Переписи населения республики 1999 г. Соответствие процентных соотношений распределения населения в указанных возрастных группах между ПМДК 1999 г. и данными Переписи населения республики 1999 г. подтверждает репрезентативность выборки ПМДК.

2.2 СОСТАВ ДОМОВЛАДЕНИЙ

В таблице 2.3 представлены сведения о размере и составе домовладений в зависимости от местожительства респондентов. 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 (67 процентов). Причем этот показатель в городской местности был меньше (58 процентов), чем в сельской местности (78 процентов).

При сравнении показателей ПМДК 1995 г., с таковыми в 1999 г., отмечено, что средний размер домовладения слегка снизился от 3.8 к 3.6 человек. Результаты ПМДК 1999 г. показывают, что средний размер домовладений в сельской местности (4.4) больше, чем в городской (3.0). Больше число домовладений в сельской местности (52 процента) состояли из четырех – шести человек, тогда как домовладения в городской местности (84 процента) имели 1-4 человек.

Как результаты ПМДК 1999 г., так и ПМДК 1995 г. показывают, что только в 3 процентах домовладений оказались приемные дети младше 15-летнего возраста.

В таблице 2.4 дана информация о детях – сиротах младше 15 лет. ПМДК 1995г. и ПМДК 1999г. указывают на довольно похожее распределение детей до 15 лет, проживающих с обоими родителями (79 и 81 процентов соответственно). По мере взросления, все меньше детей продолжают жить со своими родителями: 89 процентов детей возрастной группы младше 3 лет живут с обоими родителями по сравнению с 76 процентами в возрастной группе 10 лет и старше. Имеются небольшие различия в процентном соотношении детей, живущих с обоими родителями, в зависимости от местожительства – 77 процентов в городе и 84 процента на селе. Домовладения, в которых дети живут с обоими родителями, чаще встречаются в Западных и Южных регионах (83 и 85 процентов соответственно).

Тринадцать процентов детей младше 15 лет живут только с матерью, из них 4 процента потеряли своих отцов, а у 9 процентов отцы живы. В данном параметре существует несколько различий в зависимости от возраста детей, пола и места жительства. Например, домовладения, в которых дети жи-

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

Процентное распределение де-юре населения по возрастным группам. Казахстан, 1989-1999 г.г.

Возрастные группы, лет	Перепись 1989	ПМДК 1995	Перепись 1999	ПМДК 1999
<15	31.8	31.0	28.6	29.9
15-64	62.5	62.1	64.7	63.0
65+	5.7	6.9	6.7	7.1
Всего	100.0	100.0	100.0	100.0
Средний возраст	26.9	26.5	29.9	27.9
Соотношение иждивенцев	60.0	61.0	54.6	58.8

Таблица 2.3 Состав домовладений

Процентное распределение домовладений по половой принадлежности глав домовладений, размерам домовладений и наличию в них приемных детей, в зависимости от местожительства. Казахстан, 1999.

Характеризуемый показатель	Местожительство		
	Город	Село	Всего
Главенство в домовладении			
Мужчины	57.5	78.1	66.6
Женщины	42.5	21.9	33.4
Количество постоянных членов домовладения			
1	18.9	5.9	13.1
2	25.6	14.0	20.5
3	21.3	14.4	18.2
4	18.5	22.4	20.2
5	8.1	17.8	12.4
6	3.8	11.5	7.2
7	1.9	6.8	4.1
8	0.9	4.3	2.4
9+	1.0	2.9	1.8
Всего	100.0	100.0	100.0
Средний размер	3.0	4.4	3.6
Процент с приемными детьми	2.2	4.8	3.3

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

вот только с матерями, чаще встречаются в городских регионах, чем сельских, в городе Алматы и Центральном регионе, по сравнению с другими регионами.

Что касается детей – сирот, то у около 4 процентов детей младше 15 лет умерли отцы и у менее 1 процента – матери, и только совсем незначительная часть детей (0,2 процента) потеряла обоих родителей.

Таблица 2.4 Сироты и приемные дети

Процентное распределение фактических детей до 15 лет по наличию живых или умерших родителей в зависимости от возраста и половой принадлежности детей, местожительства и региона проживания. Казахстан, 1999.

Социально-биологические факторы	Живущие с обоими родителями	Живущие только с матерью		Живущие только с отцом		Не живущие с родителями			Информация об отце/матери отсутствует	Всего	К-во детей	
		Отец жив	Отец умер	Мать жива	Мать умерла	Оба живы	Жив только отец	Жива только мать				Оба умерли
Возраст, лет												
0-2	88.8	6.7	1.2	0.2	0.0	2.3	0.0	0.1	0.0	0.7	100.0	941
3-5	85.2	8.8	1.8	0.6	0.4	2.5	0.0	0.0	0.0	0.7	100.0	1,035
6-9	81.4	9.2	3.6	0.4	0.1	2.8	0.3	0.2	0.3	1.7	100.0	1,864
10-14	75.7	11.0	6.1	0.6	1.0	2.6	0.6	0.4	0.3	1.8	100.0	2,463
Пол												
Мужской	80.3	9.6	4.3	0.6	0.4	2.7	0.3	0.2	0.3	1.4	100.0	3,196
Женский	81.5	9.3	3.5	0.4	0.6	2.5	0.3	0.3	0.2	1.4	100.0	3,108
Местожительство												
Город	76.6	14.2	4.0	0.2	0.6	1.8	0.3	0.1	0.1	2.2	100.0	2,452
Село	83.6	6.5	3.9	0.6	0.4	3.1	0.4	0.3	0.3	0.9	100.0	3,851
Регион												
г. Алматы	71.2	17.2	5.3	1.0	0.6	1.8	0.4	0.0	0.0	2.7	100.0	224
Южный	84.8	7.6	3.1	0.2	0.4	2.8	0.3	0.2	0.1	0.4	100.0	2,781
Западный	83.1	5.6	5.6	0.3	0.5	2.6	0.3	0.7	0.3	1.1	100.0	917
Центральный	76.2	14.2	3.1	0.0	0.8	2.6	0.1	0.4	0.1	2.5	100.0	415
Северный	76.6	11.5	4.4	1.3	0.1	1.8	0.6	0.0	0.4	3.2	100.0	1,281
Восточный	75.9	12.9	4.0	0.3	1.5	3.3	0.1	0.2	0.1	1.6	100.0	685
Всего	80.9	9.5	3.9	0.5	0.5	2.6	0.3	0.2	0.2	1.4	100.0	6,303

Примечание - Согласно конвенции, приемные дети - это те, которые не живут со своими родителями. Указанная группа также включает сирот, т.е. детей, у которых родители умерли.

2.3 ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ УРОВЕНЬ ЧЛЕНОВ ДОМОВЛАДЕНИЙ

Высокое соотношение между уровнем образования и позитивными медицинскими и социальными индикаторами делает образование очень важным показателем среди других исследований домовладений. Высшее образование, особенно среди женщин, обычно ассоциируется с большими знаниями и использованием соответствующей медицинской практики, а также методов планирования семьи.

Казахстанская система начального и среднего образования имеет три уровня: начальное (с 1 по 4 классы, возраст 7 – 11 лет), неполное среднее (с 5 по 9 классы, возраст – 12-15 лет) и среднее (классы 10-11, возраст 16-17 лет). Большинство школ Казахстана предлагают все три уровня начального/среднего образования. Начальное и неполное среднее образование является обязательным. Те, кто завершает неполное среднее образование (9 классов), могут продолжить обучение в средних специальных (профессиональных) учебных заведениях. Закончившие все три уровня образования в школе могут продолжить обучение в высших учебных заведениях.

2.3.1 УРОВЕНЬ ПОСЕЩЕНИЙ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЙ ЧЛЕНАМИ ДОМОВЛАДЕНИЙ

Информация, представленная в таблице 2.5, указывает уровни образования, полученного населением с учетом разделения по полу, возрасту, месту жительства и региону. Так же, как и данные ПМДК 1995 года, данные ПМДК 1999 года подтверждают высокие образовательные уровни населения Казахстана – около 98 процентов мужчин и 97 процентов женщин имеют какое-либо образование.

Таблица 2.5. Уровень образования населения домовладений

Процентное распределение фактического населения домовладений в возрастной группы от 7 лет и старше по наивысшему уровню образования и среднее число лет обучения в зависимости от социально-биологических факторов. Казахстан, 1999.

Социально-биологические факторы	Уровень образования					Всего	Кол-во женщин/мужчин	Среднее число лет обучения
	Нет образования	Начальное/среднее	Среднее-специ.	Высшее	Пропущено			
Женщины								
Возраст, лет								
7-9	13.9	86.0	0.1	0.0	0.0	100.0	686	1.1
10-14	0.5	99.5	0.0	0.0	0.0	100.0	1,142	5.2
15-19	0.4	76.0	13.3	10.2	0.0	100.0	888	9.8
20-24	0.4	43.0	35.1	21.6	0.0	100.0	737	10.4
25-29	0.1	34.1	47.1	18.5	0.2	100.0	743	10.0
30-34	0.1	30.3	45.9	23.7	0.0	100.0	756	10.0
35-39	0.1	31.7	45.5	22.7	0.0	100.0	798	9.9
40-44	0.5	34.9	46.1	18.3	0.2	100.0	717	9.9
45-49	0.8	34.7	41.4	22.7	0.5	100.0	553	9.9
50-54	0.5	43.1	35.6	20.4	0.4	100.0	545	10.0
55-59	1.4	57.5	24.8	16.2	0.0	100.0	389	9.1
60-64	4.4	68.3	18.1	9.2	0.0	100.0	548	6.9
65+	15.1	65.8	9.8	8.4	0.9	100.0	933	4.9
Местожительство								
Город	2.9	47.9	29.6	19.4	0.2	100.0	4,641	9.6
Село	3.3	65.0	23.1	8.4	0.2	100.0	4,794	9.1
Регион								
г. Алматы	2.3	37.9	25.2	34.4	0.2	100.0	502	10.3
Южный	3.3	61.3	22.0	13.0	0.4	100.0	3,334	9.3
Западный	3.8	63.2	22.5	10.5	0.0	100.0	1,311	9.2
Центральный	1.9	49.9	32.5	15.7	0.0	100.0	776	9.5
Северный	2.8	55.0	30.5	11.6	0.2	100.0	2,264	9.1
Восточный	3.1	51.8	30.6	14.4	0.0	100.0	1,248	9.4
Всего	3.1	56.6	26.3	13.9	0.2	100.0	9,435	9.3
Мужчины								
Возраст, лет								
7-9	15.4	84.6	0.0	0.0	0.0	100.0	739	1.0
10-14	0.4	99.5	0.0	0.0	0.0	100.0	1,194	5.1
15-19	0.3	75.5	17.2	7.0	0.0	100.0	857	9.4
20-24	0.5	53.9	29.0	16.5	0.0	100.0	690	10.3
25-29	0.4	46.4	39.1	14.1	0.0	100.0	712	10.1
30-34	0.4	40.2	43.8	15.6	0.0	100.0	703	9.9
35-39	0.1	37.3	44.8	17.8	0.0	100.0	760	10.0
40-44	0.4	38.6	41.3	19.8	0.0	100.0	649	9.9
45-49	0.8	43.7	35.6	19.1	0.9	100.0	486	9.9
50-54	0.3	41.4	35.7	22.1	0.5	100.0	378	10.1
55-59	0.4	50.6	28.1	20.4	0.5	100.0	321	9.6
60-64	1.6	54.9	27.6	15.8	0.0	100.0	384	9.1
65+	5.8	63.2	17.4	12.9	0.7	100.0	520	6.6
Местожительство								
Город	1.6	51.3	29.2	17.7	0.1	100.0	3,859	9.7
Село	2.5	67.7	22.3	7.3	0.2	100.0	4,533	9.1
Регион								
г. Алматы	1.1	46.3	21.0	31.6	0.0	100.0	389	10.0
Южный	2.0	63.8	22.2	11.8	0.1	100.0	3,042	9.4
Западный	1.9	67.2	21.5	9.4	0.0	100.0	1,188	9.3
Центральный	1.8	52.5	32.2	13.4	0.1	100.0	654	9.5
Северный	2.2	57.6	29.8	10.1	0.4	100.0	2,035	9.2
Восточный	2.9	56.9	28.3	11.9	0.0	100.0	1,083	9.3
Всего	2.1	60.2	25.5	12.1	0.1	100.0	8,392	9.4

В Казахстане уровень образования несколько выше среди женщин, чем среди мужчин – 14 процентов женщин и 12 процентов мужчин, членов домовладений (7 лет и старше), имеют высшее образование. Отмечаются значительные различия по месту проживания – городские жители чаще, чем сельские, имеют среднее специальное или высшее образования. Уровень образования также значительно выше в городе Алматы, чем в других регионах.

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 11-17 – 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 уровня. 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 в том или ином уровне образования. Разница между этими коэффициентами показывает количество детей, старше или младше официального школьного возраста.

В Казахстане школьное участие среди членов домохозяйств школьного возраста достаточно вы-

сокое. ЧКП фактически одинаков среди молодежи женского и мужского пола как в начальном (86 процентов для женщин и мужчин), так и в среднем (87 и 88 процентов соответственно) уровнях. ЧКП и в начальном, и в среднем уровнях несколько выше в городской, чем в сельской местности. Сравнение ЧКП и ВКП среди учеников мужского и женского пола, в сельской и городской местности показывает, что примерно такое же соотношение учеников (около 13 процентов в начальном уровне и 8 процентов в среднем уровне), старше или младше официального школьного возраста, 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 в любом уровне, от начального до высшего образования. Чем ближе КП к 100 процентам, тем выше процент людей данной возрастной группы, посещающих школу.

В Казахстане основное количество молодежи возраста начальной и средней школы (7-17 лет) посещают школу, значительных различий по полу не существует. Относительно низкий коэффициент посещаемости, и имеющего место среди детей 7 лет (около 55 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.

2.3.3 ЧАСТОТА ПОВТОРНОГО ОБУЧЕНИЯ И ПРЕКРАЩЕНИЯ ОБУЧЕНИЯ

В таблице 2.7 показана частота повторного обучения и прекращения обучения в зависимости от класса. В Казахстане количество детей, оставленных на второй год (частота повторного обучения), весьма низкое среди учащихся девочек и мальчиков, как в городской, так и сельской местности. Частота прекращения обучения также низкая по всем классам начальной и средней школы. Однако по завершении средней школы около 48 процентов учеников не продолжают обучение на третьем уровне. Сельская молодежь реже, чем городская, переходит на высший уровень образования – около 61 процента молодежи на селе, по сравнению с 32 процентами среди городской молодежи.

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.

Таблица 2.6 Частота посещаемости школы

Чистый коэффициент посещаемости (ЧКП) и валовый коэффициент посещаемости (ВКП) для фактического населения домохозяйств в возрасте 7-24 лет в зависимости от уровня образования, пола и местожительства. Казахстан, 1999.

Категория	ЧКП ¹			ВКП ²		
	Муж	Жен.	Всего	Муж	Жен.	Всего
НАЧАЛЬНАЯ ШКОЛА						
Город	85.2	84.6	84.9	98.5	99.4	98.9
Село	85.9	86.4	86.1	98.6	98.8	98.7
Всего	86.0	86.0	86.0	99.0	99.0	99.0
СРЕДНЯЯ ШКОЛА						
Город	88.5	89.5	89.0	97.4	97.6	97.5
Село	85.7	87.8	86.7	93.8	96.9	95.3
Всего	87.0	88.0	88.0	95.0	97.0	96.0

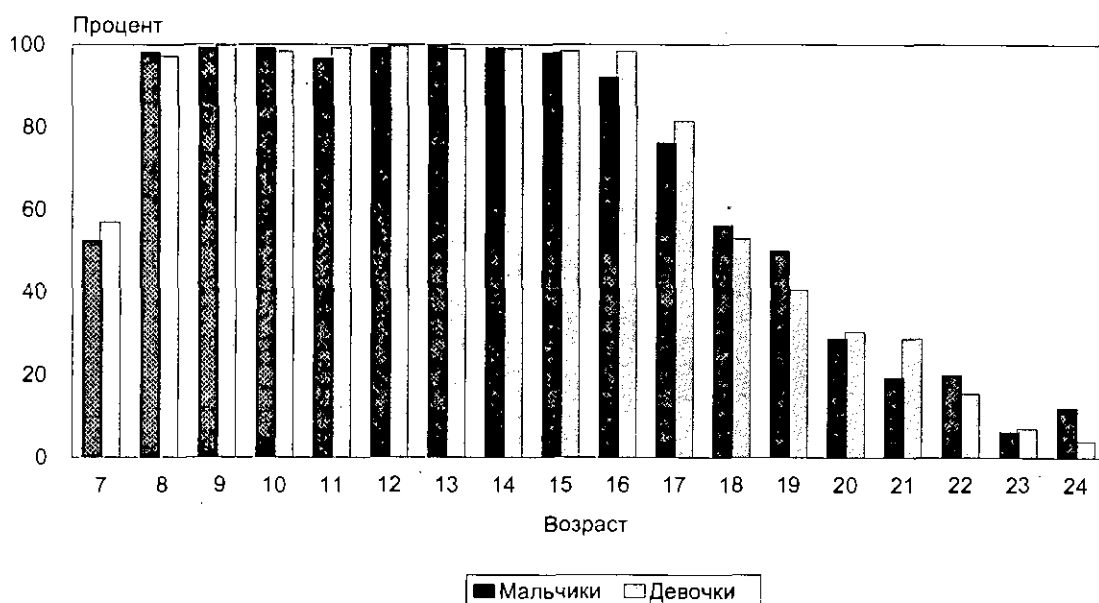
¹ ЧКП начальной школы - процент населения в возрасте 7-10 лет, посещающий начальную школу. ЧКП средней школы - процент населения в возрасте 11-17 лет, посещающий среднюю школу. По определению ЧКП не может превышать 100 процентов.

² ВКП начальной школы - общее количество учеников в начальной школе (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.

2.4 ХАРАКТЕРИСТИКА ДОМАШНЕГО ХОЗЯЙСТВА

Таблица 2.8 и рисунок 2.3. содержат информацию по отдельным бытовым характеристикам домашнего хозяйства. Эта информация полезна при оценке основных социально-экономических условий 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, время 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.

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



ПМДК 1999

Установлено, что всего 97 процентов домовладений, участвовавших в ПМДК 1999 года, были обеспечены электричеством. При этом в сельской местности процент домовладений, обеспеченных электричеством, сократился со 100 процентов в 1995 году до 94 процентов в 1999 году.

Больше чем половина домовладений в ПМДК 1999 года имели водопроводную воду (59 процентов), и большинство из этих домовладений имели ее в своих квартирах (50 процентов). Около одной трети домовладений (30 процентов) пользуются водой из открытых источников. Значительная разница отмечается между сельскими и городскими домовладениями. В городской местности 90 процентов домовладений имеют водопроводную воду, по сравнению с 35 процентами таких домовладений на селе. Открытые источники являются основными источниками воды в сельской местности (59 процентов). Вода из 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 Казахстану в большинстве домовладений (52 процента) имелись обычные туалеты в виде ямы, и в 47 процентах – смывные туалеты. При этом 81 процент городских домовладений имеют смывные туалеты, по сравнению с 5 процентами в сельской местности. Девяносто четыре процента сельских домовладений имеют туалеты в виде ямы.

Что касается типа материала, используемого для покрытия пола, то большая часть (69 процентов) домовладений имеют деревянный настил, который чаще использовался в сельских домовладениях (89 процентов), чем в городских (52 процента). Сорок два процента городских домовладений и 5 процентов сельских имели линолеум на полу.

Таблица 2.7 Частота повторного обучения и прекращения обучения.

Частота повторного обучения и прекращения обучения, или фактическое население домовладений в возрасте 6-24 лет в зависимости от класса обучения, пола и местожительства. Казахстан, 1999.

Характеризуемый показатель	Класс обучения											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
ЧАСТОТА ПОВТОРНОГО ОБУЧЕНИЯ¹												
Пол												
Муж.	0.8	0.2	0.0	0.8	1.6	0.3	0.0	0.0	1.1	0.0	0.0	
Жен.	0.9	0.6	0.4	0.0	0.4	0.0	0.3	0.0	0.0	0.0	0.3	
Местожительство												
Город	0.0	0.8	0.5	0.2	1.6	0.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.3	
Село	1.4	0.2	0.0	0.6	0.6	0.0	0.3	0.0	0.9	0.0	0.0	
Всего	0.8	0.4	0.2	0.4	1.0	0.1	0.2	0.0	0.6	0.0	0.1	
ЧАСТОТА ПРЕКРАЩЕНИЯ ОБУЧЕНИЯ²												
Пол												
Муж.	0.0	0.0	0.8	1.8	1.9	3.9	3.0	1.1	5.7	3.5	50.7	
Жен.	0.0	0.0	0.0	1.1	3.5	6.8	4.6	0.0	1.3	0.7	46.5	
Местожительство												
Город	0.0	0.0	0.0	0.8	2.3	4.0	2.7	0.0	3.3	2.3	32.1	
Село	0.0	0.0	0.7	1.9	3.0	6.4	4.4	0.9	3.6	1.7	60.6	
Всего	0.0	0.0	0.4	1.5	2.7	5.4	3.8	0.6	3.5	2.0	48.2	

¹ Частота повторного обучения - процент учеников на данном уровне обучения, которые повторно обучаются на данном уровне.

² Частота прекращения обучения - процент учеников, бывших на данном уровне обучения в предыдущем учебном году, которые не посещают школу в настоящее время.

Принадлежности для мытья рук доступны большому проценту домовладений: 93 процента и более пользуются мылом или другими моющими средствами и имеют раковину, таз/ванна, ведро для мытья рук.

В Казахстане более 64 процентов домовладений используют газ в баллонах и природный газ для приготовления пищи; использование газа в баллонах преобладает в сельских регионах (51 процент), а природный газ чаще используется в городской местности (42 процента). Двадцать четыре процента городских домовладений пользуются электричеством для приготовления пищи, в то время как только 2 процента на селе используют электричество для этих целей; и 39 процентов сельских домовладений пользуются для приготовления пищи дровами, соломой или тезеком.

2.4.1 Наличие бытовых средств в домовладениях

Таблица 2.9 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 пользования транспортом в домовладении. Владение бытовыми средствами является показателем социально-экономического положения семьи.

Результаты показывают, что 41 процент домовладений имеют радио, 92 процента – телевизор, 79 процентов – холодильник, 39 процентов – имеют телефон, 14 процентов – имеют велосипед и 27 процентов имеют автомобиль. Только 9 процентов имеют собственный мотоцикл. Около 4 процентов домовладений не имеют ни одного и перечисленных бытовых средств.

Различия между сельской и городской местностью можно увидеть по наличию отдельных бытовых средств, которые более доступны в городских домовладениях, чем в сельских. Например, более половины городских домовладений имеют телефон (55 процентов), в то время как в сельской местности этот процент составляет лишь 20 процентов. Девяносто один процент домовладений в го-

роде имеют холодильник, по сравнению с 65 процентами в сельской местности. Как в городских, так и в сельских домовладениях, отмечалось высокое различие в соотношении наличия телевизоров (95 и 87 процентов соответственно). Сельские домовладения в три раза чаще владеют мотоциклом, чем городские, что объясняется большей потребностью в транспорте на селе.

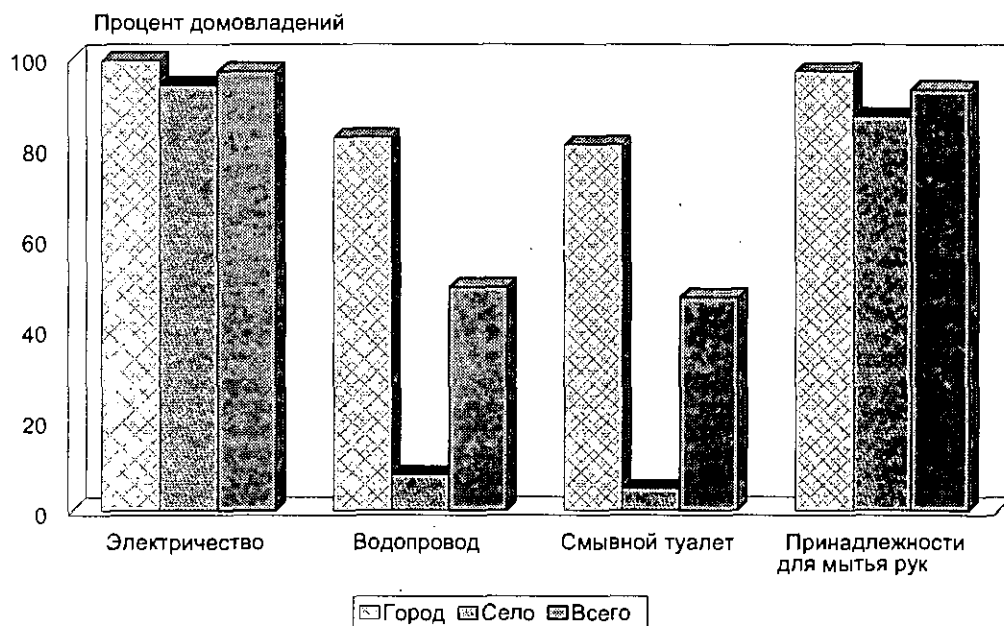
В целом число домовладения, которые имеют телевизор, телефон, холодильник, автомобиль несколько увеличилось, по сравнению с ПМДК 1995 года. И, наоборот, количество домовладений, в которых есть радио, велосипед и мотоцикл, сократилось, по сравнению с ПМДК 1995 года.

Таблица 2.8 Характеристика домашнего хозяйства

Процентное распределение домовладений по характеристикам домашнего хозяйства в зависимости от местожительства. Казахстан, 1999.

Социально-гигиенические условия	Местожительство		
	Город	Село	Всего
Электричество			
Есть	99.4	93.9	97.0
Нет	0.6	6.1	3.0
Всего	100.0	100.0	100.0
Источник питьевой воды			
Водопровод внутри жилища	82.4	8.0	49.5
Водопровод во дворе	4.3	15.3	9.2
Общественный трубопровод	4.1	12.0	7.6
Колодец в жилище	0.1	2.6	1.2
Колодец во дворе	3.6	18.6	10.2
Общественный колодец	3.9	34.5	17.4
Открытый источник	0.0	2.8	1.3
Вода из водовоза	1.3	5.2	3.0
Бутылочная вода	0.2	0.0	0.1
Другое	0.2	0.9	0.5
Всего	100.0	100.0	100.0
Время ходьбы до источника (в мин)			
<15 минут (%)	94.8	70.0	83.8
Среднее время до источника (мин.)	0.0	4.3	0.0
Тип туалета			
Собственный смывной туалет			
Туалет в виде ямы	80.8	4.9	47.2
Нет туалета	19.1	94.1	52.3
Другое	0.1	1.0	0.5
	0.0	0.1	0.0
Всего	100.0	100.0	100.0
Средства для мытья рук			
Вода/кран в домовладении	97.9	88.5	93.7
Мыло или другие моющие ср-ва	97.0	87.7	92.9
Раковина, ванна/таз, ведро	97.0	87.1	92.6
Тип топлива			
Электричество	24.2	1.8	14.3
Природный газ	42.0	4.5	25.4
Газ в баллонах	29.8	50.7	39.0
Керосин	0.1	0.2	0.2
Уголь	0.4	2.3	1.2
Древесный уголь	0.1	0.8	0.4
Дрова/солома	2.2	27.5	13.4
Тезек	0.6	11.1	5.3
Другое	0.5	1.1	0.8
Всего	100.0	100.0	100.0
Тип пола			
Земля/песок	0.3	2.6	1.3
Деревянные доски	52.2	89.0	68.5
Паркет/полированный пол	2.7	0.3	1.7
Линолеум	41.9	4.6	25.4
Цемент	0.3	0.7	0.5
Ковер	0.2	0.0	0.1
Другое	2.3	2.6	2.5
Пропущено	0.1	0.0	0.0
Всего	100.0	100.0	100.0
Собственность домовладений			
Дача или доступ в сад	50.6	84.5	65.6
Домашний скот или домашняя птица	12.9	73.7	39.8
Кол-во домовладений	3,257	2,587	5,844

Рисунок 2.3 Характеристика домовладений в зависимости от местожительства



ПМДК 1999

Таблица 2.9 Бытовая техника в домовладениях

Процент домовладений, имеющих различную бытовую технику, в зависимости от местожительства. Казахстан, 1999.

Бытовая техника	Местожительство		
	Город	Село	Всего
Радио	51.6	28.5	41.4
Телевизор	95.3	87.3	91.8
Телефон	54.9	19.6	39.3
Холодильник	90.5	65.1	79.2
Велосипед	12.7	15.7	14.0
Мотоцикл	4.8	14.4	9.1
Автомобиль	25.8	27.9	26.7
Ничего из перечисленного	2.0	7.5	4.4
Количество домовладений	3,257	2,587	5,844

Райхан М. Сиссекенова, Сунита Кишор, Эльнар А. Курмангалиева

3.1 ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РЕСПОНДЕНТОВ

3.1.1 СОЦИАЛЬНО-БИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РЕСПОНДЕНТОВ

В таблице 3.1 представлено процентное распределение мужчин и женщин по возрасту, семейному положению, месту жительства, региону проживания, уровню образования, религиозной и этнической принадлежности. С целью более точного определения возраста женщин и мужчин им задавался 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. Как показали результаты исследования, около 30 процентов женщин и 28 процентов мужчин представлены возрастной группой 15-24 года, а 29 процентов женщин и 24 процента мужчин составили возрастную группу 25-34 года.

Состоящие в браке или живущие с партнером женщины и мужчины составляют большую часть всех опрошенных женщин и мужчин (63 и 65 процентов соответственно), в то время как незамужние женщины и неженатые мужчины – 25 и 30 процентов соответственно. Кроме того, 9 процентов женщин и 5 процентов мужчин были разведены. Распределение женщин по текущему семейному положению является схожим, по данным исследований ПМДК 1995 и 1999 гг.

В таблице 3.1 также показано, что большинство респондентов как мужского, так и женского пола являются мусульманами (около 56 процентов), а 27 процентов женщин и 34 процента мужчин относили себя к христианам. Казахское население является доминирующей этнической группой, включающей в себя 54 процента женщин и 52 процента мужчин. Женщины и мужчины русской национальности составляли в целом 30 и 32 процента соответственно.

В таблице 3.2 показано процентное распределение женщин и мужчин по этнической принадлежности, религии и месту жительства в зависимости от региона проживания. Эти данные свидетельствуют, что в Южном и Западном регионах преобладает казахское население, в то время как русское население составляет большую часть респондентов г. Алматы и Северного региона. Схожая ситуация наблюдается и в распределении в зависимости от религиозной принадлежности. Респонденты, исповедующие ислам, сконцентрированы в Южном, Западном и Восточном регионах, в то время как христиане преобладали в г. Алматы.

3.1.2 УРОВЕНЬ ОБРАЗОВАНИЯ РЕСПОНДЕНТОВ

Информация по образовательному уровню респондентов в зависимости от социально-биологических факторов представлена в таблице 3.3. Различия в образовательном уровне среди респондентов мужского и женского пола являются схожими с данными по взрослому населению домовладений, которые обсуждались в разделе 2.3.1. Двадцать процентов женщин-респондентов имеют высшее образование, в то время как у мужчин-респондентов доля имеющих данное образование составляла лишь 14 процентов. Как среди женщин, так и мужчин, респонденты казахской и русской национальностей имели большую долю с высшим образованием, чем у респондентов других национальностей.

3.1.3 Род занятий

Таблицы 3.4 и 3.5 показывают профили занятости женщин и мужчин, работающих в настоящее время, в зависимости от социально-биологических факторов. Почти половина всех работающих женщин занимают техническо-управленческую сферу, 26 процентов работают в торгово-обслуживающей сфере и 10 процентов заняты квалифицированным и неквалифицированным ручным трудом. В сельском хозяйстве заняты только 4 процента женщин. Техническо-управленческая сфера является доминирующим профилем занятости во всех возрастных группах, за исключением 15–19 лет. Женщины 15-19 лет больше заняты в сфере торговли и услуг, чем в техническо-управленческой сфере. Подсчитано, что около 40 и

Таблица 3.1. Общая характеристика респондентов

Процентное распределение женщин 15-49 лет и мужчин 15-59 лет в зависимости от некоторых социально-биологических факторов. Казахстан, 1999

Социально-биологические факторы	Взвешенный процент	Кол-во женщин		Взвешенный процент	Кол-во мужчин	
		Взвешенное	Невзвешенное		Взвешенное	Невзвешенное
Возраст, лет						
15-19	16.5	791	778	15.7	226	216
20-24	13.9	666	662	12.6	182	174
25-29	14.4	692	688	12.2	176	188
30-34	14.6	698	693	11.9	172	179
35-39	15.6	749	766	15.9	229	218
40-44	14.2	681	680	11.4	164	174
45-49	10.9	522	533	8.5	122	123
50-54	0.0	0	0	7.3	104	105
55-59	0.0	0	0	4.5	65	63
Семейное положение						
Не были замужем/женаты	25.3	1,215	1,243	30.1	433	422
Замужем, женаты/живут вместе	62.9	3,018	2,950	64.8	933	938
Вдовы/вдовцы	3.0	145	152	0.5	8	10
Разведена/не живут вместе	8.8	422	455	4.6	66	70
Местожителство						
Город	55.6	2,668	2,927	54.9	790	850
Село	44.4	2,132	1,873	45.1	650	590
Регион						
г. Алматы	6.1	291	636	6.2	90	168
Южный	30.3	1,455	922	29.6	426	281
Западный	13.1	628	753	12.7	182	264
Центральный	9.9	475	875	9.7	139	275
Северный	26.2	1,259	655	27.5	396	172
Восточный	14.4	692	959	14.4	207	280
Образование						
Начально-среднее	40.1	1,927	1,829	45.9	661	645
Средне-специальное	39.7	1,908	1,903	40.3	581	568
Высшее	20.1	965	1,068	13.8	198	227
Еще посещает школу						
Да	15.4	741	759	13.7	197	192
Нет	84.0	4,034	4,020	86.2	1,241	1,245
Религия						
Мусульмане	55.9	2,685	2,601	56.9	819	824
Христиане	26.8	1,288	1,397	34.0	490	448
Другие	1.4	66	53	0.5	8	4
Не религиозны	14.4	693	688	8.3	119	159
Не знают	1.4	65	58	0.3	4	5
Пропущено	0.0	2	3	0.0	0	0
Национальность						
Казахи	53.9	2,587	2,545	51.9	747	761
Русские	30.3	1,454	1,595	31.9	460	468
Другие	15.8	760	660	16.2	234	211
Всего	100.0	4,800	4,800	100.0	1,440	1,440

более процентов женщин почти во всех других группах населения занимают должности в технико-управленческой сфере.

Самое большое колебание соотношения женщин на этих должностях определяется уровнем образования. Только 21 процент женщин со средним образованием заняты в технико-управленческой сфере, по сравнению с 78 процентами женщин с высшим образованием. Соответственно женщины, имеющие среднее образование, также чаще заняты в сельском хозяйстве или в других видах занятости, чем женщины с другим типом образования. Как ожидалось, занятость в сельском хозяйстве имеет малую значимость в городской местности, однако даже в сельской местности насчитывается только 9 процентов женщин, занятых в этой области труда. Вместе с тем сельскохозяйственная занятость насчитывает 9-12 процентов среди самых молодых женщин, женщин с пятью или более детьми, женщин с низким уровнем образованием и живущих в Южных регионах. Занятость в сфере торговли и услуг более характерна для

Таблица 3.2 Национальность, религия и местожительство по регионам

Процентное распределение женщин и мужчин по регионам в зависимости от национальности, религии и местожительства. Казахстан, 1999.

Социально-биологические факторы	Регионы						Всего
	г.Алматы	Южный	Западный	Центральный	Северный	Восточный	
Женщины							
Национальность							
Казахки	36.6	74.9	72.7	40.6	33.7	45.8	53.9
Русские	47.6	11.0	20.9	45.0	38.9	46.3	30.3
Украинки	1.9	1.4	2.1	5.0	11.6	1.5	4.6
Немки	1.3	0.6	0.5	1.9	6.9	2.9	2.7
Корейки	2.2	0.9	0.5	1.5	0.0	0.1	0.6
Татарки	2.5	0.4	1.0	2.3	3.2	1.4	1.7
Другие	7.9	10.7	2.3	3.5	5.7	1.7	6.1
Религия							
Мусульманки	41.2	83.2	71.6	40.9	34.6	39.7	55.9
Христианки	45.3	12.9	20.7	41.6	35.0	29.1	26.8
Другие	0.8	0.1	0.8	1.0	3.6	1.1	1.4
Не религиозны	11.9	3.4	5.9	15.8	24.0	28.1	14.4
Не знают	0.8	0.4	1.1	0.7	2.8	1.7	1.4
Местожительство							
Город	100.0	37.4	56.8	86.4	48.0	66.8	55.6
Село	0.0	62.6	43.2	13.6	52.0	33.2	44.4
Всего	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Количество женщин	291	1,455	628	475	1,259	692	4,800
Мужчины							
Национальность							
Казахи	33.3	76.3	73.7	36.4	27.8	47.0	51.9
Русские	54.8	9.7	19.7	40.2	47.3	43.5	31.9
Украинцы	1.2	0.5	1.8	7.2	10.1	1.6	4.2
Немцы	0.6	0.0	1.2	3.3	9.6	2.0	3.4
Белорусы	3.0	1.9	0.9	1.6	0.0	0.0	1.0
Другие	7.1	11.7	2.6	11.3	5.1	5.8	7.6
Религия							
Мусульмане	37.5	85.0	75.2	39.8	32.2	50.1	56.9
Христиане	47.6	4.4	15.2	36.9	67.1	40.1	34.0
Другие	0.0	1.0	0.5	0.0	0.7	0.0	0.5
Не религиозны	14.9	9.3	8.8	22.8	0.0	9.0	8.3
Не знают	0.0	0.3	0.3	0.4	0.0	0.8	0.3
Местожительство							
Город	100.0	37.3	57.1	86.5	46.6	64.2	54.9
Село	0.0	62.7	42.9	13.5	53.4	35.8	45.1
Всего	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Количество мужчин	90	426	182	139	396	207	1,440

работающих женщин в городе Алматы, чем в других регионах страны. Обычно такой вид занятости относительно ниже среди женщин старшего возраста, женщин с пятью или с более детьми и женщин с высшим уровнем образования, чем среди женщин других подгрупп населения. Примечательно, что неквалифицированный ручной труд, насчитывающий 10 процентов всех работающих женщин, по меньшей мере, вдвое более распространен среди женщин с пятью или больше детьми, имеющих среднее образование.

Пятьдесят девять процентов мужчин в возрастной группе 15-59 лет работают в настоящий момент (таблица 3.5). Этот показатель составляет 10 процентов для мужчин возрастной группы 15-19 лет, достигнув пика 78 процентов у мужчин 35-39 лет и сокращаясь до 41 процента среди мужчин 55-59 лет. Городские мужчины чаще имеют работу, чем сельские, а также жители города Алматы и Центральных регионов, чем мужчины других регионов. В Западном регионе только 47 процентов мужчин возраста 15-59 лет имеют работу. Мужчины с образованием имеют больше шансов устроиться на работу (чаще русские), казахи или мужчины других национальностей. В противоположность работающим женщинам, половина из которых занимает посты в технико-управленческой сфере, около половины ра-

Таблица 3.3. Уровень образования

Процентное распределение женщин и мужчин в зависимости от некоторых социально-биологических факторов. Казахстан, 1999.

Социально-биологические факторы	Уровень образования			Всего	Количество женщин/мужчин
	Начальное/среднее	Среднее-спец	Высшее		
Женщины					
Возраст, лет					
15-19	76.0	12.9	11.2	100.0	791
20-24	41.7	35.1	23.2	100.0	666
25-29	31.7	48.8	19.5	100.0	692
30-34	28.5	47.9	23.6	100.0	698
35-39	29.5	47.1	23.4	100.0	749
40-44	34.4	46.9	18.7	100.0	681
45-49	33.5	43.4	23.1	100.0	522
Местожительство					
Город	32.2	41.5	26.2	100.0	2,668
Село	50.1	37.5	12.4	100.0	2,132
Регион					
г.Алматы	25.5	30.7	43.9	100.0	291
Южный	48.9	32.7	18.4	100.0	1,455
Западный	49.4	34.6	16.0	100.0	628
Центральный	29.3	47.1	23.6	100.0	475
Северный	36.0	47.0	17.0	100.0	1,259
Восточный	34.5	44.7	20.8	100.0	692
Национальность					
Казашки	43.7	35.4	20.9	100.0	2,587
Русские	32.5	46.7	20.7	100.0	1,454
Другие	42.6	41.1	16.3	100.0	760
Всего	40.1	39.7	20.1	100.0	4,800
Мужчины					
Возраст, лет					
15-19	75.7	22.3	2.0	100.0	226
20-24	50.0	36.8	13.2	100.0	182
25-29	36.8	50.6	12.6	100.0	176
30-34	35.4	47.4	17.2	100.0	172
35-39	29.9	54.5	15.6	100.0	229
40-44	35.7	49.5	14.8	100.0	164
45-49	47.1	32.7	20.3	100.0	122
50-54	46.0	34.7	19.3	100.0	104
55-59	62.8	16.7	20.6	100.0	65
Местожительство					
Город	38.4	43.1	18.5	100.0	790
Село	55.0	36.9	8.1	100.0	650
Регион					
г.Алматы	35.1	31.0	33.9	100.0	90
Южный	53.3	36.0	10.7	100.0	426
Западный	51.4	36.8	11.8	100.0	182
Центральный	38.8	43.5	17.7	100.0	139
Северный	44.1	44.2	11.7	100.0	396
Восточный	38.8	46.8	14.4	100.0	207
Национальность					
Казахи	51.4	34.2	14.4	100.0	747
Русские	35.3	51.0	13.7	100.0	460
Другие	49.1	39.0	11.9	100.0	234
Всего	45.9	40.3	13.8	100.0	1,440

ботающих мужчин заняты квалифицированным ручным трудом. Сельскохозяйственный труд является следующим наиболее популярным видом занятости (15 процентов) среди мужчин. Только 13 процентов мужчин занимают посты в техническо-управленческой сфере. Сельские мужчины чаще заняты в сельском хозяйстве, тогда как городские больше квалифицированным ручным трудом. Соотношение муж-

Таблица 3.4. Занятость женщины

Процентное распределение работающих женщин по характеру занятости, в зависимости от социально-биологических факторов. Казахстан, 1999.

Социально-биологические факторы	Сельхоз сфера	Техн./ управл сфера	Сфера торговли и услуг	Квалиф. ручной труд	Неквалиф. ручной труд	Другое	Пропущено	Всего	Кол-во женщин
Возраст, лет									
15-19	11.2	26.3	47.5	4.2	6.2	4.7	0.0	100.0	61
20-24	3.9	47.9	31.0	6.9	7.3	1.0	2.2	100.0	186
25-29	3.4	44.5	30.3	10.8	9.4	0.8	0.8	100.0	308
30-34	4.8	52.3	27.3	9.3	5.6	0.1	0.4	100.0	328
35-39	2.7	49.2	26.4	7.8	12.2	1.3	0.5	100.0	412
40-44	3.2	45.6	23.5	13.4	13.5	0.0	0.9	100.0	363
45-49	3.3	57.2	17.5	9.6	11.8	0.4	0.1	100.0	323
Семейное положение									
Не была замужем	3.6	50.5	28.3	9.4	5.4	1.8	1.0	100.0	316
Замужем/живут вместе	4.0	49.7	25.0	9.1	11.1	0.5	0.5	100.0	1,302
Вдова	2.7	50.5	21.4	13.1	12.2	0.0	0.0	100.0	89
Разведена/не живут вместе	3.0	41.9	31.3	11.0	10.7	0.7	1.4	100.0	273
Количество детей									
0	4.0	48.5	30.9	7.5	6.5	1.8	0.8	100.0	390
1-2	2.6	49.5	26.8	10.6	9.3	0.4	0.8	100.0	1,138
3-4	5.1	49.8	21.4	9.0	13.6	0.7	0.5	100.0	375
5+	12.2	35.7	18.6	8.9	24.6	0.0	0.0	100.0	78
Место жительства									
Город	1.1	48.1	28.4	12.2	8.4	0.7	1.0	100.0	1,315
Село	8.9	50.1	21.9	4.6	13.7	0.7	0.1	100.0	665
Регион									
г. Алматы	0.6	43.2	38.4	5.7	6.5	1.2	4.5	100.0	154
Южный	9.1	53.2	23.5	8.1	6.1	0.0	0.0	100.0	544
Западный	3.1	51.0	26.7	7.4	11.1	0.3	0.4	100.0	230
Центральный	2.5	50.2	20.4	14.1	11.2	0.6	1.0	100.0	204
Северный	0.7	46.2	25.1	11.5	15.3	0.7	0.4	100.0	534
Восточный	2.2	45.8	30.5	9.7	9.1	2.1	0.6	100.0	314
Образование									
Начальное/среднее	9.3	20.7	33.5	15.0	20.2	1.1	0.2	100.0	512
Средне-спец.	2.5	45.8	29.0	11.2	10.1	0.8	0.6	100.0	877
Высшее	0.6	77.6	16.0	2.6	1.7	0.2	1.3	100.0	591
Национальность									
Казахи	3.9	53.7	25.0	6.3	9.8	0.7	0.5	100.0	945
Русские	1.8	46.2	25.2	13.8	11.4	0.5	1.2	100.0	711
Другие	7.2	40.2	32.4	10.2	8.5	1.2	0.3	100.0	323
Всего	3.7	48.8	26.3	9.6	10.2	0.7	0.7	100.0	1,979

чин в техническо-управленческой занятости растет с возрастом: с 0% в возрасте 15-19 лет до 7 процентов в 20-24 года и 25 процентов в возрасте 55-59 лет.

Почти половина мужчин с высшим образованием заняты в этих сферах, по сравнению с 4-7 процентами мужчин со средним или средне-специальным образованием. По регионам сельскохозяйственная занятость наиболее распространена в Южном регионе (30 процентов), техническо-управленческая сфера занятости – в Западном регионе (21 процент), сфера торговли и услуг – в городе Алматы, квалифицированный ручной труд более распространен в Центральном регионе, и неквалифицированный ручной труд чаще используется в Восточном регионе. Профиль занятости среди русских мужчин менее разнообразен, чем среди казахов и мужчин других национальностей. Например, 61 процент русских мужчин заняты квалифицированным ручным трудом, и 10 процентов и менее – в каждой из остальных видах занятости. Если провести сравнение, то 37 процентов мужчин-казахов заняты квалифицированным ручным трудом, 19 процентов – в сельском хозяйстве, 16 процентов занимают должности в техническо-управленческой сфере, остальные равно распределяются между сферой торговли и услуг и неквалифицированным ручным трудом.

Таблица 3.5 Занятость мужчин

Процентное распределение работающих мужчин по характеру занятости, в зависимости от социально-биологических факторов. Казахстан, 1999.

Социально-биологические факторы	В настоящее время			Кол-во	Сельхоз. сфера	Техн./управл. сфера	Сфера торговли и услуг	Квалиф. Неквалиф.			Пропущено	Всего	Кол-во мужчин
	Не работает	Работает	Всего					ручной труд	ручной труд	Другое			
Возраст, лет													
15-19	89.9	10.1	100.0	226	15.8	0.0	10.2	38.1	22.0	4.5	9.3	100.0	23
20-24	46.8	53.2	100.0	182	18.3	7.0	10.0	49.4	13.3	1.0	1.0	100.0	97
25-29	29.7	70.3	100.0	176	21.0	8.6	13.8	46.8	8.7	1.1	0.0	100.0	124
30-34	27.2	72.8	100.0	172	12.1	13.9	17.5	43.0	12.1	1.3	0.0	100.0	125
35-39	22.4	77.6	100.0	229	20.7	12.2	11.7	45.3	9.1	0.0	0.9	100.0	178
40-44	26.1	73.9	100.0	164	5.5	18.2	8.6	52.0	12.7	2.6	0.4	100.0	121
45-49	27.4	72.6	100.0	122	11.4	15.3	9.4	53.6	8.0	1.6	0.6	100.0	89
50-54	35.5	64.5	100.0	104	12.4	20.7	2.7	54.7	9.4	0.0	0.0	100.0	67
55-59	58.7	41.3	100.0	65	20.4	25.2	1.9	46.7	5.8	0.0	0.0	100.0	27
Местожителство													
Город	34.5	65.5	100.0	790	1.6	15.2	14.4	57.8	8.4	1.8	0.9	100.0	518
Село	48.8	51.2	100.0	650	36.6	10.2	5.6	33.0	14.1	0.2	0.4	100.0	333
Регион													
г. Алматы	21.4	78.6	100.0	90	2.3	14.4	22.0	42.4	12.1	3.8	3.0	100.0	71
Южный	46.7	53.3	100.0	426	29.8	11.8	9.5	37.1	11.9	0.0	0.0	100.0	227
Западный	53.5	46.5	100.0	182	5.2	20.5	12.6	49.4	8.9	1.7	1.7	100.0	85
Центральный	21.9	78.1	100.0	139	4.8	12.7	9.5	59.9	9.8	1.9	1.4	100.0	109
Северный	41.5	58.5	100.0	396	14.7	12.6	6.3	56.7	8.6	1.1	0.0	100.0	232
Восточный	38.3	61.7	100.0	207	13.4	12.0	16.0	44.1	13.2	0.7	0.6	100.0	128
Образование													
Начальное/среднее	54.1	45.9	100.0	661	21.7	4.4	6.5	50.0	16.0	0.8	0.7	100.0	304
Средне-спец.	31.1	68.9	100.0	581	14.3	7.2	11.2	56.1	8.6	1.7	0.9	100.0	400
Высшее	26.2	73.8	100.0	198	4.7	48.1	19.6	22.2	5.1	0.3	0.0	100.0	147
Национальность													
Казахи	49.9	50.1	100.0	747	19.2	15.6	13.3	36.9	13.7	0.8	0.5	100.0	374
Русские	28.1	71.9	100.0	460	9.5	10.2	8.0	60.6	9.3	1.7	0.7	100.0	330
Другие	37.7	62.3	100.0	234	18.3	14.1	11.5	48.6	5.8	0.7	1.1	100.0	146
Всего	41.0	59.0	100.0	1440	15.3	13.3	10.9	48.1	10.6	1.1	0.7	100.0	850

3.1.4 Доступность средств массовой информации

В таблицах 3.6 и 3.7 представлено процентное распределение респондентов женского и мужского пола по доступности различных типов средств массовой информации в зависимости от возраста, местожительства, региона, уровня образования и этнической принадлежности. Эти данные имеют важное значение для определения наиболее доступных населению средств массовой информации с целью планирования программ, направленных на распространение информации по вопросам здоровья населения, питания и планирования семьи.

Около 62 процентов женщин и 51 процентов мужчин читают газеты или журналы, по крайней мере один раз в неделю, 90 процент ов женщин и мужчин смотрят телевизор еженедельно, и 28 процентов женщин и 31 процент мужчин слушают радио ежедневно. Приблизительно равное соотношение респондентов женского и мужского пола (6 и 7 процентов соответственно) не имеет доступа к средствам массовой информации. Доля лиц, не имеющих доступа к средствам массовой информации, выше в сельской местности, чем в городе. Женщины и мужчины, проживающие в городе Алматы, более вероятно имеют доступ ко всем трем типам средств массовой информации (48 и 64 процента соответственно). Респонденты женщины и мужчины с высшим образованием чаще пользуются средствами массовой информации. Чем выше уровень образования у женщин-респондентов, тем чаще они смотрят телевизор,

Таблица 3.6 Доступность средств массовой информации (женщины)

Процент женщин, которые обычно читают газеты, смотрят телевизор один раз в неделю или слушают ежедневно радио, в зависимости от некоторых социально-биологических факторов. Казахстан, 1999.

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	6.6	58.1	89.7	28.5	19.8	791
20-24	6.7	60.4	89.5	30.8	22.3	666
25-29	5.7	61.3	90.6	30.2	24.7	692
30-34	7.3	61.7	89.4	26.0	18.6	698
35-39	6.2	64.8	90.1	25.2	20.2	749
40-44	6.5	62.5	90.5	28.0	22.3	681
45-49	6.0	65.9	91.1	29.9	23.9	522
Место жительства						
Город	2.5	72.8	94.5	37.2	30.1	2,668
Село	11.4	48.4	84.6	17.1	10.9	2,132
Регион						
г. Алматы	1.6	81.4	93.4	57.1	48.0	291
Южный	9.0	53.7	86.3	27.0	17.1	1,455
Западный	9.9	52.6	85.7	21.1	14.7	628
Центральный	4.5	70.4	93.4	26.7	22.9	475
Северный	5.0	70.5	92.7	28.7	24.8	1,259
Восточный	3.8	58.2	93.6	25.6	19.2	692
Образование						
Начальное/среднее	10.1	47.9	85.8	21.2	13.2	1,927
Средне-спец/	5.4	65.4	91.5	29.8	23.6	1,908
Высшее	1.1	83.0	95.8	39.4	34.1	965
Национальность						
Казашки	9.0	54.8	86.8	23.3	16.4	2,587
Русские	3.1	72.6	94.3	36.2	29.8	1,454
Другие	3.9	65.8	93.3	29.9	23.4	760
Всего	6.4	61.9	90.1	28.3	21.6	4,800

читают газеты и слушают радио. Русские женщины чаще пользуются средствами массовой информации (30 процентов), чем казашки (16 процентов) и женщины других национальностей (23 процента).

3.2 ПОЛОЖЕНИЕ ЖЕНЩИН

Информация о ситуации женщин репродуктивного возраста (15-49 лет) в Казахстане полезна для понимания в контексте состояния репродукции и здоровья а также выявления индикаторов положения женщин и женских возможностей. Поскольку образование и занятость вносят определенный вклад в развитие возможностей женщин, прямые меры по их развитию позволяют оценить восприятие женщинами их собственных прав и уровня контроля своей жизни.

3.2.1 ЗАНЯТОСТЬ И ЗАРАБОТОК

Во время проведения ПМДК в 1999 году задавалось ряд вопросов с целью определения ситуации с занятостью женщин за период 12 месяцев, предшествующих исследованию. Работающие женщины представили информацию о характере работы, включая должность и заработную плату, если таковые имелись.

Так же как и образование, занятость может быть источником возможностей для женщин, особенно, если благодаря этому женщины могут контролировать семейный доход. Однако очень трудно измерить женскую занятость. Трудность заключается в том, что работа, выполняемая женщинами, особенно на собственном участке земли, на котором работают вместе с семьей, на арендованном участке или на чьей-либо земле не воспринимается самими женщинами как занятость, и соответственно не заявляется таковой. Во избежание недооценки женской занятости, во время ПМДК 1999 г. женщинам задавалось несколько вопросов для выяснения ситуации с их занятостью. Сначала задавался вопрос: «Помимо рабо-

Таблица 3.7. Доступность средств массовой информации (мужчины).

Процент мужчин, которые обычно читают газеты, смотрят телевизор один раз в неделю или слушают ежедневно радио, в зависимости от некоторых социально-биологических факторов. Казахстан, 1999.

Социально-биологические факторы	Средства массовой информации (СМИ)				Все три вида СМИ	Кол-во мужчин
	Нет СМИ	Еженедельно читает газеты	Еженедельно смотрит телевизор	Ежедневно слушает радио		
Возраст, лет						
15-19	9.8	41.6	87.9	26.0	15.2	226
20-24	5.8	49.9	89.2	32.4	25.0	182
25-29	7.5	41.8	91.2	26.9	17.8	176
30-34	10.1	53.3	87.6	32.5	24.8	172
35-39	4.9	55.4	92.9	35.3	21.8	229
40-44	6.3	53.4	87.1	27.4	14.7	164
45-49	4.8	68.1	90.5	31.6	26.1	122
50-54	6.1	62.8	90.3	38.1	24.8	104
55-59	6.4	40.6	88.4	27.6	12.5	65
Местожителство						
Город	2.7	63.2	94.3	39.6	28.3	790
Село	12.3	37.0	83.7	20.0	10.7	650
Регион						
г. Алматы	1.2	82.1	95.8	76.2	63.7	90
Южный	12.0	46.7	82.2	29.6	18.6	426
Западный	7.6	28.8	90.0	5.1	2.2	182
Центральный	6.2	65.2	91.3	38.0	30.8	139
Северный	4.4	48.8	93.9	32.4	16.3	396
Восточный	4.7	63.0	92.0	28.0	22.0	207
Образование						
Начальное/среднее	10.6	37.1	85.6	25.5	14.4	661
Средне-спец.	5.1	56.8	91.6	30.9	19.7	581
Высшее	1.1	83.0	96.7	47.8	42.5	198
Национальность						
Казахи	10.4	45.0	85.1	22.1	14.3	747
Русские	3.9	61.9	93.6	38.4	27.7	460
Другие	2.7	51.0	95.8	43.2	25.3	234
Всего	7.0	51.4	89.6	30.7	20.4	1,440

ты 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, сами 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 3.8 показывает, что в Казахстане почти половина (45 процентов) всех женщин в возрасте 15-49 лет либо работали, либо выполняли какую-нибудь работу в течение последних 12 месяцев.

Большинство работавших женщин в период за последние 12 месяцев, предшествовавших исследованию, также работали в момент проведения исследования. Только 11 процентов женщин работали в период времени за последние 12 месяцев, и 5 процентов всех женщин не работали. Несколько женщин в возрасте 15-19 лет работали в какой-либо период времени за последние 12 месяцев (9 процентов), что и ожидалось, т.к. большая часть женщин этой возрастной группы являются учащимися школ. Среди женщин 20 лет и старше (женщины, в основном, закончившие свое образование) увеличивается возможность устройства на работу. Одна треть женщин в возрасте 20-24 года работали в какой-либо период времени за последние 12 месяцев, по сравнению с двумя третями женщин в возрасте 45-49 лет.

Вероятность устроиться на работу резко возрастает при наличии образования. Например, соотношение работающих женщин увеличивается с 27 процентов среди женщин со средним образованием

Таблица 3.8 Трудовая занятость

Процентное распределение женщин по трудовой занятости и распределение работающих женщин, получающих и не получающих наличными деньгами за свой труд, в зависимости от социально-биологических факторов. Казахстан, 1999.

Социально-биологические факторы	Трудовая занятость				Всего	Работающие в настоящее время				Кол-во женщин
	Не работала последние 12 месяцев	Работала последние 12 месяцев	Работает в настоящее время	Пропущено		Получает наличными	Не получает наличными	Всего		
Возраст, лет										
15-19	90.7	1.5	7.7	0.1	100.0	791	71.8	28.2	100.0	61
20-24	66.5	5.5	27.9	0.1	100.0	666	94.9	5.1	100.0	186
25-29	48.9	6.7	44.5	0.0	100.0	692	92.9	7.1	100.0	308
30-34	46.3	6.7	46.9	0.1	100.0	698	90.9	9.1	100.0	328
35-39	38.6	5.7	55.0	0.7	100.0	749	90.2	9.8	100.0	412
40-44	40.4	6.2	53.3	0.1	100.0	681	88.6	11.4	100.0	363
45-49	33.5	4.6	61.8	0.1	100.0	522	88.3	11.7	100.0	323
Место жительства										
Город	44.1	6.4	49.3	0.3	100.0	2,668	93.6	6.4	100.0	1,315
Село	65.0	3.8	31.2	0.0	100.0	2,132	82.9	17.1	100.0	665
Регион										
г. Алматы	37.9	9.1	52.8	0.2	100.0	291	93.8	6.3	100.0	154
Южный	58.4	4.2	37.4	0.0	100.0	1,455	86.0	14.0	100.0	544
Западный	59.5	4.0	36.6	0.0	100.0	628	93.3	6.7	100.0	230
Центральный	50.3	6.0	42.9	0.8	100.0	475	94.8	5.2	100.0	204
Северный	52.2	5.2	42.4	0.2	100.0	1,259	87.5	12.5	100.0	534
Восточный	48.1	6.4	45.3	0.3	100.0	692	93.7	6.3	100.0	314
Образование										
Начальное/среднее	69.0	4.4	26.5	0.1	100.0	1,927	83.0	17.0	100.0	512
Средне-спец.	47.5	6.2	46.0	0.3	100.0	1,908	90.5	9.5	100.0	877
Высшее	33.7	4.9	61.2	0.2	100.0	965	95.4	4.6	100.0	591
Национальность										
Казахки	59.8	3.6	36.5	0.1	100.0	2,587	91.3	8.7	100.0	945
Русские	43.5	7.4	48.9	0.2	100.0	1,454	91.0	9.0	100.0	711
Другие	50.4	6.8	42.5	0.3	100.0	760	84.0	16.0	100.0	323
Всего	53.4	5.2	41.2	0.2	100.0	4,800	90.0	10.0	100.0	1,979

до 46 процентов среди женщин со средним специальным образованием, и до 61 процента среди женщин с высшим образованием. У городских женщин вероятность получить работу намного выше, чем у женщин сельских регионов; возможность трудоустройства также во многом зависит от региона проживания. Процент женщин, работавших в какой-либо период времени за последние 12 месяцев, наиболее высокий в городе Алматы (62 процента) и самый низкий в Южных и Западных регионах (41-42 процента) страны. Русские женщины имеют большую вероятность устроиться на работу, чем казашки или представительницы других национальностей.

В то время, как большинство работающих женщин зарабатывали деньги за свой труд, каждая десятая женщина не зарабатывала денег. Работающие женщины 15-19 лет имеют большую вероятность работы без оплаты (28 процентов). Однако среди женщин старшего возраста процент работающих без оплаты наличными удваивается с возрастом: с 5 процентов женщин в возрасте 20-24 лет до 11-12 процентов среди женщин 40-49 лет. По другим социально-биологическим критериям, кроме возраста, процент работающих, но не зарабатывающих денег женщин, не бывает выше 17 процентов в любой подгруппе работающих женщин и является наиболее высоким для сельских женщин, женщины со средним образованием, проживающих на юге и севере страны, а также женщин не казашек и не русских.

3.2.2 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 3.9 свидетельствует о том, как контроль женщинами своего заработка изменяется в зависимости от социально-биологических

Таблица 3.9. Решение об использовании заработка и величина заработка..., расходуемого 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. Казахстан, 1999.

Социально-биологические факторы	Лицо, которое решает, как использовать заработок						Соотношение домашних расходов к величине заработка						Кол-во женщин			
	Респондент	Партнер	Совместно с партнером	Кто-то другой	Совместно с другим	Пропущено	Всего	Почти ничего	Менее половины	Около половины	Более половины	Все		Весь заработок сохраняется	Не знает/пропущено	Всего
Возраст, лет																
15-19	50.8	0.0	2.0	26.1	21.0	0.0	100.0	15.1	46.6	28.7	5.6	2.7	1.2	0.0	100.0	43
20-24	58.0	2.0	15.4	12.6	11.7	0.3	100.0	15.7	31.0	26.6	8.7	15.9	2.1	0.0	100.0	176
25-29	59.2	1.9	30.6	3.0	5.2	0.0	100.0	5.0	27.7	29.4	13.4	23.0	1.2	0.3	100.0	286
30-34	59.2	2.3	34.2	2.9	1.5	0.0	100.0	3.4	25.2	25.0	15.9	29.0	1.1	0.5	100.0	298
35-39	55.1	0.9	40.9	0.5	2.2	0.4	100.0	4.0	29.7	25.4	11.9	28.6	0.4	0.0	100.0	372
40-44	60.6	1.4	35.5	0.9	1.6	0.0	100.0	3.3	26.9	20.1	16.1	33.5	0.0	0.0	100.0	322
45-49	66.2	1.1	29.1	1.0	2.7	0.0	100.0	3.8	32.7	20.0	10.6	32.5	0.3	0.0	100.0	285
Семейное положение																
Не была замужем	83.4	0.0	0.7	5.5	10.4	0.0	100.0	7.0	24.7	19.8	9.3	37.2	1.9	0.1	100.0	610
Замужем в настоящее время	46.9	2.3	48.0	2.1	0.6	0.2	100.0	4.5	31.5	26.7	14.8	22.3	0.2	0.1	100.0	1,171
Место жительства																
Город	63.0	1.5	29.4	2.1	3.8	0.1	100.0	5.0	28.9	24.3	12.6	28.2	1.0	0.1	100.0	1,231
Село	51.4	1.4	37.1	5.8	4.1	0.1	100.0	6.1	29.7	24.6	13.6	25.6	0.1	0.3	100.0	551
Регион																
г. Алматы	67.3	1.9	22.2	3.5	5.1	0.0	100.0	7.0	27.3	21.3	14.0	28.9	1.6	0.0	100.0	144
Южный	54.6	2.8	31.4	7.7	3.5	0.0	100.0	7.4	33.9	24.0	10.5	23.9	0.0	0.3	100.0	468
Западный	45.8	0.9	45.8	3.9	3.6	0.0	100.0	5.0	29.3	19.0	7.0	38.8	0.9	0.0	100.0	214
Центральный	73.1	1.4	20.8	2.4	1.8	0.6	100.0	4.3	26.4	23.2	11.0	33.9	1.3	0.0	100.0	193
Северный	61.8	0.9	32.3	0.4	4.6	0.0	100.0	5.3	27.5	27.2	15.9	23.3	0.9	0.0	100.0	468
Восточный	60.4	0.7	33.3	0.7	4.6	0.2	100.0	2.1	26.8	26.6	17.2	26.2	0.9	0.3	100.0	294
Образование																
Начальное /среднее	56.3	2.1	32.3	3.9	5.2	0.1	100.0	6.4	32.6	26.8	8.2	25.4	0.3	0.3	100.0	424
Средне-спец.	61.4	0.7	32.6	2.3	2.9	0.2	100.0	6.1	29.3	21.6	12.7	29.5	0.7	0.1	100.0	794
Высшее	58.9	2.1	30.3	4.2	4.5	0.0	100.0	3.4	26.4	26.3	16.7	26.0	1.2	0.0	100.0	563
Национальность																
Казахи	55.9	1.9	33.3	5.4	3.3	0.1	100.0	6.2	31.3	24.1	11.6	26.1	0.7	0.0	100.0	863
Русские	63.5	0.9	30.5	0.8	4.2	0.1	100.0	3.9	28.8	24.8	13.2	28.0	1.2	0.1	100.0	648
Другие	60.9	1.6	30.1	2.3	5.1	0.0	100.0	6.2	23.0	24.2	16.3	29.9	0.0	0.5	100.0	271
Всего	59.4	1.5	31.8	3.3	3.9	0.1	100.0	5.3	29.2	24.4	12.9	27.4	0.8	0.1	100.0	1,782

Таблица 3.10 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. Казахстан, 1999.

Вклад заработка на домашние нужды	Замужем/живут вместе						Всего	Количество женщин	Не замужем/не живут вместе				
	Совместно с:								Только сама	Совместно с другим	Только кто-то другой	Всего	Кол-во женщин
	Только сама	Муж/партнер	Кто-то другой	Только муж/партнер	Только кто-то другой	Пропущено							
Почти ничего	43.6	51.5	0.0	3.0	1.9	0.0	100.0	52	74.6	11.5	13.9	100.0	43
Менее половины	48.1	46.3	1.1	1.6	2.6	0.4	100.0	369	74.2	13.6	12.3	100.0	151
Около половины	44.0	49.0	0.9	3.6	2.4	0.0	100.0	313	79.3	16.9	3.9	100.0	121
Более половины	49.0	45.1	0.0	4.0	1.6	0.3	100.0	173	80.8	14.4	4.9	100.0	57
Весь	48.3	50.6	0.0	0.3	0.8	0.0	100.0	261	93.1	6.0	0.9	100.0	227
Ее доход сохраняется	35.3	64.7	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	2.0	100.0	0.0	0.0	100.0	11
Не знает/пропущено	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	0.0	100.0	1	100.0	0.0	0.0	100.0	1
Всего	46.9	48.0	0.6	2.3	2.1	0.2	100.0	1,171	83.4	11.1	5.5	100.0	610

факторов. В основном, большинство женщин (59 процентов) самостоятельно решают, как они будут тратить заработанные деньги, и около одной трети (36 процентов) решают это совместно со своим партнером или с кем-либо еще. Только 5 процентов женщин не принимают участия в вынесении решения по использованию заработанных ими денег. Вероятность того, что женщины самостоятельно принимают решение об использовании заработанных ими денег, растет более или менее закономерно с возрастом женщины. Такая возможность выше в городской местности, чем в сельской, а также в Центральном регионе и городе Алматы, чем в других регионах. Этот показатель особо не связан с наличием образования или с национальностью, но намного выше среди незамужних женщин (83 процентов), чем среди замужних (47 процентов). Примечательно, что женщины в западном регионе страны и замужние женщины являются единственной подгруппой, в которой менее половины из них самостоятельно решают, как им использовать заработанные средства. В обеих подгруппах женщины принимают решение по использованию заработанных средств как самостоятельно, так и совместно с супругом или партнером.

Для оценки важности заработка женщин при семейных затратах во время ПМДК 1999 г. работающим женщинам, зарабатывающим деньги, задавался вопрос: «Какая часть расходов семейного бюджета в среднем покрывается за счет Вашей зарплаты: ничего, менее половины, около половины, более половины, весь или Ваш доход 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 с учетом социально-биологических факторов о том, какая часть заработка женщины уходит на покрытие семейных нужд (среди работающих женщин, зарабатывающих деньги), представлены в таблице 3.9.

Из таблицы 3.9 ясно, что если женщины работают за деньги, их заработок в большинстве случаев имеет важное значение в оплате домашних расходов. Шестьдесят пять процентов женщин, зарабатывающих наличные, тратят половину своего заработка на домашние нужды, а 27 процентов женщин расходуют весь свой заработок на домашние нужды. Можно предположить, что одна десятая всех семейных затрат в Казахстане зависит исключительно от заработка женщин, и одна четвертая домашних затрат оплачивается половиной заработка женщины. У женщин, работающих за наличные деньги, вероятность того, что только их заработок будет уходить на домашние нужды, возрастает с возрастом женщины – с 3 процентов женщин в возрасте 15-19 лет до 33-34 процентов – в возрасте 40-49 лет. Данное соотношение варьирует от 23 процентов в Северном регионе до 39 процентов в Западном и намного выше среди незамужних женщин (37 процентов); чем среди замужних (22 процента). Однако оно немного отличается в зависимости от сельского или городского места проживания, уровня образования или этнической принадлежности.

Примечательно, что, за исключением двух подгрупп женщин (в возрасте 15-19 лет и 20-25 лет), о всех остальных подгруппах заработка, по меньшей мере, 60 процентов женщин используются на оплату половины или более домашних расходов.

Таблица 3.11.11. Принятие решений в некоторых домашних ситуациях

Пропорциональное распределение женщин в зависимости от типа решения, принимающего основные решения по довланию, и статус женщины, в зависимости от типа решения. Казахстан, 1999.

Тип решения	Замужем/живет вместе					Не замужем/не живет вместе					Всё женщины								
	Совместно с мужем/партнером		Только сама		Пролуцено	Совместно с мужем/партнером		Только сама		Пролуцено	Совместно с мужем/партнером		Только сама		Пролуцено				
	Только сама	Совместно с мужем/партнером	Только сама	Совместно с мужем/партнером		Только сама	Совместно с мужем/партнером	Только сама	Совместно с мужем/партнером		Только сама	Совместно с мужем/партнером	Только сама	Совместно с мужем/партнером					
Собственное здоровье	72.9	16.7	1.2	6.9	2.2	0.0	100.0	3.018	59.3	7.1	33.5	100.0	1.782	67.9	13.9	18.2	0.0	100.0	4.800
респондентки																			
Большие домашние покупки	20.9	59.8	2.8	9.6	6.8	0.0	100.0	3.018	31.3	14.1	54.6	100.0	1.782	24.7	44.6	30.6	0.0	100.0	4.800
Ежедневные домашние покупки	66.9	21.1	1.9	3.7	6.4	0.0	100.0	3.018	37.4	10.9	51.6	100.0	1.782	56.0	18.5	25.5	0.0	100.0	4.800
Посещение семьи, друзей, или родственников	17.8	68.4	2.6	5.8	5.4	0.0	100.0	3.018	44.4	16.9	38.7	100.0	1.782	27.7	50.9	21.4	0.0	100.0	4.800
Какую пищу готовить на каждый день	86.2	6.4	2.5	1.2	3.7	0.0	100.0	3.018	40.6	14.4	45.0	100.0	1.782	69.2	11.0	19.8	0.0	100.0	4.800

Таблица 3.10 демонстрирует долю участия работающей женщины в контроле своего заработка, в зависимости от того, обеспечивает ли ее заработок покрытие домашних расходов. Среди замужних женщин, работающих за деньги, почти нет отличий в вероятности того, что женщина сама будет принимать решение об использовании своего заработка в зависимости от размера домашних затрат. Независимо от соотношения домашних затрат, оплачиваемых из собственного заработка женщин, только 44-49 процентов из них самостоятельно решают, как они будут использовать деньги. Однако среди незамужних женщин процент тех, кто самостоятельно решает, как потратить свой заработок, увеличивается с 75 процентов среди тех, кто почти ничего не оплачивает из своего заработка на домашние расходы, до 93 процентов среди женщин, которые полностью выплачивают свой заработок на семейные нужды.

3.2.3 ПРИНЯТИЕ РЕШЕНИЙ ПО НЕКОТОРЫМ ДОМАШНИМ СИТУАЦИЯМ

В дополнение к информации об образовании женщин, их занятости, о контроле своего заработка ПМДК 1999 г. помогло собрать информацию по дополнительным прямым мерам женского самоуправления и возможностям. В частности, задавались вопросы о женском участии в принятии решений по семейным вопросам, об их отношении к битью жен их мужьями, и об их мнении о том, когда жена может отказать мужу в половых отношениях. Данная информация помогла заглянуть внутрь контроля женщинами своих возможностей и отношения к традиционной гендерной роли, что является двумя важными аспектами усиления возможностей женщин для понимания женского демографического и медицинского поведения.

Для оценки женского самоуправления в принятии решений женщинам задавались вопросы об их участии в принятии пяти различных решений: касательно собственного здоровья, больших домашних покупок, ежедневных домашних покупок, посещений семьи (отец, мать), друзей, родственников и о том, какую пищу необходимо ежедневно готовить. Таблица 3.11 показывает процентное распределение женщин в соответствии с тем, за кем в семье обычно остается последнее слово по каждому из различных решений.

Женщины чаще принимают самостоятельные решения по вопросам, касающимся их собственного здоровья (68 процентов) и приготовления пищи на каждый день (69 процентов). Несколько реже женщины участвуют в самостоятельном принятии других решений. Пятьдесят шесть процентов принимают самостоятельные решения об ежедневных покупках, 28 процентов самостоятельно решают вопросы о посещениях семьи, друзей или родственников, и 25 процентов женщин самостоятельно принимают решения совершать ли большую покупку или

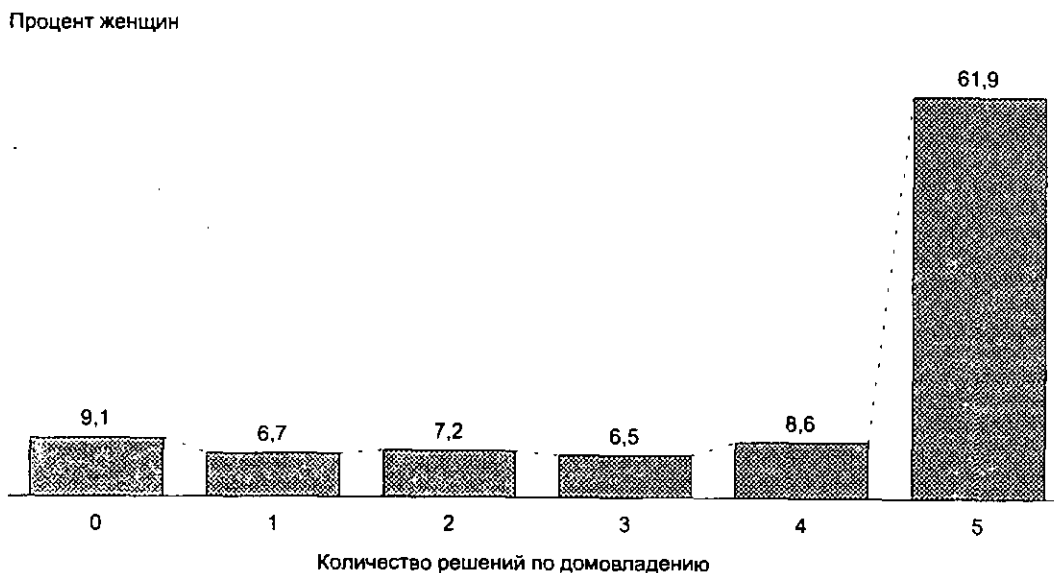
Таблица 3.12. Право принятия окончательного решения в домашних ситуациях

Процент женщин, имеющих право самостоятельно/совместно принимать окончательное решение в специфических домашних ситуациях, в зависимости от социально-биологических факторов. Казахстан, 1999.

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	40.9	17.0	20.8	35.1	30.7	12.2	42.2	791
20-24	73.8	48.1	54.5	64.6	68.3	37.9	11.7	666
25-29	90.5	74.2	81.6	86.8	90.3	67.5	1.6	692
30-34	91.1	81.1	89.1	87.4	94.2	72.5	1.1	698
35-39	93.6	91.4	95.4	95.0	96.9	84.7	0.6	749
40-44	95.9	92.1	94.7	95.7	96.0	85.8	0.5	681
45-49	94.7	92.4	95.6	93.8	93.7	82.4	0.1	522
Семейное положение								
Не была замужем	52.8	27.2	30.4	46.8	39.4	20.4	32.3	1,215
Замужем/ живут вместе	90.9	83.5	89.9	88.8	95.1	75.3	1.2	3,018
Вдова	99.0	93.4	94.2	97.4	92.7	89.1	0.4	145
Разведена/не живут вместе	94.6	81.3	84.4	90.7	86.9	76.2	2.1	422
Количество детей								
0	75.2	58.7	62.0	69.5	69.7	49.9	14.7	856
1-2	86.3	76.7	80.5	85.2	85.6	69.1	5.3	2,563
3-4	79.6	62.8	71.9	73.4	78.7	57.5	10.8	1,092
5+	69.6	60.4	67.0	66.7	69.3	51.0	20.5	290
Местожительство								
Город	85.6	73.6	77.1	83.2	80.8	65.6	7.4	2,668
Село	77.1	64.0	71.1	72.8	79.5	57.3	11.3	2,132
Регион								
г. Алматы	88.8	74.1	78.3	86.2	82.2	63.5	3.3	291
Южный	68.3	55.8	63.3	64.3	73.6	47.3	17.9	1,455
Западный	79.5	70.8	72.7	77.3	79.4	63.2	9.7	628
Центральный	91.0	79.0	80.9	87.6	85.1	73.5	4.8	475
Северный	87.5	73.8	80.6	84.5	83.9	66.5	4.2	1,259
Восточный	92.7	79.9	82.2	89.7	83.9	74.6	4.7	692
Образование								
Начальное/среднее	71.5	56.9	62.6	67.0	69.8	49.7	16.7	1,927
Средне-спец.	88.9	79.7	84.2	87.5	89.4	72.3	3.6	1,908
Высшее	88.4	73.9	78.8	84.1	82.8	65.9	5.0	965
Национальность								
Казашки	76.6	63.6	69.7	71.9	77.3	56.0	12.7	2,587
Русские	89.6	77.6	80.5	87.8	83.1	70.6	5.0	1,454
Другие	84.6	73.2	78.8	83.6	84.5	65.3	4.8	760
Трудовая деятельность								
Безработная	74.9	59.8	65.9	70.6	74.6	53.2	13.5	2,821
Получает деньги за работу	92.7	83.4	87.3	90.7	88.7	75.2	2.2	1,782
Не получает деньги за работу	82.3	78.8	80.8	82.5	83.8	66.9	9.6	198
Всего	81.8	69.4	74.4	78.6	80.2	61.9	9.1	4,800

нет. Только 18 процентов женщин вообще не участвуют (самостоятельно принимая решения, или совместно с кем-либо еще) в решениях об их собственном здоровье, почти одна треть (31 процент) из них не участвует в решении вопроса о больших покупках. Незамужние в настоящий момент женщины меньше вовлечены в принятие любого решения, по сравнению с замужними женщинами. Решения, принимающиеся кем-нибудь без участия замужней женщины варьируют от 5 процентов решений, касающихся

Рисунок 3.1 Участие женщин в принятии решений по домовладению



ГМДК 1999

приготовления пищи, до 16 процентов решений о больших домашних закупках, в то время как соотношение лиц, принимающих решения без участия не замужней женщины меняется с 34 процентов решений о собственном здоровье до 55 процентов решений о больших домашних закупках.

Таблица 3.12 демонстрирует, как участие в принятии решений меняется среди всех женщин в зависимости от социально-биологических факторов. Соотношение женщин, которые участвуют в принятии всех пяти решений, растет более или менее постоянно с возрастом – от 12 процентов среди женщин 15-19 лет до 86 процентов среди женщин в возрасте 40-44 года и затем слегка сокращается до 82 процентов в возрасте 45-49 лет. По меньшей мере, 9 из 10 женщин в возрастной группе 35 лет и старше участвуют в принятии каждого отдельного решения. Однако среди женщин младшего возраста участие значительно отличается по типу решения. Никогда не бывшие замужем женщины меньше всего участвуют во всех решениях, в то время как, а вдовы чаще всего принимают в этом участие. Почти одна треть никогда не бывших замужем женщин не участвует ни в одном из решений.

Женщины с одним или двумя детьми чаще, чем женщины без детей или с тремя и более детьми, участвуют в принятии всех решений. Более того, среди женщин с детьми отсутствие власти в принятии решений резко возрастает с количеством детей. Женщины с пятью и более детьми в четыре раза реже, чем женщины с одним или двумя детьми, принимают участие в решении. Городские женщины не намного чаще сельских участвуют в принятии тех или иных решений; однако размер сельско-городских различий зависит от типа решения. Например, процент городских и сельских женщин, участвующих в решении о приготовлении пищи, одинаков (81 процент и 80 процентов соответственно), но в принятии решений о больших покупках участвуют 74 процента городских женщин по сравнению с 64 процентами сельских женщин. Участие во всех решениях меняется от 74-75 процентов среди женщин Центрального и Восточного регионов до лишь 47 процентов женщин в Южном регионе. Почти каждая пятая женщина в Южном регионе не участвует в принятии любых решений. Несмотря на то, что женщины со средним образованием реже, чем женщины с более высоким образованием, участвуют во всех решениях, однако женщины с высшим образованием делают это реже, чем женщины со средним – специальным образованием. Женщины казашки намного реже русских женщин и женщин других этнических групп участвуют в принятии решений. Как и ожидалось, работающие женщины, особенно те, которые получают деньги, чаще, чем неработающие женщины, участвуют в принятии всех решений. В ряде случаев женщины имели право участвовать в принятии некоторых решений самостоятельно, и не имели его в других. Для оценки самостоятельности женщины в принятии решений складывается общее количество решений, в которых она принимает участие (например, она единственно имеет последнее слово или делает это совместно с ее мужем или с кем-либо еще). Рисунок 3.1 показывает распределение всех женщин в соответствии с количеством решений, в которых они участвуют. В Казахстане основное большинство женщин

Таблица 3.13. Согласие женщин с причинами битья жен мужьями

Процент женщин, согласных со специфическими причинами оправдания битья жен мужьями, и процент согласных, по крайней мере, с одной причиной или не согласных ни с одной причиной, в зависимости от социально-биологических характеристик. Казахстан, 1999.

Социально-биологические факторы	Подгорела пища	Спорит с ним	Вышла из дома без его ведома	Не смотрит за детьми	Отказывается от половых отношений с ним	Выбрана, по крайней мере, одна причина	Все причины	Всего
Возраст, лет								
15-19	3.1	11.4	9.8	28.0	3.7	32.4	1.0	791
20-24	4.2	11.1	10.6	26.6	6.7	30.8	1.2	666
25-29	5.5	11.1	12.0	25.1	5.1	29.2	2.6	692
30-34	6.0	13.2	13.9	31.0	7.3	35.6	2.8	698
35-39	2.9	8.9	10.4	23.8	4.7	26.3	1.5	749
40-44	4.4	10.9	10.4	22.7	6.8	27.1	1.6	681
45-49	4.2	12.8	11.8	25.1	7.9	28.6	2.0	522
Семейное положение								
Не замужем	3.5	7.9	7.6	23.9	3.6	27.7	1.0	1,215
Замужем/живет вместе	4.8	13.3	13.5	27.9	7.2	32.3	2.2	3,018
Вдова	3.7	8.5	7.2	23.7	5.2	25.5	0.8	145
Разведена/не живут вместе	3.1	7.5	7.1	20.5	3.4	22.4	1.6	422
Количество детей								
0	4.7	10.3	10.6	22.8	5.7	28.4	1.9	856
1-2	2.9	8.0	8.0	22.6	4.7	25.4	1.2	2,563
3-4	6.0	17.5	16.1	34.1	7.2	38.6	2.0	1,092
5+	8.6	19.2	23.2	37.3	11.5	43.9	5.5	290
Местожителство								
Город	2.8	7.3	6.8	18.6	4.3	21.5	1.5	2,668
Село	6.2	16.2	16.8	35.5	7.8	40.9	2.2	2,132
Регион								
г. Алматы	2.2	4.6	3.5	13.4	1.6	15.6	0.6	291
Южный	7.6	22.3	25.9	40.5	11.7	47.8	4.0	1,455
Западный	8.4	14.7	13.6	25.4	8.3	31.4	2.8	628
Центральный	1.1	2.7	0.4	9.0	1.0	9.9	0.0	475
Северный	1.6	4.5	3.0	26.1	2.4	27.9	0.1	1,259
Восточный	1.5	5.9	4.0	13.7	3.0	15.5	0.9	692
Образование								
Начальное/среднее	6.4	15.5	15.7	33.7	8.0	38.9	2.5	1,927
Средне-спец.	3.5	9.9	9.8	24.4	5.5	27.6	1.6	1,908
Высшее	1.7	5.5	5.1	14.3	2.4	17.4	0.8	965
Национальность								
Казахки	6.4	16.6	17.0	34.1	8.6	39.6	2.6	2,587
Русские	1.2	2.3	2.3	11.8	1.9	13.6	0.4	1,454
Другие	3.0	10.2	8.6	26.4	4.4	29.1	1.7	760
Трудовая деятельность								
Безработная	4.7	12.7	12.3	29.2	6.3	33.3	1.8	2,821
Работает за деньги	3.5	8.4	9.0	20.5	4.7	24.3	1.8	1,782
Работает не за деньги	5.8	17.0	15.7	32.2	9.9	35.8	2.0	198
Кол-во ситуаций, в которых она принимает окончательное решение								
0-1	5.1	16.2	15.8	34.3	6.8	38.7	2.1	760
2-3	6.4	13.1	13.1	31.0	8.4	37.6	3.0	656
4-5	3.7	9.8	9.8	23.3	5.2	26.7	1.5	3,384
Всего	4.3	11.3	11.2	26.1	5.9	30.1	1.8	4,800

участвуют во всех пяти решениях, о которых спрашивалось ранее, и лишь 9 процентов не участвуют ни в одном из решений. Девять процентов участвуют только в четырех решениях. Остальные женщины распределились, примерно, равно среди тех, кто участвует только в одном, двух и трех решениях.

В ряде случаев женщины имели право участвовать в принятии некоторых решений самостоятельно, и не имели его в других. Для оценки самостоятельности женщины в принятии решений складывается общее количество решений, в которых она принимает участие (например, она единственно имеет последнее слово или делает это совместно с ее мужем или с кем-либо еще). Рисунок 3.1 показывает распределение всех женщин в соответствии с количеством решений, в которых они участвуют. В Казахстане основное большинство женщин участвуют во всех пяти решениях, о которых спрашивалось ранее, и лишь 9 процентов не участвуют ни в одном из решений. Девять процентов участвуют только в четырех решениях. Остальные женщины распределились, примерно, равно среди тех, кто участвует только в одном, двух и трех решениях.

3.2.4 СОГЛАСИЕ ЖЕНЩИНЫ С ПРИЧИНАМИ ИЗБИЕНИЯ ЖЕНЫ

Оправдательное отношение к битью жен мужьями указывает на более низкое положение женщин. Для оценки отношения женщин к тому, что мужья избивают своих жен, во время ПМДК 1999 г. всем женщинам задавались вопросы: "Иногда муж раздражается или возмущается действиями жены. По Вашему мнению, имеет ли муж право поднять руку или даже избить свою жену в следующих ситуациях...?". На усмотрение женщин было вынесено пять ситуаций: если она вышла из дома без его ведома; если она не смотрит за детьми; если она спорит с ним; если она отказывается от половых отношений с ним; если у нее подгорела пища. Первые пять колонок в таблице 3.13 показывают, как меняется отношение к битью женщины в зависимости от причины. Последняя колонка дает процентное соотношение женщин, которые оправдывают мужа, избивающего свою жену, по крайней мере, по одной из предложенных причин.

Среди женщин 15-49 лет процент оправдывающих избивания жен по различным причинам довольно низкий и меняется от 4 процентов (если у нее подгорела пища) до 26 процентов (если она не смотрит за детьми). Тем не менее, 30 процентов женщин в возрасте 15-49 лет согласились, по крайней мере, с одной причиной, по которой муж может быть оправдан в избивании жены. Небольшое отличие в соотношении женщин, согласных с каждой из причин, отмечается в зависимости от возраста. Данные показывают, что женщины младшего возраста (15-34 года) чаще согласны с одной из причин, оправдывающей битье жен, чем женщины старшего возраста (35-49 лет). Замужние женщины чаще, чем женщины другого семейного положения, соглашались с каждой из различных причин. Соотношение согласий хотя бы с одной из причин, оправдывающих битье жен, меняется с 32 процентов среди замужних женщин до 22 процентов среди разведенных женщин. Женщины с одним или двумя детьми реже, чем женщины без детей или с тремя и более детьми, соглашались с любой из причин, по которой можно оправдать битье жен. Далее среди женщин с детьми согласие с битьем жен резко возрастает с увеличением количества детей: от 25 процентов среди женщин с одним или двумя детьми до 44 процентов среди женщин с пятью или более детьми. Сельские женщины почти в два раза чаще городских соглашались с каждой из причин битья жен.

Уровень согласия с избиванием жен также значительно отличается в зависимости от региона. Только 10 процентов женщин в Центральном регионе согласились хотя бы с одной причиной избивания жен, по сравнению с 48 процентами в Южном регионе. Женщины Южного региона чаще, чем женщины большинства других подгрупп, соглашались с одной из различных причин битья жен. Согласие также резко меняется в зависимости от уровня образования. Женщины со средним образованием почти в два раза чаще (39 процентов) женщин с высшим образованием (17 процентов) соглашались хотя бы с одной причиной. Согласие с каждой из всех названных причин самое высокое среди казашек, далее следуют не казашки и не русские женщины; этот показатель самый низкий среди русских женщин. Только 14 процентов русских женщин согласились хотя бы с одной причиной избивания жены, по сравнению с 40 процентами казашек. Как и ожидалось, женщины, работающие за деньги, реже соглашались с каждой из всех названных причин избивания жены. Однако примечательно, что по признаку занятости работающие женщины, которые не получают денег, наиболее вероятно соглашались с каждой из всех причин.

Согласие хотя бы с одной причиной избивания жены во многом зависит от уровня женского участия в принятии решений по семейным вопросам и меняется с 39 процентов женщин, участвующих в принятии не более чем одного решения, до 27 процентов среди женщин, участвующих в решении всех или почти всех (4-5) семейных вопросов. Низкий уровень согласия с избиванием жены среди работающих

Таблица 3.14. Согласие респонденток с причинами, оправдывающими отказ женщин от половых отношений

Процент женщин, согласных со специфическими причинами оправдания жен, отказывающихся от половых отношений со своими мужьями, в зависимости от социально-биологических факторов. Казахстан, 1999.

Социально-биологические факторы	Причины оправдания жен, отказывающихся от половых отношений со своими мужьями				Все спец. причины	Не-спец. причины	Кол-во женщин
	Жена устала или не в настроении	Жена недавно родила	Муж имеет половые связи с др. женщинами	Жена знает, что муж-вирусоноситель СПИДа			
Возраст, лет							
15-19	67.8	77.2	75.7	81.4	61.4	15.7	791
20-24	79.7	91.4	84.3	91.0	70.7	4.3	666
25-29	81.6	93.9	85.3	93.5	70.6	2.7	692
30-34	82.1	95.5	84.6	93.1	71.2	1.9	698
35-39	82.5	95.6	84.9	94.6	72.9	1.3	749
40-44	78.4	93.7	83.6	92.1	68.7	3.3	681
45-49	80.2	96.0	82.9	94.3	70.0	1.4	522
Семейное положение							
Не замужем	70.6	80.0	77.6	84.5	63.6	12.9	1,215
Замужем/живут вместе	81.5	95.1	84.1	93.4	70.8	2.0	3,018
Вдова	77.4	95.4	82.1	89.8	66.9	3.4	145
Разведена/не живут вместе	82.0	97.2	90.4	94.6	74.8	0.9	422
Количество детей							
0	76.2	88.9	81.0	88.9	67.6	6.9	856
1-2	80.6	94.0	84.6	92.5	70.5	3.1	2,563
3-4	78.0	89.1	81.9	91.6	69.1	5.4	1,092
5+	72.0	85.9	77.4	84.7	62.5	9.4	290
Местожителство							
Город	80.7	92.8	84.4	91.9	71.5	4.0	2,668
Село	76.2	89.8	81.1	90.3	66.3	5.5	2,132
Регион							
г. Алматы	81.4	91.7	82.1	89.6	68.7	4.7	291
Южный	74.0	88.3	79.3	89.4	64.8	7.6	1,455
Западный	78.2	86.5	81.9	85.4	71.4	8.8	628
Центральный	83.5	96.1	91.1	94.6	77.6	1.5	475
Северный	76.9	94.4	84.3	94.8	66.3	1.2	1,259
Восточный	87.7	94.3	83.7	91.9	76.1	3.3	692
Образование							
Начальное/среднее	74.9	87.0	79.4	87.8	65.4	7.5	1,927
Средне-спец.	81.2	95.3	85.8	93.5	72.2	2.9	1,908
Высшее	81.1	93.1	84.2	93.3	70.9	2.6	965
Национальность							
Казашки	76.9	88.6	80.8	89.7	67.8	6.7	2,587
Русские	82.1	95.4	85.9	92.9	72.2	2.1	1,454
Другие	78.3	94.0	84.3	92.9	68.4	2.8	760
Трудовая деятельность							
Безработная	77.1	89.2	81.6	89.8	67.6	6.1	2,821
Работает за деньги	82.0	95.1	85.5	93.9	73.0	2.3	1,782
Работает не за деньги	71.4	91.4	78.3	86.3	58.8	5.4	198
Кол-во решений, в которых жена имеет последнее слово							
0-1	63.7	74.7	72.3	79.2	58.6	18.5	760
2-3	78.4	89.9	84.1	92.4	67.1	3.2	656
4-5	82.1	95.6	85.1	93.6	72.0	1.9	3,384
Кол-во причин оправдания битья жен							
0-1	69.2	88.1	75.9	88.6	62.7	7.0	195
2-3	74.2	89.3	80.4	90.0	62.1	4.4	1,249
4-5	80.9	92.5	84.3	91.8	72.2	4.7	3,356
Всего	78.7	91.5	82.9	91.2	69.2	4.7	4,800

за деньги женщины и тех, которые участвуют во всех или большинстве решений семейных проблем, укрепляет мнение о том, что нормальное восприятие избивания жены снижается с повышением уровня женских возможностей. Однако тот факт, что реальное соотношение женщин, зарабатывающих деньги, и женщин, имеющих относительно высокий уровень самостоятельности в принятии решений, согласных хотя бы с одной причиной для избивания жены, свидетельствует о стойкости норм, поддерживающих восприятие мужей, избивающих своих жен.

3.2.5 СОГЛАСИЕ ЖЕНЩИН С ПРИЧИНАМИ, ПО КОТОРЫМ ЖЕНЩИНА ОТКАЗЫВАЕТСЯ ИМЕТЬ ПОЛОВЫЕ ОТНОШЕНИЯ С МУЖЕМ

Контроль женщины над тем, когда и с кем иметь половые отношения, является важным демографическим и медицинским показателем. Во время проведения ПМДК 1999 г. задавался вопрос о том, может ли респондент оправдывать свою жену, если она отказывается от половых отношений со своим мужем при четырех обстоятельствах: она устала или не в настроении; она недавно родила ребенка; она знает, что муж имеет половые связи с другими женщинами; она знает, что муж вирусноноситель СПИДа. Эти 4 обстоятельства, по которым опрашивается мнение женщин, были выбраны как наиболее эффективно сочетающиеся вопросы, касающиеся прав и здоровья женщин. В таблице 3.14 показан процент женщин в зависимости от социально-биологических факторов заявивших, что жены, отказавшие мужу в половых отношениях, могут быть оправданы по определенным причинам. В таблице, также показано, как меняется мнение женщины по данному вопросу в зависимости от степени самостоятельности в принятии решений и отношения женщин к избению жен мужьями; эти оба аспекта очень важны в представлениях о возможностях женщин.

Почти 69 процентов женщин в Казахстане согласились, что жены могут отказать своим мужьям иметь половые отношения по всем 4-м причинам. Так, 79 процентов заявили, что женщины могут отказать своим мужьям, если они устали или не в настроении; 92 процента сказали, что они могут отказать, если недавно родили ребенка; 83 процента женщин сказали, что они могут отказать своему мужу если он имеет половые связи с другими женщинами, и 91 процент женщин отказали бы мужу, если он является вирусноносителем СПИДа. Соотношение женщин, согласившихся с правом жены отказать в половых отношениях, незначительно отличается для женщин в возрастной группе 20-49 лет; однако женщины в возрастной группе 15-19 лет реже, чем женщины старшего возраста, соглашались с каждой из всех названных причин отказа от половых отношений со своим мужьями. Шестнадцать процентов женщин в возрасте 15-19 лет не согласились ни с одной из причин для отказа от половых отношений. Кроме того, 13 процентов незамужних женщин и 7 процентов женщин без детей (обе группы входят в подгруппу женщин младшего возраста) не согласились ни с одной из причин в отказе половых отношений. Среди когда-либо замужних женщин, разведенных и замужних в момент опроса процент согласия со всеми 4-мя причинами был выше, чем среди вдов.

Среди женщин с детьми вероятность того, что женщина согласится со всеми 4-мя причинами, снижается с увеличением количества детей. Городские женщины более вероятно соглашались с различными причинами отказа в половых отношениях, по сравнению с сельскими женщинами. Варианты по регионам намного отличаются: 65 процентов женщин, проживающих на Юге, согласились со всеми четырьмя причинами, по сравнению с 78 процентами согласий женщин, проживающих в Центральном регионе. Вероятность согласия со всеми указанными причинами отличается в зависимости от образования, характера работы, женского участия в принятии семейных решений и от уровня согласия женщины с избением жены.

Женщины со средне – специальным и высшим образованием, женщины, работающие за деньги, женщины, принимающие участие в большинстве семейных решений (все 4-5 предложенных решений), и женщины, не согласные со всеми причинами избения жены, чаще чем женщины других подгрупп, соглашались с четырьмя причинами отказа от половых отношений. На самом деле частота согласий с каждой из четырех причин чаще отличается в зависимости от количества решений, в которых женщина принимает участие, чем в зависимости от большинства других социально-биологических факторов. Например, 59 процентов женщин с низким уровнем участия в семейных решениях (только 0-1 решения) согласны с четырьмя причинами отказа от половых отношений, по сравнению с 72 процентами женщин, имеющих самый высокий уровень участия в семейных решениях (4-5 решений). Эти результаты, также предполагают, что различные аспекты женских полномочий взаимно поддерживаются.

Торегельды Ш. Шарманов, Кия И. Уайнстайн

У всех женщин, являвшихся респондентами ПМДК, была собрана полная информация об истории беременности. Чтобы получить данные для полного описания состояния рождаемости в Казахстане, было важно, чтобы женщины информировали обо всех беременностях без исключения. Женщинам задавались вопросы обо всех беременностях в течение жизни, завершившихся рождением живых детей, абортми (включая мини-аборт), выкидышами, мертворождением. Точное количество детей, родившихся живыми, выяснялось путем опроса о количестве сыновей и дочерей, проживающих или не проживающих с респондентом, и количестве детей, впоследствии умерших. Во избежание пропуска беременностей, в случае интервала между беременностями в 4 и более лет, респонденту задавались дополнительные вопросы о беременностях, возможно, пропущенных в течение этого интервала.

Каждая история беременности женщины была записана в обратном хронологическом порядке, начиная с самой последней беременности и заканчивая первой беременностью. Исход каждой беременности (рождение живого ребенка, аборт, выкидыш или мертворождение) был зарегистрирован в соответствии с датой завершения беременности. По каждой беременности, закончившейся 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 всех детях, родившихся живыми. Так как национальность является важным фактором в характеристике рождаемости в Казахстане, то эти данные представлены отдельно для лиц казахской и русской национальностей и по республике в целом. Информация о других исходах беременностей представлена в другой главе.

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. Казахстан, 1999.

Возраст, лет	Местожительство		Национальность			Всего
	Город	Село	Казахи	Русские	Другие	
15-19	36	44	30	41	79	40
20-24	109	233	202	121	(126)	167
25-29	86	133	129	75	67	106
30-34	51	78	88	23	47	64
35-39	18	32	39	8	8	24
40-44	6	12	12	8	0	9
45-49	0	0	0	0	(0)	0
СКР 15-49	1.52	2.66	2.50	1.38	1.63	2.05
СКР 15-44	1.52	2.66	2.50	1.38	1.63	2.05
ОКР	50.00	88.00	84.00	43.00	52.00	67.00
ЧР	11.90	19.40	-	-	-	15.40

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

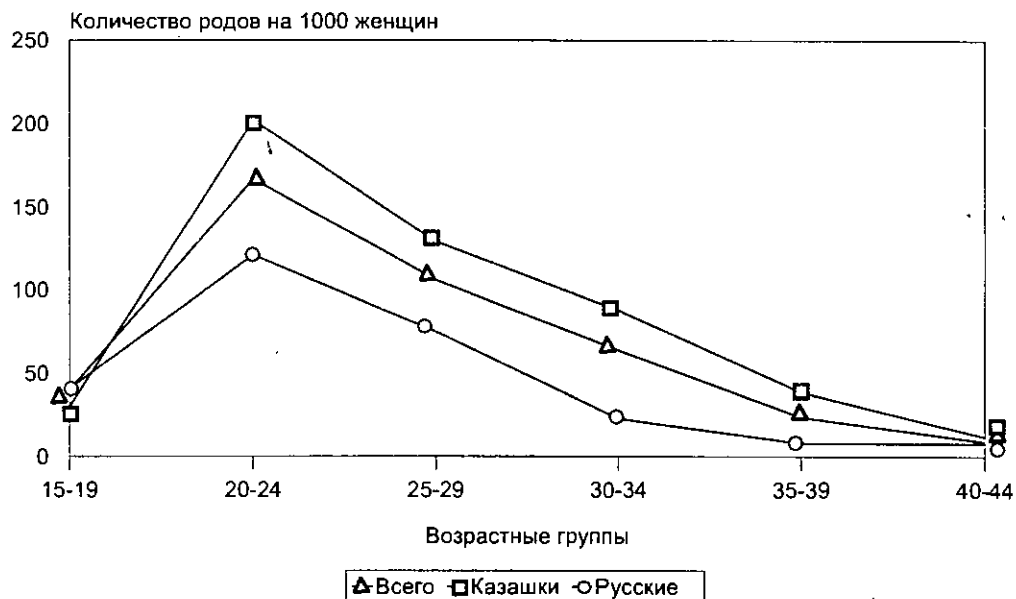
ЧР: число родившихся, рассчитывается на 1000 человек населения

4.1 ТЕКУЩАЯ РОЖДАЕМОСТЬ

Повозрастные и общие коэффициенты рождаемости, представленные в таблице 4.1 и на рисунке 4.1, были подсчитаны непосредственно, исходя из информации, полученной из историй беременности. Полученные данные относятся к трехлетнему периоду, предшествовавшему исследованию, т.е. к середине 1996 г. до середины 1999 г. Коэффициенты по возрастной рождаемости были подсчитаны путем деления количества родов для женщин в пятилетнем возрастном интервале на количество женщина-лет в этом же интервале¹. Суммарный коэффициент рождаемости (СКР) высчитывается на одну женщину

¹ Числители повозрастных коэффициентов рождаемости рассчитываются путем суммирования количества родов, имевших место в течение 1-36 месяцев, предшествовавших ПМДК (определяется по дате проведения интервью и дате рождения ребенка), и распределяются по пятилетним возрастным группам матерей ко времени родов (определяется по дате рождения матери). Знаменатели коэффициентов представляют собой количество женщина-лет в каждой пятилетней возрастной группе в течение 1-36 месяцев, предшествовавших ПМДК.

Рисунок 4.1 Повозрастные показатели рождаемости в зависимости от этнической принадлежности



ПМДК 1999

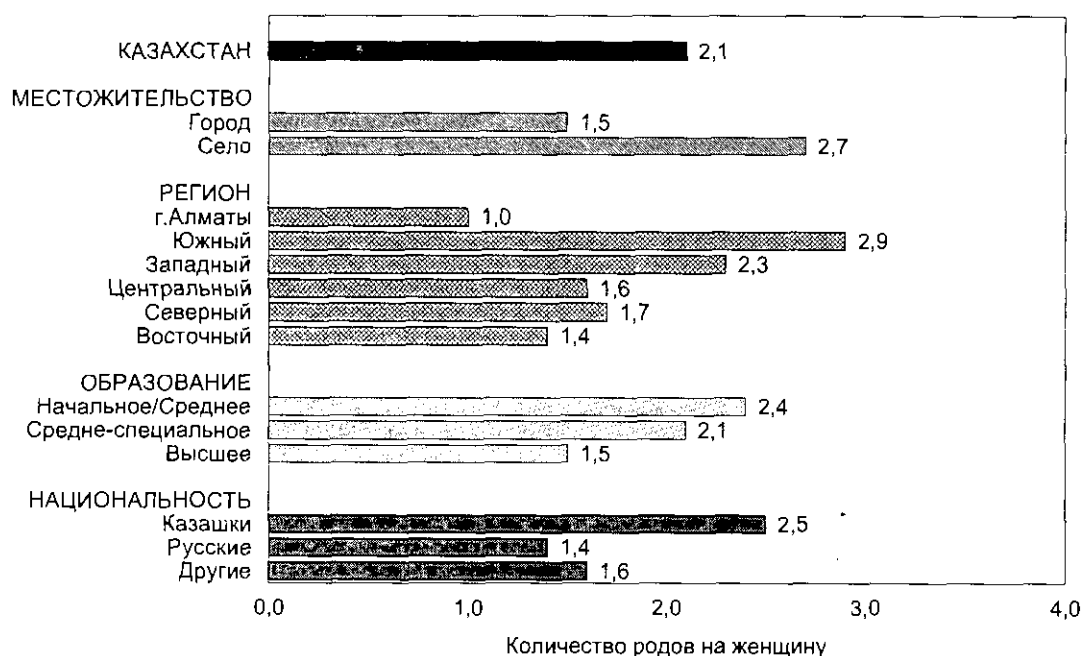
Таблица 4.2 Рождаемость в зависимости от социально-биологических факторов

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. Казахстан, 1999.

Социально-биологические факторы	Суммарный коэффициент рождаемости ¹	Процент беременных ¹	Среднее кол-во детей, родившихся у женщин 40-49 лет
Местожительство			
Город	1.52	2.51	2.40
Село	2.66	3.36	3.71
Регион			
г. Алматы	1.00	1.73	1.94
Южный	2.86	4.75	3.81
Западный	2.26	2.20	3.22
Центральный	1.59	2.30	2.25
Северный	1.72	2.28	2.62
Восточный	1.42	1.58	2.57
Образование			
Начальное/Среднее	2.42	3.38	3.62
Средне-спец.	2.06	2.61	2.77
Высшее	1.51	2.44	2.11
Национальность			
Казашки	2.50	2.95	3.71
Русские	1.38	2.49	2.12
Другие	1.63	3.42	2.67
Всего	2.05	2.89	2.92

¹ Женщины в возрасте 15-49 лет

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



ПМДК 1999

и представляет собой сумму повозрастных коэффициентов, умноженную на цифру пять, характеризующую текущий уровень рождаемости. СКР интерпретируется как общее количество детей, которое женщина могла бы иметь, если бы она сохранила данный по возрасту коэффициент рождаемости в течение всего репродуктивного периода.

В таблице 4.1 также представлены два других обобщающих коэффициента: общий коэффициент рождаемости (ОКР) и число родившихся (ЧР). 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. Два последних коэффициента вычисляются на основе данных, полученных из историй беременности за трехлетний период, предшествующий исследованию, а также по половозрастному распределению членов домохозяйства.

Рождаемость среди городских жительниц ниже, чем среди сельских на протяжении всего репродуктивного периода, в результате чего СКР среди городских женщин на одного ребенка меньше, чем среди сельских. Если бы уровень текущей рождаемости оставался постоянным, то в Казахстане женщина могла бы родить в среднем 2,1 ребенка, причем городские женщины – 1,5, сельские – 2,7. Наивысшая рождаемость как среди городских, так и среди сельских женщин наблюдается в возрастном диапазоне 20-24 года. Выявлено, что родов среди респондентов в возрастной группе 45-49 лет за последние три года не было.

Как казашки, так и русские отмечали пик детородного возраста в 20-24 года, однако среди женщин-казашек СКР выше (2,5 ребенка на женщину), чем средний СКР, составляющий 2,1, а среди русских женщин СКР ниже (1,4 ребенка на женщину). Такое значение СКР среди русских женщин обеспечивается за счет низких значений по возрасту коэффициентов рождаемости в каждой возрастной группе, за исключением женщин в возрасте 15-19 лет, среди которых уровень рождаемости немного выше, чем среди женщин-казашек.

Таблица 4.2 и рисунок 4.2 представляют СКР за трехлетний период, предшествующий исследованию, в зависимости от социально-биологических факторов. Выявлено, что региональные различия в уровнях рождаемости были существенными, при этом количественная вариабельность составляла почти два ребенка. Самый низкий СКР был среди женщин г. Алматы (1,0 ребенок на женщину) и Восточ-

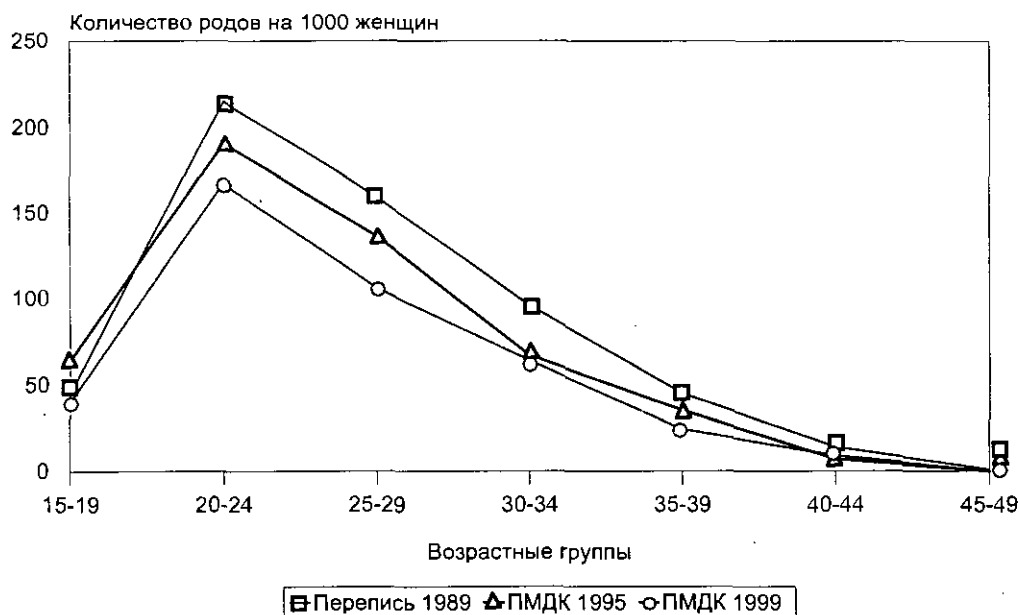
Таблица 4.3 Тенденции рождаемости

Повозрастной и суммарный коэффициенты рождаемости для казахшек, русских и всего населения, Перепись 1989г., ПМДК 1995г. и ПМДК 1999г. Казахстан, 1999.

Возраст женщины, лет	Казахки			Русские			Всего ¹		
	Перепись 1989	ПМДК 1995	ПМДК 1999	Перепись 1989	ПМДК 1995	ПМДК 1999	Перепись 1989	ПМДК 1995	ПМДК 1999
15-19	31	37	30	59	97	41	45	64	40
20-24	232	229	202	182	125	121	215	190	167
25-29	208	180	129	110	73	75	159	136	106
30-34	140	100	88	63	27	23	96	67	64
35-39	76	60	39	27	15	8	45	35	24
40-44	27	14	12	7	1	8	14	7	9
45-49	3	0	0	0	0	0	1	0	0
СКР	3.58	3.11	2.50	2.24	1.69	1.38	2.88	2.49	2.05

Примечание. Значения коэффициентов за 1 год - по данным Переписи, за три года - по данным ПМДК.
¹ Включает казахшек, русских и другие этнические группы

**Рисунок 4.3 Тенденции в показателях рождаемости
 Перепись 1989, ПМДК 1995 и ПМДК 1999**



ного региона (1.4), средний – в Центральном (1.6), Северном (1.7) и Западном регионах (2.3) и самый высокий – в Южном регионе(2.9).

Для женщин Казахстана прослеживаются те же особенности рождаемости, которые характерны и для многих других стран, а именно снижение рождаемости с ростом уровня образования. Так, СКР снижается с 2.4 ребенка на женщину среди респондентов с начальным или средним образованием до 2.1 среди женщин со средне-специальным образованием и до 1.5 среди женщин с высшим образованием.

В таблице 4.2 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 недооценен. Низкий процент беременных соразмерен с низкой рождаемостью. Как и в случае с

Таблица 4.4 Тенденции по возрастным коэффициентам рождаемости

Повозрастные коэффициенты за пятилетние периоды, предшествовавшие исследованию, в зависимости от возраста матери к моменту родов. Казахстан, 1999.

Возраст матери, лет	Количество лет, предшествовавших исследованию			
	0-4	5-9	10-14	15-19
15-19	44	64	45	42
20-24	166	214	222	202
25-29	115	162	188	179
30-34	63	82	119	[108]
35-39	29	46	[70]	-
40-44	6	[17]	-	-
45-49	[0]	-	-	-

Примечание. Повозрастные коэффициенты рождаемости рассчитаны на 1000 женщин. Цифры в квадратных скобках округлены.

чем КРД как среди городских, так и среди сельских женщин, а также в каждом регионе, во всех группах с различным уровнем образования и в связи с этнической принадлежностью. По-видимому, не следует делать заключений по наиболее недавним изменениям рождаемости, поскольку можно их проанализировать непосредственно путем сравнения данных ПМДК 1999 с другими приемлемыми источниками информации.

4.2 ТЕНДЕНЦИИ РОЖДАЕМОСТИ

Непосредственным способом оценки тенденций рождаемости является анализ изменений по возрастных коэффициентов рождаемости за определенный промежуток времени. Таблица 4.3 сравнивает по возрастные коэффициенты рождаемости (ПВКР) по результатам ПМДК 1999 г. (которые были показаны в таблице 4.1), по данным Переписи населения 1989 г. и результатам ПМДК 1995 г. Эти данные свидетельствуют о продолжающемся снижении уровня рождаемости за последнее десятилетие. СКР снизился с 2.9 ребенка на женщину для периода 1988-1989 г.г. (Darsky and Dworak, 1993) до 2.5 для периода 1992-1995 г.г. (Институт питания МН-АН РК и Macro International Inc., 1996) и в дальнейшем снизился до 2.1 для периода 1996-1999 г.г.

Рисунок 4.3 свидетельствует, что уровень рождаемости снизился почти в каждой возрастной группе. За десятилетие, прошедшее между Переписью населения 1989 года и ПМДК 1999 года, СКР снизился на 29 процентов, достигнув снижения на одного ребенка на женщину. Снижение уровня рождаемости наблюдается как среди женщин-казашек, так и среди русских женщин. За последнее десятилетие СКР среди женщин-казашек снизился с 3.6 до 2.5 (снижение на одного ребенка на женщину) и среди русских женщин – с 2.2 до 1.4 (снижение меньше чем на одного ребенка на женщину), в результате чего СКР становится ниже замещенных уровней.

Сравнение результатов ПМДК 1999 года и ПМДК 1995 показывает, что снижение уровня рождаемости за последние 4 года наблюдается среди женщин казахской и русской национальностей, независимо от местожительства (город, село), регионов и уровня образования. Наиболее заметное снижение уровня рождаемости отмечено в Центральном регионе, где СКР снизился на одного ребенка на женщину (с 2.7 до 1.6).

Таблица 4.5 Тенденции рождаемости в зависимости от продолжительности брака

Коэффициенты рождаемости среди замужних женщин в зависимости от продолжительности (годы) со времени первого брака в течение пятилетних периодов, предшествовавших исследованию. Казахстан, 1999.

Продолжительность брака к моменту рождения детей	Количество лет, предшествовавших исследованию			
	0-4	5-9	10-14	15-19
0-4	261	329	351	346
5-9	99	120	165	162
10-14	45	62	97	111
15-19	16	40	82	109
20-24	6	20	67	-
25-29	0	36	-	-

Примечание. Коэффициенты рождаемости, специфичные продолжительности брака, рассчитаны на 1000 женщин

СКР, прослеживаются те же закономерности данного показателя в зависимости от социально-биологических факторов.

Тенденции рождаемости могут быть интерпретированы путем сравнения СКР (критерия текущей рождаемости) со средним количеством когда-либо родившихся детей (КРД) у женщин в возрасте 40-49 лет (критерий завершенной рождаемости). Если бы в течение трех и более десятилетий, предшествовавших ПМДК, не произошло изменений в уровнях рождаемости, то СКР и КРД были бы приблизительно одинаковыми. Тот факт, что СКР (2.1 ребенка на женщину) ниже, чем КРД (2.9), указывает на то, что рождаемость в Казахстане снизилась за последние три десятилетия. СКР ниже,

Фактическое снижение уровня рождаемости в последние годы также подтверждается изменениями ПВКР по данным ПМДК 1999 г. Таблица 4.4 представляет ПВКР за 5-летний период, предшествовавший исследованию, на основе данных из историй беременностей о детях, родившихся живыми.² Снижение рождаемости в периоды времени от 5-9 до 0-4 лет, предшествовавших 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 женщин в возрасте 35-39 и 40-44 соответственно).

Таблица 4.5 представляет коэффициенты рождаемости для замужних женщин в зависимости от продолжительности брака за пятилетний период, предшествовавший исследованию. Снижение рождаемости обычно начинается среди женщин более старшего возраста, которые хотят прекратить деторождение, но, как показано в таблице 4.5, снижение рождаемости в Казахстане наблюдается среди всех женщин, включая тех, кто состоял в браке меньше 5 лет. Такое снижение даже для браков самой короткой продолжительности не наблюдалось во время ПМДК 1995 года.

4.3 Сведения о родившихся и живых детях

В таблице 4.6 представлена информация о распределении всех женщин и замужних женщин по количеству когда-либо родившихся детей. Среднее количество детей среди всех женщин в возрасте 30 лет и старше составило 2. Возможно, наиболее заметные изменения с 1995 года выявляются среди женщин в возрасте 20-29 лет. Во время проведения ПМДК в 1995 году среднее количество детей среди женщин в возрасте 25-29 лет было 2, в данное время – 1. Большинство женщин в возрасте 20-24 лет не хотят иметь детей: 44 процента из них не имели ни одного ребенка во время ПМДК 1995 г., а в период ПМДК

Таблица 4.6. 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. Казахстан, 1999.

Возрастные группы	Число родившихся детей											Всего	Кол-во женщин	Среднее к-во КРД	Среднее к-во живых детей
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10+				
ВСЕ ЖЕНЩИНЫ															
15-19	95.6	4.1	0.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	791	0.05	0.05
20-24	53.7	28.4	15.3	2.4	0.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	666	0.67	0.63
25-29	18.8	35.2	28.1	13.1	3.9	0.6	0.2	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	692	1.51	1.38
30-34	9.0	23.8	33.1	20.1	9.7	2.5	0.9	0.9	0.0	0.0	0.0	100.0	698	2.13	1.99
35-39	4.7	15.6	35.1	22.8	12.0	5.6	2.9	0.8	0.6	0.0	0.0	100.0	749	2.58	2.40
40-44	5.4	9.4	35.5	21.9	12.7	6.6	4.0	2.8	1.3	0.4	0.0	100.0	681	2.88	2.67
45-49	5.7	14.7	31.3	19.5	8.3	7.8	5.9	2.5	2.1	1.5	0.7	100.0	522	2.99	2.68
Всего	29.3	18.5	24.9	13.9	6.6	3.1	1.8	0.9	0.5	0.2	0.1	100.0	4,800	1.76	1.63
ЗАМУЖНИЕ ЖЕНЩИНЫ															
15-19	53.6	43.1	3.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	63	0.50	0.48
20-24	23.2	44.5	27.3	4.6	0.4	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	353	1.14	1.08
25-29	6.2	35.6	34.5	17.4	5.1	0.9	0.3	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	506	1.83	1.67
30-34	3.5	19.7	37.1	22.8	11.8	3.0	1.1	0.9	0.0	0.0	0.0	100.0	546	2.38	2.22
35-39	1.7	12.9	36.5	23.9	13.2	6.8	3.3	1.0	0.7	0.0	0.0	100.0	617	2.77	2.57
40-44	2.0	6.6	36.8	23.0	14.1	7.6	5.0	2.9	1.6	0.6	0.0	100.0	548	3.11	2.91
45-49	1.6	10.4	34.1	19.8	9.3	10.2	6.3	3.2	2.9	1.3	1.0	100.0	385	3.31	2.95
Всего	6.4	20.8	34.3	19.1	9.5	4.8	2.6	1.3	0.8	0.3	0.1	100.0	3,018	2.43	2.25

1999 этот показатель увеличился до 54 процентов. Самые существенные различия между показателями для замужних женщин и всей выборкой наблюдаются среди молодых женщин из-за большого числа незамужних молодых женщин с минимальным уровнем рождаемости. Различия в старших возрастных группах отражают общее снижение рождаемости по причине роста количества разведенных и вдов.

²Округление связано с тем, что при расчете этих цифр были включены женщины в возрасте 50 лет и старше, которые фактически не были проинтервьюированы. Например, коэффициенты не могли быть рассчитаны для женщин 40-44 лет за 10-летний период времени, предшествовавший ПМДК, так как женщинам, возраст которых 10-14 лет назад составлял 40-44 года, на момент исследования было 50 лет и более, и поэтому они не были включены в исследование.

Таблица 4.7. Микролововой 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. Казakhstan, 1999.

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	*	*
20-29	20.5	25.7	22.3	8.3	23.2	100.0	24.8	446
30-39	7.2	12.9	16.0	13.2	50.8	100.0	48.5	414
40+	4.9	4.9	14.6	8.9	66.7	100.0	68.6	56
Паритет родов								
2-3	13.9	20.7	16.8	9.8	38.8	100.0	34.6	680
4-6	12.2	13.8	24.7	11.7	37.6	100.0	35.4	216
7+	(16.0)	(8.3)	(27.8)	(20.6)	(27.3)	100.0	(34.7)	22
Пол ребенка, родившегося при предыдущих родах								
Мальчик	13.0	16.2	18.7	9.3	42.9	100.0	40.0	462
Девочка	14.1	21.5	19.2	11.7	33.5	100.0	31.5	456
Статус выживания детей								
Живые	33.5	17.6	23.7	12.9	12.3	100.0	22.7	77
Умершие	11.7	18.9	18.5	10.3	40.6	100.0	38.1	841
Место жительства								
Город	10.5	13.3	16.6	9.3	50.3	100.0	48.2	353
Село	15.4	22.3	20.4	11.2	30.7	100.0	30.0	565
Регион								
г. Алматы	(6.2)	(14.6)	(14.6)	(12.5)	(52.1)	100.0	(48.5)	22
Южный	18.7	21.8	19.6	11.7	28.3	100.0	28.0	466
Западный	7.6	14.2	23.1	11.4	43.7	100.0	42.4	130
Центральный	9.8	14.7	20.4	6.4	48.6	100.0	41.6	72
Северный	9.6	18.0	14.3	7.1	50.9	100.0	48.8	157
Восточный	5.4	15.2	17.3	11.8	50.2	100.0	48.1	71
Образование								
Начальное/Среднее	17.3	23.7	18.5	11.1	29.5	100.0	28.6	381
Средне-спец.	12.3	14.4	21.6	11.4	40.3	100.0	38.9	402
Высшее	6.9	18.2	12.5	6.2	56.3	100.0	53.9	136
Национальность								
Казашки	14.8	20.5	19.7	11.5	33.5	100.0	31.1	673
Русские	6.8	15.2	13.0	7.3	57.7	100.0	51.5	118
Другие	13.1	13.1	20.5	8.3	45.0	100.0	40.2	127
Всего	13.5	18.8	18.9	10.5	38.2	100.0	34.7	918

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 незвешенных случаях и могут не учитываться. Цифры в скобках основаны на 25-49 незвешенных случаях.
 * Медиана составляет больше 48 месяцев.

В данной таблице также показано среднее количество когда-либо родившихся детей и среднее количество выживших детей в зависимости от пятилетней возрастной группы матери. В среднем, женщины в возрасте 20-24 лет имели 0,7 детей, в возрасте 25-29 – 1.5 ребенка, в тридцать и более лет – двоих детей, в сорок и более лет – почти троих детей. Предварительный анализ статуса выживания детей может быть проведен путем сравнения среднего количества когда-либо родившихся со средним количеством выживших. В целом 7 процентов детей, родившихся живыми от матерей в возрасте 20-44 лет, умерли к моменту исследования. Из числа детей, родившихся от матерей в возрасте 45-49 лет, к моменту исследования не выжило 10 процентов.

Таблица 4.8 Возраст при первых родах

Процентное распределение женщин 15-49 лет по возрасту при первых родах в соответствии с настоящим возрастом. Казахстан, 1999.

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	95.6	0.0	1.8	2.7	НП	НП	НП	100.0	791	а
20-24	53.7	0.2	5.8	16.1	19.1	5.2	0.0	100.0	666	а
25-29	18.8	0.1	4.2	20.1	27.1	23.2	6.4	100.0	692	21.9
30-34	9.0	0.1	3.3	16.3	28.8	26.5	16.0	100.0	698	22.1
35-39	4.7	0.0	2.9	14.3	23.9	31.2	22.9	100.0	749	22.6
40-44	5.4	0.0	1.6	16.4	23.4	30.7	22.4	100.0	681	22.6
45-49	5.7	0.0	3.4	15.1	27.6	24.2	24.0	100.0	522	22.4

НП - данные неприменимы

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

4.4 МЕЖРОДОВОЙ ИНТЕРВАЛ

Продолжительность интервалов между родами является важным компонентом деторождения. Исследования показали, что дети, родившиеся в более короткие сроки от предыдущих родов, особенно при интервале между родами меньше 24 месяцев, имеют повышенный риск ранней смертности. Таблица 4.7 представляет процентное распределение вторых и последующих родов за пятилетний период, предшествовавший исследованию, в зависимости от количества месяцев, прошедших со времени предыдущих родов. В целом около одной трети всех родов (32 процента) имели место в течение 24 месяцев после

Таблица 4.9 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. Казахстан, 1999.

Социально-биологические факторы	Настоящий возраст, лет					Возраст 25-49 лет
	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	
Местожителство						
Город	22.1	22.2	22.6	22.6	23.2	22.5
Село	21.6	22.1	22.7	22.6	21.5	22.2
Регион						
г. Алматы	22.1	22.9	23.9	23.7	24.2	23.3
Южный	21.8	21.8	22.7	22.1	21.7	22.0
Западный	22.2	22.3	22.8	23.3	23.1	22.7
Центральный	21.8	22.0	22.7	22.2	22.9	22.3
Северный	21.6	21.9	22.4	22.7	22.1	22.2
Восточный	22.4	22.8	22.7	22.8	22.4	22.6
Образование						
Начальное/Среднее	20.8	20.9	21.0	21.7	21.2	21.1
Средне-специальное	22.0	22.2	22.6	22.5	22.0	22.3
Высшее	23.6	23.4	25.1	25.0	25.8	24.7
Национальность						
Казахки	22.4	22.5	23.2	23.2	22.5	22.7
Русские	21.3	21.6	22.0	22.0	22.4	21.9
Другие	20.7	21.8	22.2	22.8	21.9	21.9
Всего	21.9	22.1	22.6	22.6	22.4	22.4

Примечание. Средние для когорты 15-19 и 20-24 года не были определены, поскольку половина женщин не имели родов.

Таблица 4.10 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. Казахстан, 1999.

Социально-биологические факторы	Процент тех, кто:			Кол-во женщин
	Матери	Впервые беременные	Процент родивших	
Возраст, лет				
15	0.0	0.0	0.0	153
16	0.3	1.0	1.3	177
17	1.5	1.6	3.1	162
18	5.4	4.7	10.1	160
19	16.8	4.4	21.2	138
Местожительство				
Город	4.4	2.6	7.0	409
Село	4.4	1.9	6.4	382
Регион				
г. Алматы	(3.8)	(1.9)	(5.7)	48
Южный	4.3	3.1	7.4	271
Западный	3.7	0.6	4.3	110
Центральный	3.9	4.1	8.0	68
Северный	4.8	0.9	5.7	197
Восточный	5.3	3.5	8.8	98
Образование				
Начальное/Среднее	4.0	2.1	6.2	601
Средне-специальное	7.9	4.6	12.5	102
Высшее	2.9	0.5	3.4	88
Национальность				
Казашки	2.6	1.9	4.5	473
Русские	4.7	4.0	8.7	213
Другие	11.8	0.4	12.3	105
Всего	4.4	2.3	6.7	791

Примечание. Цифры в скобках основаны на 25-49 невзвешенных случаях.

тально выше среди русских женщин (средняя продолжительность интервала – 52-месяца), чем среди казашек (средняя продолжительность интервала – 31 месяц). Средний межродовой интервал у русских женщин увеличился с 44 месяцев, установленных во время ПМДК 1995 г., до 52 месяцев. Продолжительность межродового интервала также увеличивается с повышением уровня образования матери: с 29 месяцев у женщин с начальным и средним образованием до 54 месяцев – с высшим образованием.

4.5 ВОЗРАСТ ПРИ ПЕРВЫХ РОДАХ

Возраст женщин, при котором начинается деторождение, является важным демографическим фактором, который отражается как на здоровье матери, так и ребенка. Раннее начало деторождения в условиях, когда методы планирования семьи не находят широкого применения, как правило, сопряжено с многодетностью семей и быстрым ростом населения.

В таблице 4.8 представлено процентное распределение женщин в зависимости от возраста при первых родах в соответствии с настоящим возрастом. Начало деторождения в Казахстане имеет достаточно узкие возрастные рамки. В то время как возраст, при котором женщины начинают деторождение, не изменился коренным образом, женщины в возрасте 20-24 лет менее склонны начинать деторождение, чем женщины того же возраста в 1995г. ПМДК 1995 г. обнаружило, что 44 процента женщин в возрасте 20-24 лет еще не рожали, тогда как в 1999 г. таковые составляли 54 процента.

предыдущих родов. Средняя продолжительность межродового интервала составила 35 месяцев, по сравнению с 32 месяцами в 1995 г.

Продолжительность межродового интервала по регионам отражает прямую связь с уровнем рождаемости. Так, наиболее высокий уровень рождаемости в Южном регионе соответствует наименьшему среднему межродовому интервалу (28 месяцев); 41 процент вторых и последующих родов на Юге происходили в пределах 24 месяцев со времени предыдущих родов. В г. Алматы и Восточном регионе, где имеет место наименьший уровень рождаемости, обнаруживается, наиболее продолжительный межродовой интервал, составляющий в среднем 49 и 48 месяцев соответственно. В Северном регионе средняя продолжительность межродового интервала составила также 49 месяцев, хотя здесь наблюдается средний уровень рождаемости.

Среди городских и сельских женщин также выявлены существенные различия в продолжительности межродового интервала. Так, у городских женщин межродовой интервал составил 48 месяцев, тогда как у сельских – 30; продолжительность межродового интервала у городских женщин значительно увеличилась с 1995 г., когда она составляла 39 месяцев. Продолжительность межродового интервала значи-

Таблица 4.9 представляет средний возраст при первых родах для возрастной когорты старше 25 лет в зависимости от социально-биологических факторов. Средний возраст при первых родах колеблется около 22 лет для всех возрастных когорт, что также наблюдалось и в 1995 году. Наибольшие различия обнаружены в зависимости от уровня образования. Так, средний возраст при первых родах увеличился на 2-3 года с ростом уровня образования.

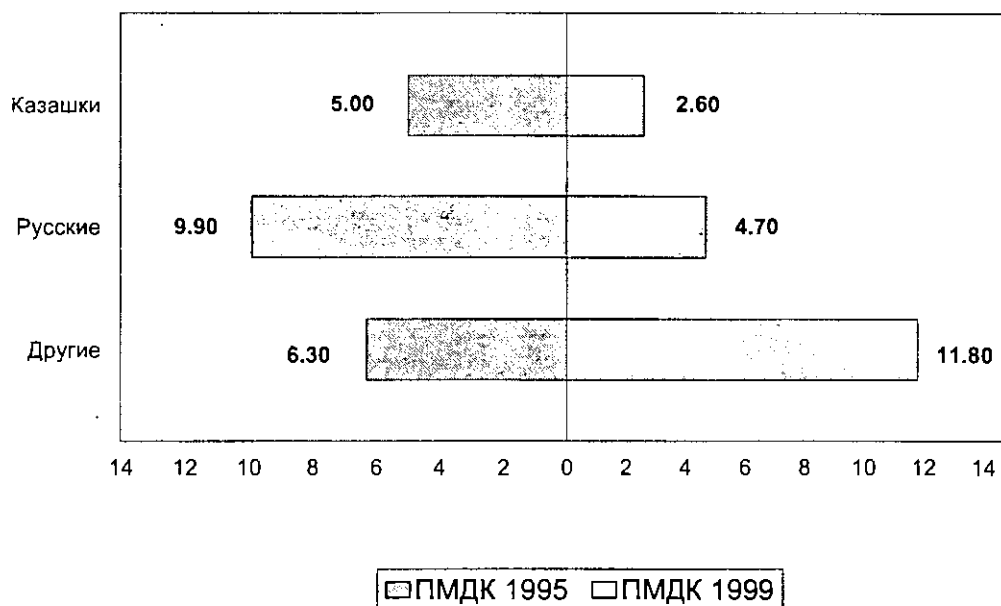
4.6 БЕРЕМЕННОСТЬ И МАТЕРИНСТВО СРЕДИ ЖЕНЩИН 15-19 ЛЕТ

Рождаемость среди женщин в возрасте 15-19 лет требует особого внимания, так как матери в этом юном возрасте, так же как и их дети, имеют высокий риск, связанный с проблемами социального и медицинского характера. Несмотря на множество исследований в этой области, существуют определенные сложности в идентификации и понимании этих проблем. У детей, рожденных юными матерями, чаще наблюдается более высокий уровень заболеваемости и смертности, чем у детей, рожденных матерями более старшего возраста.

Таблица 4.10 представляет процентное распределение женщин в возрасте 15-19 лет, которые являются матерями или впервые беременны. Ко времени проведения ПМДК 1999г. Семь процентов женщин в возрасте 15-19 лет были или впервые беременны, или уже имели ребенка, что ниже аналогичных показателей, определяемых во время ПМДК 1995г. (9 процентов).

Процент женщин, ставших матерями, неизменно возрастает к концу данного возрастного периода; так, каждая пятая 19-летняя женщина (21 процент) имела детей. Однако женщин, начавших деторождение в возрасте 15-19 лет, стало меньше, чем несколько лет назад; в ходе ПМДК в 1995 году было

Рисунок 4.4 Процент женщин 15-19 лет, являющихся матерями, в зависимости от этнической принадлежности По данным ПМДК 1995 и ПМДК 1999



выявлено, что каждая четвертая 19-летняя женщина начала деторождение. К 1999 году процент женщин, ставших матерями в 15-19 лет, уменьшился как среди казашек, так и среди русских, но повысился среди женщин других национальностей. Рисунок 4.4 демонстрирует процент женщин 15-19 лет, ставших матерями, в зависимости от национальности, по результатам ПМДК в 1995 и 1999 г.г.

Холли Сейхан, Аккумис Б. Салханова

Главной задачей программ по планированию семьи является пропаганда сознательного вступления в статус родителей мужчин и женщин, т.е. предоставление семьям права самим устанавливать желаемое количество детей и обеспечение их всеми средствами для достижения этой цели. Эффективность планирования семьи зависит от информированности людей о методах контроля деторождения и от доступности этих методов в соответствии с потребностями всего широкого круга потенциальных пользователей. Доступность методов, в свою очередь, зависит от качества и количества служб обеспечения и от финансовых и технических средств.

До 60-х годов на территории республик бывшего Советского Союза методы планирования семьи преимущественно включали в себя использование традиционных методов контрацепции. Низкий уровень промышленной инфраструктуры и технологии, также как и слабая осведомленность в вопросах контрацепции и особое отношение к методам планирования семьи, ограничивали применение современных методов контрацепции. Исторически статус казахской женщины сложился так, что количество рождаемых детей определялось не только ею и мужем, но также и родственниками мужа. Эти факторы, равно как и другие, служили причиной высокого уровня индуцированных аборт как основного метода контроля рождаемости. В самом начале 90-х годов деятельность Министерства здравоохранения была направлена на ослабление доверия к индуцированным абортам как методу контроля рождаемости путем распространения безопасных и эффективных современных методов контрацепции (Foreit and McCombie, 1995). На всей территории страны, в большинстве областных и районных центров, а также в крупных городах и селах были открыты кабинеты планирования семьи, где женщины могут получить квалифицированные консультации и приобрести методы планирования семьи.

С переходом республики на рыночную экономику и сопутствующим общим снижением уровня жизни населения получила распространение тенденция к ограничению размеров семьи. Статистический учет количества пользователей ВМС и противозачаточных таблеток, приобретенных в государственных учреждениях, Министерство здравоохранения проводило с 1988 года. Эти данные указывают на увеличение использования контрацепции за период 1988-1993 г.г. на 48 процентов – от 20 до 29 процентов среди всех женщин в возрасте 15-49 лет (Church and Koutanev, 1995). Первое Медико-Демографическое Исследование Казахстана, которое было проведено в 1995 году, показало, что использование контрацепции продолжает расти по всей стране: одна треть всех респондентов сообщили об использовании в настоящее время современных методов контрацепции.

Тема планирования семьи, обсуждаемая в этой главе, включает в себя сведения об осведомленности о методах контрацепции, источниках их обеспечения, использовании методов в прошлом и настоящем, причинах отказа, желании использовать в будущем, отношении супружеских пар к доступности методов планирования семьи через средства массовой информации. Несмотря на то, что основной фокус данной главы сконцентрирован на женщинах, здесь также представлены результаты обследования мужчин, т.к. они играют важную роль в осуществлении репродуктивной функции. Эти данные могут служить информационной базой для Агентства РК по делам здравоохранения и организаций планирования семьи для того, чтобы лучше определить потребность в контрацептивах, а также в ассигновании средств.

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 супружеские пары 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 респондент просто слышал о нем.

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

Информация об уровнях осведомленности женщин и мужчин о методах контрацепции представлена в таблице 5.1. Осведомленность о контрацептивных методах универсальна: 99 процентов и женщины, и мужчины могут назвать, по меньшей мере, один современный метод. Среди женщин наиболее известным методом является ВМС (известен 97 процентам всех респонденток), далее следуют презерватив (94 процента) и противозачаточные таблетки (87 процентов). В то время как женщины, никогда не имевшие половых контактов, меньше осведомлены о методах контрацепции, чем замужние или сексуально активные незамужние женщины, более чем три четверти их (76 процентов) слышали о противозачаточных таблетках, и даже большая часть из них осведомлена о ВМС и презервативах.

В среднем, женщины осведомлены о 7.2 метода контрацепции по сравнению с 5.4 метода в 1995г. Среднее число известных методов меняется в зависимости от семейного положения респондентов. Замужние женщины осведомлены в среднем о 7.7 метода, в то время как сексуально активные незамужние женщины – о 8.3 метода и женщины, никогда не имевшие половых контактов, – о 4.8 метода.

В целом обследованные мужчины осведомлены о методах контрацепции меньше, чем женщины. В среднем мужчины осведомлены только о 5.3 метода. Среди мужчин 98 процентов слышали о презервативах, 87 процентов – о ВМС и 76 процентов – о противозачаточных таблетках.

Осведомленность о традиционных методах также высока. Восемьдесят девять процентов замужних женщин и 95 процентов сексуально активных незамужних женщин имеют представление о традиционных методах. Почти 90 процентов женатых и сексуально активных неженатых мужчин слышали, по крайней мере, об одном из традиционных методов.

Таблица 5.1 Осведомленность о методах контрацепции

Процент всех женщин и мужчин, замужних женщин и женатых мужчин, сексуально активных незамужних женщин и сексуально активных неженатых мужчин и женщин, никогда не имевших половых отношений, осведомленных о методах контрацепции, в зависимости от определенного метода. Казахстан, 1999

Метод контрацепции	Женщины				Мужчины		
	Все женщины	Замужние женщины	Сексуально активные незамужние женщины	Женщины, никогда не имевшие половых отношений	Все мужчины	Женатые мужчины	Сексуально активные неженатые мужчины
Любой метод	98.6	99.6	100.0	94.5	99.1	99.8	100.0
Любой современный метод	98.6	99.5	100.0	94.5	98.7	99.5	99.7
Таблетки	87.1	88.8	96.3	76.0	75.6	80.0	87.3
ВМС	96.5	99.1	99.0	86.4	86.9	95.6	87.5
Иньекции	53.5	59.7	65.7	32.2	25.2	28.3	36.1
Диафрагма/Пена/Гель	51.7	56.8	64.5	28.9	17.5	21.1	22.4
Презерватив	93.9	94.6	99.1	88.3	97.7	98.2	99.3
Женская стерилизация	53.5	58.4	62.5	32.5	41.4	47.0	54.7
Мужская стерилизация	29.2	31.3	47.5	16.1	19.9	22.4	31.5
Имплант	10.0	11.1	13.8	6.0	4.2	5.2	5.4
Женский презерватив	17.9	18.3	24.6	13.7	4.9	5.5	8.0
Чрезвычайная контрацепция	33.4	37.1	40.5	17.6	9.8	11.3	12.4
Любой традиционный метод	82.4	89.2	95.0	53.1	81.2	87.8	89.4
Лактационная аменорея	51.5	62.9	41.8	17.5	22.3	31.3	5.3
Календарный метод	63.8	70.4	76.3	36.2	47.9	55.9	55.7
Прерванный акт	57.3	62.6	80.9	29.1	72.1	76.8	83.1
Спринцевание	16.3	20.1	18.3	3.1	3.8	5.0	2.2
Другое	1.6	1.8	2.7	0.6	0.5	0.4	2.6
Кол-во женщин/мужчин	4,800	3,018	249	958	1,440	933	149
Среднее кол-во методов	7.2	7.7	8.3	4.8	5.3	5.8	5.9

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 5.2 для всех женщин, для замужних женщин и для сексуально активных незамужних женщин в возрасте 15-29 лет, разделенных на возрастные группы с 5-летним интервалом.

Таблица 5.2. Использование методов контрацепции в прошлом

Процент всех женщин, замужних женщин и сексуально активных незамужних женщин, когда-либо применявших любой метод контрацепции, в зависимости от конкретного метода и возраста. Казахстан, 1999.

Возраст, лет	Современный метод										Традиционный метод							Кол-во женщин	
	Любой метод	Любой современный метод	Таблетки	ВМС	Иньекции	Диафрагма/пена/гель	Презерватив	Женская стерилизация	Мужская стерилизация	Имплант	Женский презерватив	Чрезвычайная контрацепция	Любой традиц. метод	Лактацион. аменор.	Календарный метод	Прерванный акт	Спринцевание		Другое
ВСЕ ЖЕНЩИНЫ																			
15-19	11.2	9.3	2.7	1.4	0.1	0.6	8.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.2	7.3	1.1	2.2	5.2	1.3	0.0	791
20-24	53.2	44.5	13.5	25.4	1.8	2.0	25.8	0.1	0.0	0.0	0.0	2.9	34.0	10.2	13.7	18.6	5.5	0.7	666
25-29	80.7	76.0	22.6	57.6	2.8	3.6	41.5	0.3	0.0	0.0	0.1	3.7	50.3	19.5	18.9	29.0	12.8	0.6	692
30-34	88.6	83.7	17.2	72.6	2.6	2.7	32.4	1.4	0.0	0.1	0.0	2.2	49.9	21.8	22.7	23.9	9.6	0.3	698
35-39	90.3	85.9	18.8	73.0	3.3	5.9	38.0	3.6	0.0	0.0	0.1	3.0	57.0	26.0	28.2	25.9	14.1	0.7	749
40-44	86.8	81.6	16.8	70.5	2.3	5.8	31.6	5.2	0.0	0.0	0.3	1.8	51.4	21.3	26.6	20.6	14.5	0.4	681
45-49	81.6	73.8	13.5	60.4	2.0	6.3	29.3	4.0	0.0	0.0	0.1	1.5	52.4	18.6	29.5	22.6	14.9	0.9	522
Всего	69.0	63.9	14.8	50.6	2.1	3.7	29.2	2.0	0.0	0.0	0.1	2.2	42.3	16.7	19.7	20.5	10.1	0.5	4,800
ЗАМУЖНИЕ ЖЕНЩИНЫ																			
15-19	50.8	35.1	10.0	14.5	0.7	0.8	23.8	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	41.0	13.1	13.1	19.6	10.0	0.0	63
20-24	77.1	62.7	18.0	42.7	2.9	2.4	32.4	0.1	0.0	0.0	0.0	4.1	48.7	18.6	18.0	25.3	9.0	1.0	353
25-29	88.0	83.5	23.4	67.6	3.7	4.1	41.7	0.4	0.0	0.0	0.1	3.2	53.6	24.2	20.2	29.5	13.5	0.9	506
30-34	93.4	89.3	18.2	79.8	2.3	2.6	34.9	1.8	0.0	0.1	0.0	2.2	51.6	24.7	22.5	24.5	10.5	0.3	546
35-39	92.6	88.5	18.2	76.6	3.2	6.4	38.7	3.9	0.0	0.0	0.1	2.8	57.0	27.2	28.0	24.9	14.2	0.6	617
40-44	90.6	85.5	17.3	76.2	2.3	5.5	31.4	5.6	0.0	0.0	0.3	1.7	54.8	23.9	27.0	21.1	16.0	0.5	548
45-49	86.6	78.2	13.9	65.5	2.0	7.1	30.1	4.5	0.0	0.0	0.1	1.2	56.1	19.0	32.9	23.3	17.6	0.5	385
Всего	88.2	81.8	18.2	68.9	2.7	4.7	35.1	2.8	0.0	0.0	0.1	2.4	53.6	23.3	24.7	24.6	13.5	0.6	3,018
СЕКСУАЛЬНО АКТИВНЫЕ НЕЗАМУЖНИЕ ЖЕНЩИНЫ																			
15-19	80.7	70.7	23.3	1.1	0.0	5.1	66.9	0.0	0.0	0.0	0.0	3.7	51.1	0.0	11.8	46.4	9.9	0.0	40
20-24	86.9	85.6	33.0	23.6	2.1	6.0	61.5	0.0	0.0	0.0	0.0	8.3	62.4	0.0	31.0	38.3	5.2	1.0	48
25-29	93.9	86.8	31.0	60.5	2.6	6.7	50.8	0.0	0.0	0.0	0.0	4.3	62.4	13.8	36.9	40.0	12.5	1.3	161
Всего	90.4	84.0	30.2	43.9	2.1	6.3	55.4	0.0	0.0	0.0	0.0	5.0	60.6	9.0	31.7	40.7	10.7	1.0	249

Приблизительно 9 из каждых 10 замужних или сексуально активных незамужних женщин использовали метод контрацепции в течение определенного периода жизни. Уровень использования методов контрацепции среди всех женщин несколько ниже, чем среди замужних, поскольку к первым относятся и женщины, которые никогда не имели половых контактов.

Восемьдесят восемь процентов всех замужних женщин отвечали, что использовали какой-либо контрацептивный метод, что несколько выше, чем в 1995 г. (84 процента). В целом уровень использования современных методов контрацепции поднялся с 77 процентов (1995 г.) до 82 процентов. Если уро-

Таблица 5.1. Использование методов контрацепции в настоящее время среди женщин

Процентное распределение всех женщин, замужних женщин и сексуально активных незамужних женщин, в настоящее время при меняющих метод контрацепции, в зависимости от конкретного метода и возраста. Казахстан, 1999.

Возраст, лет	Современный метод										Традиционный метод										Всего																
	Любой метод					Диафрагма/пена/гель					Жел. стерилизация					Муж. стерилизация						Любой метод					Лактационный метод					Прерванный акт	Спринцевание	Другое	Непользуют	Всего	Кол-во женщин
	Любой метод	Таблетки	ВМС	Импланты	Диафрагма/пена/гель	Презерватив	Жел. стерилизация	Муж. стерилизация	Любой метод	Традиционный метод	Лактационный метод	Любой метод	Лактационный метод	Календарный метод	Прерванный акт	Спринцевание	Другое	Непользуют	Всего	Кол-во женщин																	
15-19	6.7	4.2	0.7	1.2	0.1	0.0	2.2	0.0	0.0	2.5	0.7	0.3	1.0	0.6	0.0	0.0	0.0	93.3	100.0	791																	
20-24	35.6	25.7	3.1	16.4	0.6	0.4	5.1	0.1	0.0	9.9	3.2	2.5	3.0	1.3	0.0	0.0	0.0	64.4	100.0	666																	
25-29	56.8	46.9	4.1	33.7	0.7	0.8	7.2	0.3	0.0	9.9	1.6	2.6	2.5	2.9	0.3	0.3	0.3	43.2	100.0	692																	
30-34	64.8	54.1	1.8	46.4	0.3	0.3	3.9	1.4	0.0	10.8	0.9	3.4	2.7	3.6	0.2	0.2	0.2	35.2	100.0	698																	
35-39	70.3	57.4	2.6	46.8	0.6	0.2	3.6	3.6	0.0	12.9	0.5	5.1	2.7	4.3	0.4	0.4	0.4	29.7	100.0	749																	
40-44	63.3	51.2	2.4	39.6	0.4	0.1	3.5	5.2	0.0	12.1	0.3	5.7	1.2	4.5	0.3	0.3	0.3	36.7	100.0	681																	
45-49	40.1	32.3	0.3	24.6	0.2	0.5	2.6	4.0	0.0	7.9	0.0	3.7	1.1	3.1	0.0	0.0	0.0	59.9	100.0	522																	
Всего	48.0	38.6	2.2	29.7	0.4	0.3	4.0	2.0	0.0	9.4	1.0	3.3	2.0	2.9	0.2	0.2	0.2	52.0	100.0	4800																	
ВСЕ ЖЕНЩИНЫ																																					
ЗАМУЖНИЕ ЖЕНЩИНЫ																																					
15-19	39.2	16.0	0.8	12.2	0.7	0.0	2.2	0.0	0.0	23.2	8.4	3.2	5.5	6.1	0.0	0.0	0.0	60.8	100.0	63																	
20-24	53.0	36.4	3.3	27.2	0.8	0.7	4.2	0.1	0.0	16.6	5.8	3.7	5.3	1.7	0.0	0.0	0.0	47.0	100.0	353																	
25-29	65.3	52.6	4.1	39.0	1.0	0.9	7.3	0.4	0.0	12.7	2.1	3.2	3.2	3.6	0.5	0.5	0.5	34.7	100.0	506																	
30-34	71.6	60.1	1.7	51.9	0.3	0.4	4.0	1.8	0.0	11.5	1.1	3.4	2.8	3.8	0.3	0.3	0.3	28.4	100.0	546																	
35-39	76.7	62.8	2.7	51.0	0.7	0.3	4.1	3.9	0.0	13.9	0.5	5.7	3.1	4.4	0.2	0.2	0.2	23.3	100.0	617																	
40-44	72.3	57.9	2.7	45.3	0.5	0.0	3.9	5.6	0.0	14.4	0.4	6.6	1.5	5.6	0.3	0.3	0.3	27.7	100.0	548																	
45-49	50.0	39.9	0.0	30.9	0.3	0.7	3.6	4.5	0.0	10.1	0.0	4.6	1.5	4.1	0.0	0.0	0.0	50.0	100.0	385																	
Всего	66.1	52.7	2.4	42.0	0.6	0.4	4.5	2.8	0.0	13.4	1.6	4.6	2.9	4.1	0.2	0.2	0.2	33.9	100.0	3018																	
СЕКСУАЛЬНО АКТИВНЫЕ НЕЗАМУЖНИЕ ЖЕНЩИНЫ																																					
15-19	60.3	49.4	9.9	1.1	0.0	0.0	38.3	0.0	0.0	10.9	0.0	0.0	8.7	2.2	0.0	0.0	0.0	39.7	100.0	40																	
20-24	79.0	66.9	18.2	16.8	2.1	0.0	29.9	0.0	0.0	12.1	0.0	5.9	1.9	4.3	0.0	0.0	0.0	21.0	100.0	48																	
25-29	67.6	53.8	7.4	34.1	0.3	0.9	11.1	0.0	0.0	13.7	0.0	5.3	2.7	4.5	1.3	1.3	1.3	32.4	100.0	161																	
Всего	68.6	55.6	9.9	25.5	0.6	0.6	19.1	0.0	0.0	13.0	0.0	4.6	3.5	4.1	0.8	0.8	0.8	31.4	100.0	249																	

Примечание: для сексуально активных группа 25-29 = 25+

Таблица 5.4. Настоящее и прошлые методы контрацепции среди мужчин

Процентное распределение всех мужчин, женатых мужчин и сексуально активных незамужних мужчин, в зависимости от используемого метода контрацепции в соответствии с возрастом. Казахстан, 1999.

Возраст, лет	Современный метод					Традиционный метод							Всего	Кольцо-мужчин			
	Любой метод	Любой соврем. метод	Таблетки	ВМС	Интелек-цип	Презер-ватив	Жел.-стерили-зация	Муж.-стерили-зация	Любой метод	Любой метод	Лакта-ционная аменор.	Кален-дарный метод			Прер-вативный акт	Другое	Не исполь-зуют
ВСЕ МУЖЧИНЫ																	
15-19	23.8	22.0	1.4	0.0	0.0	20.7	0.0	0.0	1.8	0.0	0.0	0.0	1.8	0.0	76.2	100.0	226
20-24	53.1	46.3	3.3	7.9	0.0	35.1	0.0	0.0	6.8	2.9	2.6	1.3	1.3	0.0	46.9	100.0	182
25-29	62.0	53.6	7.1	26.3	0.0	19.9	0.0	0.3	8.4	1.5	3.9	1.8	1.2	1.2	38.0	100.0	176
30-34	64.9	60.7	2.3	32.9	0.0	24.2	1.3	0.0	4.2	0.6	0.7	2.6	0.3	0.3	35.1	100.0	172
35-39	74.8	62.5	2.2	46.1	0.6	9.6	4.1	0.0	12.3	0.8	6.0	3.7	1.7	1.7	25.2	100.0	229
40-44	67.5	60.1	1.6	39.6	0.0	17.2	1.6	0.0	7.4	0.0	2.6	4.0	0.9	0.9	32.5	100.0	164
45-49	69.6	62.2	0.0	42.5	0.0	12.7	5.3	1.7	7.4	0.4	3.5	1.2	2.3	2.3	30.4	100.0	122
50-54	35.7	33.1	1.6	23.4	0.0	4.8	3.3	0.0	2.6	0.0	0.0	2.6	0.0	2.6	64.3	100.0	104
55-59	15.4	15.4	0.0	10.7	0.0	1.5	3.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	84.6	100.0	65
Всего	54.5	48.2	2.4	25.8	0.1	18.0	1.8	0.2	6.3	0.8	2.4	2.3	0.8	0.8	45.5	100.0	1440
ЖЕНАТЫЕ МУЖЧИНЫ																	
15-19	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	100.0	1
20-24	60.9	41.1	5.0	23.5	0.0	12.6	0.0	0.0	19.8	9.1	8.4	2.4	2.4	0.0	39.1	100.0	57
25-29	65.5	55.7	7.9	36.3	0.0	11.5	0.0	0.0	9.8	2.2	3.5	2.2	1.9	1.9	34.5	100.0	118
30-34	65.0	60.3	3.0	39.8	0.0	15.8	1.7	0.0	4.7	0.8	0.4	3.4	0.0	0.0	35.0	100.0	132
35-39	77.6	64.2	2.1	49.3	0.6	7.8	4.4	0.0	13.3	0.9	6.6	4.0	1.9	1.9	22.4	100.0	211
40-44	69.0	62.4	1.8	42.1	0.0	16.6	1.8	0.0	6.6	0.0	2.9	2.8	1.0	1.0	31.0	100.0	144
45-49	74.2	65.9	0.0	46.4	0.0	11.7	5.9	1.9	8.3	0.5	3.9	1.3	2.6	2.6	25.8	100.0	110
50-54	36.3	33.6	1.1	24.9	0.0	4.0	3.6	0.0	2.7	0.0	0.0	2.7	0.0	0.0	63.7	100.0	98
55-59	15.6	15.6	0.0	11.4	0.0	0.8	3.4	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	84.4	100.0	61
Всего	63.0	54.6	2.6	38.2	0.1	10.7	2.8	0.2	8.4	1.2	3.4	2.7	1.1	1.1	37.0	100.0	933
СЕКСУАЛЬНО АКТИВНЫЕ НЕЖЕНАТЫЕ МУЖЧИНЫ																	
15-19	92.5	88.7	8.9	0.0	0.0	79.8	0.0	0.0	3.8	0.0	0.0	3.8	0.0	0.0	7.5	100.0	35
20-24	83.2	81.6	3.6	0.0	0.0	78.0	0.0	0.0	1.6	0.0	0.0	1.6	0.0	0.0	16.8	100.0	57
25-29	92.4	85.9	5.6	16.9	0.0	62.5	0.0	0.9	6.5	0.0	5.5	0.0	0.9	0.9	7.6	100.0	57
Всего	88.9	84.9	5.6	6.5	0.0	72.4	0.0	0.4	4.0	0.0	2.1	1.5	0.4	0.4	11.1	100.0	149

Примечание: для сексуально активных групп 25-29=25+

весь использования противозачаточных таблеток и презервативов не изменился с 1995 г., то уровень использования ВМС поднялся с 62 до 69 процентов. Чрезвычайной контрацепцией, которая стала доступна в Казахстане с 1990 г., пользовались 2.4 процента замужних женщин.

Среди сексуально активных незамужних женщин 90 процентов использовали метод контрацепции, из них 93 процента использовали современный метод. Процент всех сексуально активных незамужних женщин, применявших современный метод, увеличился с 1995 г. с 69 процентов до 84 процентов.

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. Казахстан, 1999.

Социально-биологические факторы	Современный метод							Традиционный метод							Не используе-ют	Всего	Кол-во жен-щин	
	Любой метод	Любой соврем. метод	Таб-летки	ВМС	Имплек-ции	Диафраг-ма/гель	Презер-ватив	Жен. стерили-зация	Любой трад. метод	Лакта-ционная аменор.	Кален-дарный метод	Прер-ванный акт	Сприн-цевание	Другие методы				
Местонахождение																		
Город	67.4	54.1	3.7	40.0	0.6	0.8	6.3	2.6	13.3	1.2	6.1	1.7	4.1	0.2	32.6	100.0	1,596	
Село	64.6	51.1	1.0	44.2	0.5	0.0	2.4	3.0	13.5	2.1	2.9	4.2	4.0	0.3	35.4	100.0	1,422	
Район																		
г.Алматы	70.1	58.3	5.7	35.1	1.7	2.6	10.6	2.6	11.8	0.6	4.3	1.4	5.2	0.3	29.9	100.0	159	
Южный	59.6	49.8	2.3	41.8	0.4	0.2	2.2	2.8	9.8	1.6	2.9	2.3	2.7	0.3	40.4	100.0	926	
Западный	60.2	48.0	1.2	41.9	0.2	0.0	4.0	0.7	12.2	0.8	4.4	1.3	4.9	0.7	39.8	100.0	394	
Центральный	71.5	58.8	3.7	47.1	1.0	0.4	3.9	2.7	12.7	1.4	7.7	1.1	2.5	0.0	28.5	100.0	281	
Северный	69.7	50.5	0.9	40.1	0.7	0.5	4.7	3.6	19.2	1.8	6.0	6.0	5.3	0.0	30.3	100.0	837	
Восточный	73.8	61.8	4.8	45.3	0.4	0.5	7.6	3.2	12.0	2.4	3.7	1.1	4.6	0.2	26.2	100.0	422	
Образование																		
Начальное/Среднее	63.5	50.8	1.4	42.3	0.9	0.0	2.9	3.4	12.7	2.0	2.1	3.4	4.9	0.3	36.5	100.0	1,064	
Средне-специальное	66.2	52.1	2.9	41.4	0.4	0.4	4.5	2.6	14.1	1.2	5.2	3.4	4.0	0.3	33.8	100.0	1,367	
Высшее	70.6	57.6	3.4	42.7	0.7	1.3	7.2	2.3	13.0	1.6	7.7	0.9	2.8	0.0	29.4	100.0	587	
Национальность																		
Казахки	64.0	53.7	1.3	46.5	0.5	0.1	3.1	2.2	10.3	2.0	3.0	1.7	3.4	0.2	36.0	100.0	1,607	
Русские	70.1	53.7	4.4	37.5	1.0	1.0	7.2	2.6	16.4	1.0	7.0	3.3	4.8	0.3	29.9	100.0	904	
Другие	65.5	47.7	2.6	35.4	0.3	0.6	4.0	4.9	17.7	1.5	5.4	5.9	4.8	0.3	34.5	100.0	507	
Количество живых детей																		
0	19.1	13.2	3.6	3.2	0.0	0.2	4.1	2.1	5.9	0.0	1.7	1.8	2.3	0.0	80.9	100.0	204	
1	66.0	50.0	3.8	37.8	0.5	0.9	6.3	0.7	16.0	2.6	5.4	4.2	3.6	0.1	34.0	100.0	676	
2	72.5	56.7	2.5	44.1	1.1	0.5	5.4	3.2	15.8	1.9	5.4	3.5	4.7	0.2	27.5	100.0	1,102	
3	69.6	58.7	1.6	49.9	0.3	0.4	2.9	3.6	10.9	0.6	4.1	1.6	4.3	0.4	30.4	100.0	571	
4+	67.5	57.2	0.8	50.2	0.3	0.0	1.6	4.3	10.2	1.4	3.4	1.5	3.7	0.3	32.5	100.0	464	
Всего	66.1	52.7	2.4	42.0	0.6	0.4	4.5	2.8	13.4	1.6	4.6	2.9	4.1	0.2	33.9	100.0	3,018	

Так, с 1995 г. увеличился уровень использования противозачаточных таблеток, ВМС, презервативов. Пять процентов респондентов в этой группе применяли чрезвычайную контрацепцию.

5.3 ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДОВ КОНТРАЦЕПЦИИ В НАСТОЯЩЕМ

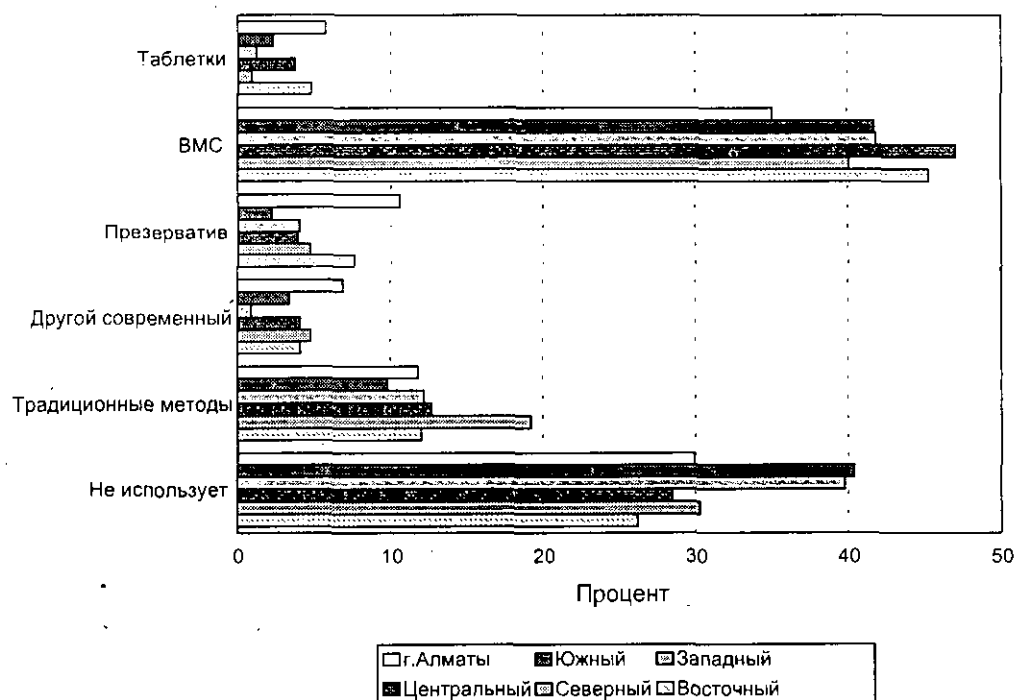
Таблица 5.3 представляет данные об уровне использования методов контрацепции в настоящем всеми женщинами, замужними женщинами и сексуально активными незамужними женщинами в возрасте 15-29 лет, разделенными на возрастные группы с 5-летним интервалом.

Почти 4 из каждых 10 женщин (39 процентов) репродуктивного возраста используют современные методы контрацепции, что отражает некоторое повышение уровня использования современных методов по сравнению с 34 процентами в 1995 г. Как и в 1995 году, приблизительно 9 процентов женщин используют в настоящем традиционный метод.

Более половины (53 процента) замужних женщин используют современный метод контрацепции, что выше, чем в 1995 г. (46 процентов). Значительное увеличение уровня использования контрацептивов наблюдалось и в старших возрастных группах. В группе 35-39 лет использование современных контрацептивов выросло с 55 до 63 процентов, 40-44 лет – с 47 до 58 процентов, и 45-49 лет – с 22 до 40 процентов. Это указывает на то, что современные контрацептивы стали применяться для контроля рождаемости также и женщинами старших возрастных групп.

ВМС – наиболее широко используемый метод современной контрацепции. В целом отмечается незначительное увеличение числа его пользователей (с 40 процентов в 1995 г. до 42 процентов). Следующим, широко используемым методом, является презерватив. С 1995 г. не отмечается значительного повышения уровня использования презервативов, но примечательно, что среди замужних женщин в возрасте 25-29 лет уровень их использования вырос с 3.4 до 7.3 процента, что оказалось значительно больше, чем в других возрастных группах. Приблизительно 3 процента замужних женщин ответили, что им была проведена операция по стерилизации. Как и в 1995 г., 13 процентов респондентов отмечают, что они пользуются традиционным методом.

Рисунок 5.1 Использование методов контрацепции в зависимости от региона



ПМДК 1999

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. Казхстан, 1999.

Показатель статуса женщины	Современный метод										Традиционный метод									
	Любой метод	Любой метод	Любой метод	Таблетки	ВМС	Импланты	Диафрагма/пенал/гель	Презервативы	Жен. стерилизация	Любой традиционный метод	Лактационная аменор.	Календарный метод	Прерванный акт	Спринцевание	Другое	Не используют	Всего	К-во женщин		
Количество опрошенных респондентов																				
0-1	41.2	31.8	0.0	0.0	27.5	1.9	0.0	2.4	0.0	9.4	5.6	0.0	2.3	1.5	0.0	58.8	100.0	120		
2-3	61.7	47.0	3.0	3.0	37.9	0.1	0.0	5.0	1.1	14.7	2.1	4.4	2.9	4.1	1.1	38.3	100.0	308		
4-5	67.8	54.4	2.5	2.5	43.1	0.6	0.5	4.5	3.1	13.4	1.3	4.8	2.9	4.2	0.1	32.2	100.0	2,590		
Количество причин для отказа в сек. отпоях																				
0	50.1	43.8	0.8	0.8	34.9	0.0	0.0	4.7	3.4	6.4	0.0	1.6	0.8	4.0	0.0	49.9	100.0	60		
1-2	60.6	49.8	1.2	1.2	40.4	1.7	0.9	1.3	4.2	10.8	1.4	3.5	2.2	3.2	0.5	39.4	100.0	277		
3-4	67.0	53.2	2.6	2.6	42.3	0.5	0.4	4.8	2.6	13.8	1.7	4.8	3.0	4.2	0.2	33.0	100.0	2,682		
Количество причин, оправдывающих использование женщиной																				
4-5	58.9	51.0	0.0	0.0	47.3	1.8	0.0	1.1	0.9	8.0	2.2	0.4	0.9	4.4	0.0	41.1	100.0	157		
1-3	60.8	48.6	1.0	1.0	41.3	0.3	0.1	2.8	3.1	12.2	1.7	2.4	3.7	4.0	0.3	39.2	100.0	819		
0	68.8	54.5	3.2	3.2	41.8	0.6	0.6	5.4	2.8	14.3	1.5	5.8	2.7	4.1	0.2	31.2	100.0	2,042		
Всего	66.1	52.7	2.4	2.4	42.0	0.6	0.4	4.5	2.8	13.4	1.6	4.6	2.9	4.1	0.2	33.9	100.0	3,018		

среди тех, кто использует современный метод. ВМС – самый распространенный метод (38 процентов всех женатых мужчин), затем следует презерватив (11 процентов). Три процента женатых мужчин отмечают использование противозачаточных таблеток и женской стерилизации. Противозачаточные таблетки используются, в основном, мужчинами в возрасте 20-34 года. Среди мужчин в возрасте 35 лет и выше вероятнее сообщения об использовании женской стерилизации, чем среди более молодых мужчин. Среди сексуально активных неженатых мужчин 85 процентов отмечают использование современных методов контрацепции. Применение презерватива составляет 85 процентов от всех современных методов.

Наиболее значительные изменения в использовании контрацептивов произошли среди сексуально активных незамужних женщин. В настоящее время 56 процентов из них отмечают использование современного метода, по сравнению с 39 процентами в 1995 г. Уровень использования противозачаточных таблеток возрос в 2 раза (с 5 до 10 процентов), так же как и ВМС (с 14 до 26 процентов). Уровень использования презервативов, однако, остается постоянным в течение последних 5 лет (приблизительно 19 процентов). Что касается традиционных методов, то уровень их использования в настоящем снизился с 19 до 13 процентов.

Уровень использования методов контрацепции среди мужчин выше, чем среди женщин (таблица 5.4). Пятьдесят пять процентов мужчин в данное время используют метод контрацепции; почти половина (48 процентов) всех опрошенных мужчин используют современный метод. Среди мужчин, которые используют современный метод, 54 процента отмечают использование ВМС, 37 процентов – презервативов. В то время как ВМС используется мужчинами всех возрастных групп, презервативы применяются, в основном, более молодыми мужчинами (35 процентов – в 20-24 года, против 17 процентов – в 40-44 года).

Более половины (55 процентов) женатых мужчин отмечают, что они используют современный метод, и 8 процентов – традиционный метод. В целом использование современных методов сконцентрировано среди мужчин в возрасте 30-49 лет и составляет свыше 60 процентов

5.4 ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДОВ КОНТРАЦЕПЦИИ В НАСТОЯЩЕМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СОЦИАЛЬНО-БИОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ

Уровни использования в настоящее время контрацептивных средств замужними женщинами в зависимости от социально-биологических факторов представлены в таблице 5.5. В целом использование современных контрацептивных средств в зависимости от местожительства различается незначительно: 54 процента женщин, проживающих в городах, и 51 процент женщин, проживающих в сельской местности, отмечают использование современного метода. Городские женщины больше, чем сельские, используют противозачаточные таблетки (4 процента, против 1 процента) и презервативы (6 процентов, против 2 процентов). На ВМС больше полагаются сельские женщины (44 процента), чем городские (40 процентов). Это все имеет близкое сходство с данными, полученными в 1995 г. в ходе выполнения ПМДК.

В то время, как равное использование современных методов контрацепции было характерно как для женщин казахской национальности, так и для женщин русской национальности (по 54 процента), существуют различия в использовании определенных методов. Так, наиболее широко используемым методом среди обеих этнических групп являются ВМС, но только 38 процентов женщин русской национальности, против 47 процентов женщин казахской национальности, используют ВМС, с другой стороны, большая часть женщин русской национальности полагается на противозачаточные таблетки (4.4 процента, против 1.3 процента) и презерватив (7 процентов, против 3 процентов). Традиционные методы также преобладают среди женщин русской национальности (16 процентов), чем среди женщин казахской национальности (10 процентов).

Таблица 5.7. Использование противозачаточных таблеток и наличие упаковки таблеток в доме у респондента.

Процент всех женщин, использующих таблетки, и процент пользователей таблеток, имеющих дома их упаковку, в зависимости от социально-биологических факторов. Казахстан, 1999

Социально-биологические факторы	Все женщины		Процент тех, кто мог показать упаковку
	Процент применяющих таблетки	Кол-во женщин	
Возраст, лет			
15-19	0.7	791	44.1
20-24	3.1	666	38.8
25-29	4.1	692	72.7
30-34	1.8	698	77.7
35-39	2.6	749	82.7
40-44	2.4	681	41.7
45-49	0.3	522	61.3
Местожительство			
Город	3.2	2,668	62.2
Село	0.9	2,132	61.3
Регион			
г. Алматы	5.8	291	54.1
Южный	1.8	1,455	81.6
Западный	0.8	628	60.0
Центральный	3.8	475	58.5
Северный	1.1	1,259	41.9
Восточный	3.6	692	60.8
Образование			
Начальное/Среднее	1.1	1,927	55.8
Средне-спец.	2.6	1,908	68.9
Высшее	3.6	965	56.0
Национальность			
Казахки	1.2	2,587	68.4
Русские	3.9	1,454	57.1
Другие	2.3	760	66.8
Всего	2.2	4,800	62.0

Использование контрацептивов по регионам не различается в такой степени, в какой можно было бы ожидать, исходя из анализа региональной рождаемости. Северный и Восточный регионы имеют уровни рождаемости намного ниже, чем Южный и Западный регионы, но, несмотря на это, нет существенных различий в использовании методов контрацепции между этими регионами (70 процентов и 60 процентов соответственно). Такое несоответствие можно отнести за счет преобладающего уровня индуцированных аборт на Севере и Западе (см. Главу 6). Также следует заметить, что уровень использования ВМС ниже в г. Алматы (35 процентов), чем в других регионах (от 40 до 47 процентов), и напротив, уровень использования других современных методов в г. Алматы оказался выше (рисунок 5.1).

Повышение уровней использования методов контрацепции во всех регионах наблюдается, в основном, за счет современных методов. Во всех регионах, кроме Южного, наблюдалось значительное увеличение уровня использования ВМС, чего нельзя сказать о противозачаточных таблетках и презервативах. На Юге, напротив, увеличение уровня использования современных методов контрацепции наблюдается за счет некоторого повышения использования противозачаточных таблеток и презервативов. В Алматы имеет место самое значительное повышение уровня использования современных методов контра-

цепции (от 47 до 58 процентов) и самое значительное понижение уровня использования традиционных методов (от 17 до 12 процентов).

Одним из заметных изменений в характере современного использования методов контрацепции за последние пять лет является использование методов среди женщин с низким паритетом родов. В настоящее время 13 процентов замужних женщин, не имеющих детей, отмечают, что они используют современный метод, что выше, чем в 1995 г. (6 процентов). Пятьдесят процентов женщин, имеющих одного живого ребенка, также используют современный метод, что также выше, чем в 1995 г. (36 процентов).

5.5 ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДОВ КОНТРАЦЕПЦИИ В НАСТОЯЩЕМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТАТУСА ЖЕНЩИНЫ

Способность женщины использовать методы контрацепции для контроля рождаемости во многом зависит от ее статуса и степени ее полномочий. В ходе выполнения ПМДК была собрана информация по трем показателям полномочий женщины: количеству решений, в которых женщина принимает участие, количество причин, по которым женщина вправе отказать в половых отношениях своему мужу, количество причин, по которым, как считает респондент, муж имеет право избивать жену. Первый из показателей, который имеет рамки от 1 до 5, отражает общее число решений (см. таблицу 3.12), в которых респондент принимает участие. Этот показатель напрямую связан с полномочиями женщины и отражает степень контроля женщиной своей жизни и окружающей среды. Второй показатель, который имеет рамки от 1 до 4, отражает общее количество обстоятельств (см. таблицу 3.14), при которых, как считает респондент, женщина вправе отказать мужу в половых отношениях. Этот показатель отражает права женщины над своим телом и сексуальностью и имеет прямую связь с самооценкой женщины. Последний показатель имеет рамки от 0 до 5 и отражает общее количество причин (см. таблицу 3.13), в случае которых респондент оправдывает избивание жены мужем. Чем меньше значение имеет данный показатель, тем большие права, самоуважение и статус имеет женщина. Таким образом, последний показатель имеет обратную связь с полномочиями женщины.

Таблица 5.6 указывает на взаимосвязь каждого из этих трех показателей полномочий женщины с использованием методов контрацепции в настоящем замужними женщинами в возрасте 15-49 лет. Жен-

Таблица 5.8. Наименование противозачаточных таблеток

Процентное распределение женщин, применяющих таблетки, в зависимости от наименования используемых таблеток. Казахстан, 1999

Наименование таблеток	Всего
Ановлар	0.5
Бисекурин	0.4
Ло-феменал	4.8
Марвелон	11.8
Микрогинон	2.8
Нон-овлон	1.6
Овидон	0.4
Постинор	9.2
Ригевидон	23.2
Тризистон	0.4
Триксилар	6.6
Три-регол	16.6
Феменал	0.4
Фармадекс	2.2
Блю леди	4.3
Тривигидрон	0.4
Аптивин	1.3
Органометрил	0.4
Эксмотол	0.8
Не знает	2.9
Пропущено	8.7
Всего	100.0
Количество	105

Таблица 5.9. Количество детей при первом использовании методов 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. Казахстан, 1999

Настоящий возраст, лет	Никогда не применяла методы контрацепции	Количество живых детей при первом использовании методов контрацепции					Пропущено	Всего	К-во женщин	Среднее к-во детей
		0	1	2	3	4+				
15-19	45.8	31.4	22.8	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	71	0.0
20-24	24.9	23.1	38.1	13.1	0.6	0.0	0.1	100.0	399	0.4
25-29	13.1	15.1	48.0	19.2	3.4	1.1	0.0	100.0	596	0.6
30-34	8.3	8.7	45.9	25.2	7.3	4.3	0.3	100.0	650	0.8
35-39	7.8	5.6	40.6	26.3	11.6	7.9	0.2	100.0	724	1.0
40-44	10.9	3.8	36.3	25.5	12.5	10.8	0.3	100.0	653	1.2
45-49	14.9	4.8	35.0	19.6	10.0	15.2	0.4	100.0	492	1.1
Всего	13.0	9.8	40.6	21.9	7.9	6.6	0.2	100.0	3,585	0.8

Примечание. Средние значения даны для замужних женщин, применявших методы контрацепции. Средние значения в данном отчете меньше, чем значения, представленные в отчете 1995 г., приблизительно на 1 ребенка (таблица 4.8). Значения, приведенные в отчете 1995 г. являются неточными. При точном подсчете данных выявлена незначительная разница между показателями среднего количества детей при первом использовании методов контрацепции за 1995 и 1999 г. г.

щины, более независимые в своих полномочиях, являются более способными контролировать все аспекты своей жизни, включая и рождаемость. Таблица 5.6 свидетельствует, что чем больше значения в каждом из двух первых показателей и чем ниже – в третьем, тем выше вероятность, что женщины будут использовать методы контрацепции. Это относится как к современным, так и к традиционным методам. Например, только 32 процента женщин, принимающих участие не более чем в одном решении по домовладению, используют современные методы контрацепции, в то время, как женщины, принимающих участие во всех или почти во всех (4-5) решениях по домовладению и использующих современные методы контрацепции – 54 процента. Подобно этому, только 6 процентов респондентов, ответивших о том, что женщина не может отказать в половых отношениях мужу по той или иной причине, используют традиционные методы контрацепции в сравнении с 14 процентами женщин, указавших на то, что она может отказать в сексуальных отношениях мужу по всем или почти всем причинам. Однако вероятность использования какого-либо определенного метода не обязательно связана подобным образом с каждым из этих показателей. Например, использование ВМС (самого популярного метода контрацепции) напрямую связано с показателем, характеризующим отношение женщины к возможности избения жены мужем. И, напротив, уровень использования презервативов увеличивается с уменьшением значения показателя, характеризующего право на избение жены. Все три показателя имеют прямую связь с использованием календарного метода (самый популярный метод после ВМС). Эти результаты позволяют предположить, что в Казахстане различные проявления женских полномочий напрямую связаны с использованием женщинами контрацепции, но различаются в характере выбора того или иного ее метода.

5.6 ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРОТИВОЗАЧАТОЧНЫХ ТАБЛЕТОК

В ПМДК женщинам задавали ряд вопросов относительно использования противозачаточных таблеток. Респондентов, применявших их, расспрашивали об их официальном наименовании, наличии дома упаковок и возможности показа их интервьюеру. Если респонденты не могли показать упаковку, их просили сообщить название своих таблеток. Таблица 5.7 представляет процентное распределение женщин, которые используют противозачаточные таблетки, и женщин, которые представили интервьюерам упаковку таблеток, в зависимости от социально-биологических факторов. В таблице 5.8 показано процентное распределение женщин, использующих противозачаточные таблетки, в зависимости от их официального наименования. Обе таблицы представляют данные о всех женщинах, применяющих противозачаточные таблетки, независимо от их семейного положения.

Использование противозачаточных таблеток наиболее высоко среди женщин в возрасте 25-29 лет (4 процента), городских жительниц (3 процента), женщин, проживающих в городе Алматы (6 процентов), женщин с высшим образованием (4 процента) и женщин русской национальности (4 процента). В целом 2.2 процента респонденток отметили использование противозачаточных таблеток, против 1.5 процентов в 1995 г. Уровень использования противозачаточных таблеток повысился среди городских жительниц (с 2,0 до 3,2 процента) и женщин возрастной группы 20-29 лет (с 2.0 до 3.1 процента среди женщин в возрасте 20-24 лет и с 2.5 до 4.1 процента среди женщин в возрасте 25-29 лет).

Таблица 5.10 Источники обеспечения современными контрацептивными средствами

Процентное распределение пользователей современными контрацептивными средствами по последнему источнику приобретения в зависимости от конкретных методов. Казахстан, 1999

Источник обеспечения	Метод				Всего
	Таблетки	ВМС	Презервативы	Другие современные методы ¹	
Государственный сектор	22.4	85.4	4.8	86.0	73.5
Больница	3.6	33.1	0.0	57.3	29.7
Поликлиника	3.2	11.1	1.3	1.9	9.0
СВА	2.1	4.7	2.3	2.3	4.2
Женская консультация	13.5	30.5	1.0	4.4	24.6
Родильный дом	0.0	5.0	0.0	0.0	3.8
Другое	0.0	1.0	0.2	20.1	2.2
Частный мед сектор	70.8	13.7	70.6	13.3	22.8
Больница/клиника	0.5	0.9	0.7	0.0	0.8
Аптека	70.3	12.1	62.6	13.3	20.7
Врач	0.0	0.4	0.0	0.0	0.3
Другое	0.0	0.2	7.2	0.0	0.9
Другое	4.9	0.7	15.5	0.8	2.5
Не знает	0.0	0.0	9.2	0.0	1.0
Пропущено	1.9	0.1	0.0	0.0	0.2
Всего	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Количество женщин	105	1,426	193	130	1,853

¹ Другие современные методы включают инъекции и диафрагму
СВА - семейная врачебная амбулатория

Шестьдесят два процента женщин, пользующихся противозачаточными таблетками, могли представить их упаковку интервьюерам, что меньше, чем в 1995г. (70 процентов). Женщины, проживающие в Южном регионе (82 процента), в два раза охотнее показывали упаковку противозачаточных таблеток, чем женщины, проживающие в Северном регионе. Различия в том, как часто женщины показывали упаковку, в зависимости от возраста представлены следующим образом: 39 процентов – в возрасте 20-24 лет и 83 процента – в возрасте 35-39 лет.

В настоящее время казахстанские женщины имеют большой выбор различных видов противозачаточных таблеток. Таблица 5.8 представляет 19 наименований противозачаточных таблеток, среди которых наиболее часто используемым является Ригевидон (23 процента).

5.7. КОЛИЧЕСТВО ДЕТЕЙ ПРИ ПЕРВОМ ИСПОЛЬЗОВАНИИ МЕТОДОВ КОНТРАЦЕПЦИИ

Для выявления возможного мотивирующего фактора 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 метод планирования семьи, хотят отложить сроки рождения следующего ребенка или ограничиться рождением одного или двух детей. Женщины, имеющие нескольких детей, впервые начинают применять методы контрацепции, вероятнее всего, с целью прекращения деторождения, а не продления сроков рождения последующих детей.

В таблице 5.9 представлено процентное распределение замужних женщин в зависимости от количества детей к тому времени, когда они впервые начали применять методы контрацепции. Использование методов контрацепции с целью отложить первую беременность не совсем характерно для Казахстана (10 процентов). Однако применение методов контрацепции в первый раз является обычным явлением для замужних женщин, имеющих одного ребенка (41 процент).

В таблице 5.9 также представлена информация о среднем количестве детей у женщин, когда-либо применявших методы контрацепции, к моменту использования методов контрацепции в

Таблица 5.11 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. Казахстан, 1999

Факторы	Информированы больше не смогут иметь детей ¹	Информированы о побочных эффектах	Информированы о том, что делать в случае появления побочных эффектов	Информированы о других методах
Современный метод				
Женская стерилизация	84.0	25.4	20.9	16.7
Таблетки	-	48.7	41.6	44.4
ВМС	-	29.2	26.6	16.9
Инъекции	-	75.9	58.6	59.5
Другое	-	-	-	16.4
Источник приобретения				
Государственный сектор				
Больница	84.0	31.3	28.0	19.6
Поликлиника	87.7	30.7	26.6	16.7
СВА	-	34.5	30.0	23.2
Женская консультация	-	43.3	40.2	28.1
Аптека	-	28.1	25.7	19.5
Аптека	-	31.6	28.8	23.5
Родильный дом	-	39.1	37.0	18.7
Другое	73.5	26.7	24.9	12.9
Частный мед. сектор				
Больница/клиника	-	23.9	21.4	11.4
Аптека	-	53.2	53.2	18.6
Врач	-	19.5	15.8	7.1
Врач	-	0.0	0.0	40.7
Другое част. мед. учрежд.	-	20.5	20.5	0.0
Другое	100.0	21.9	21.9	0.0
Пропущено	-	0.0	0.0	52.1
Место жительства				
Город	81.2	30.0	26.4	21.7
Село	87.0	31.8	29.0	16.0
Регион				
г. Алматы	60.0	35.2	33.8	30.8
Южный	84.1	48.3	44.4	28.4
Западный	100.0	25.9	21.1	14.2
Центральный	95.0	21.3	17.9	18.1
Северный	87.3	17.9	16.2	11.3
Восточный	72.0	28.2	24.4	14.7
Образование				
Начальное/Среднее	83.1	29.4	27.0	14.0
Средне-спец.	87.2	31.7	28.1	19.8
Высшее	77.4	31.4	27.7	26.2
Национальность				
Казахки	91.7	34.2	30.9	18.4
Русские	61.8	27.3	23.5	19.8
Другие	92.8	25.9	24.1	20.4
Всего	84.0	30.8	27.6	19.1
Количество женщин	80	507	454	318

¹ Только для женщин, которым проведена операция по стерилизации

первый раз. В целом за прошедшие два десятилетия использование методов контрацепции в первый раз среди женщин, имеющих несколько детей, резко увеличилось. К примеру, женщины старших возрастных групп (старше 35 лет) имели в среднем более 1.0 ребенка до того, как они впервые начали использовать методы контрацепции, тогда как более молодые женщины (младше 35 лет) имели в среднем меньше 1.0 ребенка.

5.8 Источники методов планирования семьи

В настоящее время в Казахстане современные методы контрацепции, такие как ВМС и инъекции, распространяются через женские консультации и кабинеты планирования семьи, входящие в государственный сектор здравоохранения. Наряду с этим женщины обеспечиваются современными методами контрацепции, такими как противозачаточные таблетки и презервативы, через коммерческие структуры.

Все женщины, в настоящее время использующие современный метод, были опрошены о последнем источнике приобретения данного метода. Таблица 5.10 представляет процентное распределение всех женщин, использующих современные контрацептивные средства, в зависимости от последнего источника приобретения.

Большинство женщин приобретает контрацептивные средства через государственные учреждения здравоохранения (74 процента). Тридцать процентов приобретают их в стационаре, 25 процентов – в

Таблица 5.12 Показатели причин прекращения использования контрацептивных методов в первый год

Процентные показатели прекращения использования методов контрацепции в первый год из-за контрацептивной неудачи, желания забеременеть, причин, связанных со здоровьем, и других причин в зависимости от конкретных методов Казахстана, 1999

Метод контрацепции	Контрацептивная неудача	Желание забеременеть	Побочные эффекты/забота о здоровье	Все другие причины	Все причины
Таблетки	9.9	7.0	21.4	25.8	64.1
ВМС	3.1	1.4	5.2	1.6	11.2
Презерватив	10.5	3.4	0.4	43.2	57.6
Календарный метод	21.1	2.6	0.0	24.4	48.1
Прерванный акт	17.6	3.8	0.5	41.1	63.1
Другое ¹	21.2	3.0	0.5	22.0	46.6
Всего	9.7	2.9	5.7	20.2	38.5

¹ Другое включает инъекции и диафрагму

Таблица 5.13 Причины прекращения использования методов контрацепции в последние пять лет

Процентное распределение прекращений использования методов контрацепции в течение последних пяти лет в зависимости от главной причины прекращения. Казахстан, 1999

Причина отказа от методов контрацепции	Причины прекращения использования методов контрацепции в последние пять лет								Всего
	Таблетки	ВМС	Инъекции	Диафрагма/пена/гель	Презерватив	Календарный метод	Прерванный акт	Другое	
Забеременела	13.9	11.5	1.1	36.1	20.1	36.5	27.8	49.3	19.5
Желание забеременеть	12.4	21.0	1.1	5.2	8.4	6.9	8.8	3.8	12.4
Муж не одобряет	0.0	0.1	0.0	0.0	6.5	1.9	16.9	0.0	2.9
Побочные эффекты	12.6	17.5	36.7	0.0	0.2	0.0	0.0	0.8	8.0
Беспокойство о здоровье	18.8	31.9	33.0	0.0	0.5	0.8	1.3	0.9	14.0
Недоступно/далеко	3.4	0.1	4.9	17.5	1.3	0.3	0.0	0.0	1.0
Поиск более эффективного метода	12.4	1.7	14.2	24.8	27.7	34.2	25.5	22.8	18.7
Неудобства при использовании	3.7	3.3	3.2	4.4	7.8	6.5	6.0	8.9	5.1
Редкие половые отношения	7.1	3.5	4.3	6.5	16.7	7.0	9.0	7.1	7.2
Стоимость	10.0	0.0	0.0	5.5	4.5	0.0	0.0	0.0	2.1
Смертельная болезнь	0.0	0.4	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1
Менопауза	1.0	2.2	0.0	0.0	0.3	2.5	0.7	0.8	1.3
Неудачи в семье	0.8	0.7	0.0	0.0	1.1	0.7	0.5	0.8	0.7
Другое	2.2	5.2	1.4	0.0	2.7	1.0	1.5	1.4	5.3
Не знает	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.0	0.0	0.3	0.0
Пропущено	1.7	0.8	0.0	0.0	2.1	1.6	1.8	3.2	1.6
Всего	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Количество женщин	361	970	43	31	511	394	256	170	2.899

¹ Сбор данных включал регистрацию названия источника приобретения контрацептивных средств, по которому супервизор или редактор могли полностью верифицировать этот источник.

Таблица 5.14. 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. Казахстан, 1999

Намерение использовать в будущем	Количество живых детей ¹					Все женщины	Все мужчины
	0	1	2	3	4+		
Все замужние, не использовавшие метод							
Намерена использовать в течение следующих 12 мес.	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	11.2
Намерена использовать позже	50.9	52.8	40.8	40.8	40.7	44.7	4.8
Не уверена в сроках	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	2.6
Не уверена в намерении	7.9	12.5	11.2	7.7	8.5	10.1	17.2
Не намерена использовать	41.3	33.2	47.0	50.0	50.8	44.3	62.7
Пропущено	0.0	1.5	1.0	1.6	0.0	0.9	1.4
Всего	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Количество женщин/мужчин	118	234	329	179	164	1,023	345

¹ Включает текущую беременность

женских консультациях. За последние пять лет все аптеки были приватизированы, и процент женщин, приобретающих метод контрацепции через коммерческие структуры, увеличился от 1 до 23 процентов.

Источник приобретения метода зависит от способа его применения. Например, большинство женщин, использующих ВМС, приобретают их в стационарах (33 процента) или в женских консультациях (31 процент). Через аптечную сеть 70 процентов респондентов приобретают противозачаточные таблетки и 63 процента – презервативы. Противозачаточные таблетки также приобретаются через женские консультации (14 процентов).

Все это отражает тенденцию к уменьшению использования государственного сектора здравоохранения для приобретения методов контрацепции, по сравнению с 1995 г., когда 92 процента всех современных методов контрацепции приобретались через государственный сектор.

Таблица 5.15. Причины отказа от методов контрацепции

Процентное распределение всех респондентов, не применяющих методы контрацепции и не намеренных использовать их в будущем, в зависимости от главной причины отказа. Казахстан, 1999.

	Женщины			Мужчины		
	Возраст			Возраст		
	< 30	30+	Всего	< 30	30+	Всего
Редкие половые отношения	2.7	6.5	6.0	0.0	3.4	3.2
Менопауза/гистерэктомия	15.9	40.8	38.0	0.0	49.1	46.4
Бесплодие	7.3	16.7	15.7	4.5	11.1	10.7
Хочет больше детей	50.1	8.7	13.4	61.3	15.6	18.1
Респондент против	9.2	15.6	14.9	0.0	3.2	3.0
Супруг(а) против	0.8	0.3	0.4	16.7	6.6	7.2
Религиозные причины	1.4	1.4	1.4	17.6	1.0	1.9
Беспокойство о здоровье	3.3	2.3	2.4	0.0	0.3	0.2
Боязнь побочных эффектов	1.8	1.6	1.6	0.0	0.4	0.4
Дороговизна	0.0	0.7	0.7	0.0	0.3	0.2
Неудобства при использовании	1.1	0.0	0.1	0.0	1.0	0.9
Влияет на нормальную жизнедеятельность	0.0	0.0	0.0	0.0	1.2	1.1
Другое	0.0	3.4	3.0	0.0	2.4	2.3
Не знает	6.4	2.0	2.5	0.0	3.4	3.2
Всего	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Количество жн./муж.	51	403	453	12	205	217

Таблица 5.16. Контакт непользователей методов контрацепции с работниками служб планирования семьи

Процентное распределение женщин, не применяющих методы контрацепции, в зависимости от того, посещались ли они работниками служб планирования семьи (ПС) или беседовали с работниками медицинского учреждения в течение последних 12 месяцев, предшествующих исследованию, в соответствии с некоторыми социально-биологическими факторами Казахстана, 1999

Социально-биологические факторы	Посещались работниками службы планирования семьи						Пропущ.	Не посещались работниками служб ПС и не обсуждали ПС в мед. учреждении ²	Всего	Кол-во женщин
	Да			Нет						
	Посещали мед. учреждение			Посещали мед. учреждение						
	Обсуждали ПС ¹	Нет	Нет	Обсуждали ПС ¹	Нет	Нет				
Возраст, лет										
15-19	1.0	1.7	2.5	1.8	33.2	59.6	0.2	92.8	100.0	738
20-24	1.4	0.6	0.8	4.5	38.0	54.6	0.2	92.6	100.0	429
25-29	1.4	1.8	0.0	7.0	46.7	43.1	0.0	89.8	100.0	299
30-34	1.3	1.4	0.0	7.4	43.4	46.5	0.0	89.9	100.0	246
35-39	1.4	0.7	1.4	4.0	46.0	46.6	0.0	92.5	100.0	223
40-44	0.0	0.6	0.2	3.9	40.5	54.9	0.0	95.4	100.0	250
45-49	0.2	1.4	0.0	3.7	37.2	57.2	0.2	94.4	100.0	313
Местожителство										
Город	0.9	1.5	0.8	4.1	42.3	50.3	0.0	92.6	100.0	1,357
Село	1.1	0.9	1.3	4.0	35.1	57.3	0.3	92.4	100.0	1,140
Регион										
г. Алматы	2.3	2.3	2.7	3.3	38.1	51.2	0.0	89.3	100.0	137
Южный	1.6	1.8	0.7	4.5	40.8	50.7	0.0	91.5	100.0	844
Западный	0.6	1.0	0.5	2.8	24.1	70.6	0.4	94.7	100.0	357
Центральный	0.3	1.0	0.2	2.4	33.8	62.3	0.0	96.1	100.0	219
Северный	0.6	0.6	1.2	4.8	51.7	40.8	0.3	92.5	100.0	616
Восточный	0.6	0.8	2.0	4.5	30.6	61.4	0.0	92.0	100.0	324
Образование										
Начальное/Среднее	1.2	1.1	1.4	3.1	34.4	58.5	0.3	92.9	100.0	1,157
Средне-специальное	0.4	1.1	0.7	4.6	43.0	50.2	0.0	93.2	100.0	872
Высшее	1.7	1.7	0.7	5.5	42.9	47.5	0.0	90.3	100.0	468
Национальность										
Казахки	1.2	1.4	0.9	3.9	35.2	57.3	0.1	92.5	100.0	1,447
Русские	0.9	1.1	1.0	4.2	42.4	50.2	0.3	92.6	100.0	676
Другие	0.4	1.0	1.4	4.5	47.8	44.9	0.0	92.8	100.0	373
Всего	1.0	1.2	1.0	4.1	39.0	53.5	0.1	92.5	100.0	2,497

¹Беседовали с медицинскими работниками медицинского учреждения о методах планирования семьи

²Не посещались на дому работниками службы планирования семьи и не посещали медицинского учреждения в течение последних 12 месяцев или посещали медицинское учреждение, но не

5.9 Информированность о выборе

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

Таблица 5.11 представляет процент женщины, которым была проведена стерилизация и информированы о том, что они больше не смогут иметь детей после операции стерилизации. Таблица также показывает процент женщин, использующих современные методы контрацепции и информированных о других методах и их побочных действиях работниками здравоохранения или службы планирования семьи во время приобретения данных методов.

Восемьдесят четыре процента респондентов, которым была проведена операция по стерилизации, были информированы о невозможности иметь детей после операции. Среди женщин, использующих другие методы контрацепции, 31 проценту было сообщено об их побочных действиях и 28 процентам – о том, что делать в случае их появления. Только 19 процентов были информированы о других методах контрацепции. В целом женщины, получившие метод контрацепции в государственном учреждении,

были более информированы, чем те, кто получил метод в частном учреждении. Очевидно, что работники ни государственных, ни частных учреждений здравоохранения и служб планирования семьи в Казахстане не обеспечивают женщин информацией, в которой они нуждаются, чтобы сделать соответствующий выбор относительно методов контрацепции.

5.10 ПРЕКРАЩЕНИЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОНТРАЦЕПЦИИ В ТЕЧЕНИЕ 12 МЕСЯЦЕВ

Таблица 5.12 представляет частоту разных причин прекращения использования методов контрацепции. За последние три года, предшествовавших исследованию, 39 процентов всех респондентов, использовавших контрацептивные методы, прекратили их применения в течение первого года. Уровень прекращения использования ВМС в течение первого года сравнительно низок (11 процентов). С другой стороны, почти две трети женщин, применявших противозачаточные таблетки и прерванный акт (64 и 63 процента соответственно) прекратили их использование. Пятьдесят восемь процентов респондентов, использовавших презерватив, и 48 процентов – календарный метод, отказались от их применения.

В таблица 5.13 представлено процентное распределение причин прекращения использования всех методов контрацепции за последние пять лет. Двадцать процентов всех прекращений, отмеченных за последние пять лет, связаны с контрацептивной неудачей, т.е. с наступлением незапланированной

беременности. Низкая эффективность таких методов, как календарный метод и прерванный акт, способствует высокому уровню контрацептивных неудач этих методов во время их использования (37 и 28 процентов соответственно). Тридцать шесть процентов респондентов, использовавших диафрагму, пену, гель, и 20 процентов респондентов, использовавших презерватив, также отмечали контрацептивную неудачу как самую главную причину прекращения их применения. Все это может указывать на то, что респонденты использовали эти методы неправильно.

На ранних этапах создания семьи супружеские пары обычно предпочитают использование таких методов планирования семьи, которые являются легко отменяемыми, чтобы при желании забеременеть, это можно было легко осуществить. Желание забеременеть является другой важной причиной прекращения использования контрацепции (12 процентов).

Таблица 5.17. Информированность о методах планирования семьи по радио и телевидению

Процентное распределение женщин и мужчин в зависимости от того, получали ли они информацию о планировании семьи по радио или телевидению в течение последних нескольких месяцев, предшествовавших исследованию, в соответствии с некоторыми социально-биологическими факторами. Казахстан, 1999

Социально-биологические факторы	Информированность о методах о планировании семьи по радио и телевидению					Кол-во женщин/мужчин
	По радио и телевидению	Только по радио	Только по телевидению	Нет информации	Пропущено	
Возраст, лет						
15-19	12.5	0.9	30.3	56.3	0.1	791
20-24	16.1	1.5	36.6	45.8	0.0	666
25-29	15.6	1.8	38.4	44.2	0.0	692
30-34	16.6	1.0	39.2	43.2	0.0	698
35-39	18.9	1.5	42.0	37.7	0.0	749
40-44	15.6	1.4	37.4	45.6	0.0	681
45-49	21.2	0.9	35.4	42.5	0.0	522
Местожителство						
Город	23.0	1.5	38.2	37.3	0.0	2,668
Село	8.2	1.0	35.6	55.2	0.0	2,132
Регион						
г. Алматы	40.9	1.7	34.0	23.3	0.2	291
Южный	9.5	1.3	31.3	57.9	0.0	1,455
Западный	17.0	1.3	36.5	45.2	0.0	628
Центральный	20.7	0.2	31.5	47.6	0.0	475
Северный	15.0	0.8	49.1	35.1	0.0	1,259
Восточный	19.7	2.9	32.5	44.9	0.0	692
Образование						
Начальное/Среднее	11.1	1.3	31.8	55.8	0.0	1,927
Средне-специальное	16.5	1.3	40.1	42.1	0.0	1,908
Высшее	26.8	1.4	41.3	30.4	0.0	965
Национальность						
Казахки	12.3	1.2	32.0	54.5	0.0	2,587
Русские	23.5	1.6	41.6	33.2	0.0	1,454
Другие	16.8	1.1	45.3	36.9	0.0	760
Всего женщин	16.4	1.3	37.0	45.3	0.0	4,800
Всего мужчин	13.6	1.8	42.7	41.9	0.0	1,440

Примечание: цифры в сумме могут не составлять 100 из-за округления

Девятнадцать процентов респондентов, которые прекратили использование метода, сделали это потому, что нашли более эффективный метод контроля рождаемости. В частности, так поступили те, кто использовал календарный метод, прерванный акт и презервативы. Среди тех, кто пользовался некоторыми другими методами, главной причиной решения прекратить их использование явились побочные эффекты и беспокойство о здоровье (31 процент респондентов, использовавших противозачаточные таблетки, 49 процентов – ВМС и 70 процентов – инъекции).

Заслуживает внимания факт и тот факт, что причиной прекращения использования противозачаточных таблеток (10 процентов) и презервативов (5 процентов) явилась их стоимость.

5.11 НАМЕРЕНИЕ ЖЕНЩИН, НЕ ПРИМЕНЯЮЩИХ МЕТОДЫ КОНТРАЦЕПЦИИ, ИСПОЛЬЗОВАТЬ ИХ В БУДУЩЕМ

Анализ намерений женщин использовать методы планирования семьи в будущем обеспечивает базу для прогнозирования потенциальных потребностей в службах планирования семьи. В ходе исследования был проведен опрос замужних женщин, не использующих методы контрацепции о намерении использовать их в будущем. Таблица 5.14 представляет процентное распределение замужних женщин, не применяющих методы контрацепции, в зависимости от намерения использовать их в будущем и в соответствии с количеством имеющихся живых детей. Также показаны и результаты для мужчин.

Выявлено, что 45 процентов замужних женщин, не использующих контрацепцию, намерены применять ее в будущем; 44 процента не собираются применять, и 10 процентов не уверены, будут ли они в будущем применять методы контрацепции. Женщины, не использовавшие методы контрацепции, но намеренные использовать их когда-либо в будущем, скорее всего, имеют меньшее количество детей. В целом общая картина не изменилась со времени проведения исследования в 1995 году. Из числа замужних женщин, которые отвечали, что они намерены в будущем использовать метод контрацепции, 72 процента хотят использовать ВМС, 13 процентов – противозачаточные таблетки (данные не показаны). Процент респондентов, не намеренных применять методы контрацепции, возрастает с увеличением числа детей: от 33 процентов женщин, имеющих одного ребенка, до 51 процента – с 4 и более детьми.

Намного меньше женатых мужчин, не использующих методы контрацепции, намерены использовать их в будущем: только у 19 процентов есть эти намерения, 17 процентов не уверены в этом, и 63 процента мужчин не намерены использовать методы контрацепции.

5.12 ПРИЧИНЫ ОТКАЗА ОТ МЕТОДОВ КОНТРАЦЕПЦИИ

В ПМДК всем респондентам, не планирующим использовать методы контрацепции когда-либо в будущем, задавались вопросы о причинах их отказа. Результаты опроса всех женщин и женщин

Таблица 5.18 Информированность о методах планирования семьи из средств печати

Процент женщин, получивших информацию о методах планирования семьи из периодической печати (газеты и журналы) в течение последних нескольких месяцев, предшествовавших исследованию, в соответствии с некоторыми социально-биологическими факторами. Казахстан, 1999.

Социально-биологические факторы	Видели сообщения о методах планирования семьи в периодич. печати			Кол-во женщин
	Да	Нет	Всего	
Возраст, лет				
15-19	32.0	68.0	100.0	791
20-24	45.6	54.4	100.0	666
25-29	42.7	57.3	100.0	692
30-34	42.4	57.6	100.0	698
35-39	47.4	52.6	100.0	749
40-44	41.8	58.2	100.0	681
45-49	43.2	56.8	100.0	522
Место жительства				
Город	51.2	48.8	100.0	2,668
Село	30.4	69.6	100.0	2,132
Регион				
г. Алматы	66.4	33.6	100.0	291
Южный	31.8	68.2	100.0	1,455
Западный	35.5	64.5	100.0	628
Центральный	49.5	50.5	100.0	475
Северный	49.1	50.9	100.0	1,259
Восточный	41.0	59.0	100.0	692
Образование				
Начальное/Среднее	29.2	70.8	100.0	1,927
Средне-спец.	45.7	54.3	100.0	1,908
Высшее	60.1	39.9	100.0	965
Национальность				
Казахки	34.7	65.3	100.0	2,587
Русские	51.7	48.3	100.0	1,454
Другие	48.2	51.8	100.0	760
Всего	42.0	58.0	100.0	4,800

Примечание. Цифры в сумме могут не составлять 100.0 из-за округления.

Таблица 5.19. Осведомленность о логотипе "Красное Яблоко"

Процентное распределение всех женщин по их осведомленности о символе "Красное Яблоко" в зависимости от некоторых социально-биологических факторов. Казахстан, 1999

Социально-биологические факторы	Видели символ "Красное Яблоко"					Пропущено	Всего	Кол-во женщин
	Всего видевших	Значение символа: А или С	Значение символа: другое	Значение символа: НЗ или пропущ.	Не видели символ			
Возраст, лет								
15-19	20.6	7.7	3.4	9.4	79.2	0.2	100.0	791
20-24	27.7	12.2	4.6	10.8	72.3	0.0	100.0	666
25-29	29.7	14.5	4.1	11.1	70.3	0.0	100.0	690
30-34	24.1	14.8	2.7	6.5	75.9	0.0	100.0	689
35-39	29.2	14.9	4.6	9.7	70.8	0.0	100.0	723
40-44	25.6	12.9	6.3	6.4	74.4	0.0	100.0	645
45-49	24.1	13.9	4.4	5.8	75.8	0.1	100.0	502
Местожительство								
Город	30.2	16.2	4.7	9.3	69.8	0.0	100.0	2,620
Село	20.4	8.7	3.7	7.9	79.6	0.1	100.0	2,085
Регион								
г. Алматы	79.4	51.4	13.7	14.2	20.6	0.0	100.0	286
Южный	30.6	13.8	5.2	11.5	69.4	0.1	100.0	1,424
Западный	19.8	7.9	5.1	6.9	80.2	0.0	100.0	624
Центральный	19.8	8.8	3.0	7.9	80.1	0.1	100.0	465
Северный	17.2	7.8	1.1	8.2	82.8	0.0	100.0	1,229
Восточный	18.6	11.0	4.1	3.5	81.4	0.0	100.0	677
Образование								
Начальное/Среднее	19.6	7.5	3.0	9.2	80.3	0.1	100.0	1,888
Средне-специальное	25.9	12.3	4.8	8.8	74.1	0.0	100.0	1,866
Высшее	37.9	24.6	5.7	7.5	62.1	0.0	100.0	951
Национальность								
Казахки	24.2	11.5	4.5	8.2	75.8	0.0	100.0	2,542
Русские	28.4	15.2	4.3	8.9	71.5	0.1	100.0	1,428
Другие	26.5	13.1	3.5	10.0	73.5	0.0	100.0	734
Всего	25.8	12.9	4.3	8.7	74.1	0.0	100.0	4,705

А = Планирование семьи
С = Презервативы, Таблетки, Методы планирования семьи

в возрасте до 30 лет и старше представлены в таблице 5.15. Наиболее частой причиной среди женщин старших возрастных групп является менопауза или гистерозэктомия (41 процент), причем об этой причине заявили 16 процентов женщин в возрасте до 30 лет. Для женщин более молодого возраста главной причиной было желание иметь больше детей (50 процентов). У мужчин наблюдается схожая картина: 49 процентов респондентов старших возрастных групп заявляют о менопаузе или гистерозэктомии, как о главной причине, и 61 процент мужчин более молодого возраста – о желании иметь больше детей.

Интересен тот факт, что значительно больше женщин (15 процентов), чем мужчин (3 процента), заявляют о своем негативном отношении к контрацепции. Тем не менее, меньше женщин, не применяющих методы контрацепции, указывают на эту причину отказа, чем это было в исследовании 1995 г. (35 процентов).

5.13 КОНТАКТ РЕСПОНДЕНТОВ, НЕ ИСПОЛЮЮЩИХ МЕТОДЫ ПЛАНИРОВАНИЯ СЕМЬИ, С РАБОТНИКАМИ СЛУЖБЫ ПЛАНИРОВАНИЯ СЕМЬИ

Таблица 5.16 представляет процентное распределение женщин, не применяющих методы контрацепции, в зависимости от их отношений с работниками службы планирования семьи. Только 7 процентов всех опрошенных женщин беседовали о планировании семьи с работниками этой службы в течение предыду-

шего года. Сорок процентов посещали учреждения здравоохранения, но не беседовали о планировании семьи во время этих визитов. Больше половины всех респондентов (54 процента) не посещали учреждений здравоохранения и не видели работников службы планирования семьи в течение последних 12 месяцев.

5.14 ИНФОРМИРОВАННОСТЬ РЕСПОНДЕНТОВ О ПЛАНИРОВАНИИ СЕМЬИ ПО РАДИОВЕЩАНИЮ И ТЕЛЕВИДЕНИЮ

Средства массовой информации обеспечивают возможность широким слоям населения получить информацию о планировании семьи. Приблизительно 41 процент домовладений в Казахстане имеют радио и почти все (92 процента) – телевизор (см. таблицу 2.9). Всем респондентам в ПМДК были заданы вопросы об информированности их относительно планирования семьи посредством радио или телевидения в течение нескольких месяцев, предшествовавших интервью. Результаты опроса представлены в зависимости от социально-биологических факторов в таблице 5.17.

Телевидение – наиболее распространенный источник информации о планировании семьи: 37 процентов всех респондентов видели такие передачи по телевидению, и 16 процентов респондентов слышали или видели их и по радио, и по телевидению. 1,3 процентов слышали сообщения такого характера только по радио.

С 1995 г. число респондентов, не имеющих доступ к информации о планировании семьи посредством радио и телевидения, снизилось с 56 до 45 процентов, в то время как число респондентов, получивших информацию об этом и по радио, и по телевидению, возросло с 9 до 16 процентов.

Информированность о планировании семьи через телевидение различается в зависимости от местожительства: три четверти (75 процентов) женщин города Алматы и только 41 процент женщин, проживающих в Южном регионе, получили информацию о планировании семьи из телепередач. Для женщин города Алматы имеется также большая вероятность получить информацию и по радио, и по телевидению (41 процент).

В то время как телепередачи являются доступными для всех слоев населения, независимо от уровня образования, вероятность недавнего просмотра телевизионных передач о планировании семьи возрастает с уровнем образования респондентов. Так, 43 процента респондентов с начальным или средним образованием недавно просматривали телепередачи, тогда как среди респондентов со средне-специальным и высшим образованием этот показатель составил 57 и 68 процентов соответственно. Женщины русской национальности, по сравнению с женщинами казахской национальности, чаще просматривали эти телепередачи (65 и 44 процента соответственно).

5.15 РОЛЬ СРЕДСТВ МАССОВОЙ ПЕЧАТИ В ИНФОРМИРОВАННОСТИ РЕСПОНДЕНТОВ О ПЛАНИРОВАНИИ СЕМЬИ

Высокий уровень грамотности в Казахстане предопределяет особую значимость средств массовой печати в вопросах информированности о планировании семьи. Семьдесят восемь процентов всех респондентов сообщили о том, что они читают газеты, по меньшей мере, один раз в неделю. Обследованным женщинам задавали вопрос об их осведомленности в вопросах планирования семьи из средств массовой печати в течение нескольких последних месяцев, предшествовавших исследованию. Результаты представлены в таблице 5.18 в зависимости от социально-биологических факторов.

Как и в 1995 г., 42 процента всех респондентов отмечали журналы и газеты как основной источник информации. Информированность из средств массовой печати меняется в зависимости от возраста: от 32 процентов в возрасте 15-19 лет до 47 процентов в возрасте 35-39 лет. Выявлены также региональные различия: 66 процентов женщин, проживающих в г. Алматы, были ознакомлены с вопросами планирования семьи из печатных изданий, тогда как количество таких женщин в Южном регионе составило 32 процента. Респондентами русской национальности печатные издания читались чаще, чем женщинами-казахками (52 и 35 процентов соответственно).

5.16 «КРАСНОЕ ЯБЛОКО» – ЭМБЛЕМА ПРОГРАММЫ СОЦИАЛЬНОГО МАРКЕТИНГА КОНТРАЦЕПТИВНЫХ СРЕДСТВ

Символ «Красное Яблоко» является логотипом Казахстанской программы социального маркетинга контрацептивных средств. Логотип «Красное Яблоко» и информация о противозачаточных

таблетках, инъекциях и о том, где можно купить контрацептивы «Красное Яблоко», широко рекламируется по телевидению, радио и в печати. В дополнение к вопросам об информированности респондентов о планировании семьи, в ходе ПМДК женщинам был показан символ «Красное Яблоко» и задан вопрос о том, видели ли они его раньше. Респондентов, видевших его, спрашивали, где они его видели, и что этот символ означает.

Таблица 5.19 демонстрирует данные об осведомленности женщин о символе «Красное Яблоко». Двадцать шесть процентов всех опрошенных женщин видели этот символ. Данные различаются в зависимости от местожительства: почти 8 из 10 жительниц г.Алматы видели символ, в то время как это отмечали меньше 20 процентов женщин, проживающих в Западном, Центральном, Северном и Восточном регионах. Эти данные отражают то, что программы социального маркетинга сосредоточены, в основном, в городе Алматы.

Только половина из всех женщин, кто видели символ «Красное Яблоко», знала, что значение его связано с контрацептивными средствами или планированием семьи.

5.17 ОТНОШЕНИЕ СУПРУЖЕСКИХ ПАР К ПЛАНИРОВАНИЮ СЕМЬИ

Замужних женщин спрашивали о том, как часто они обсуждали вопросы контрацепции с мужем или партнером в течение последнего года. В целом 50 процентов женщин обсуждали вопросы контрацепции с мужьями так же, как и в 1995г. Двадцать семь процентов из этого числа отвечали, что обсуждали это три и более раз (данные не показаны).

Семейным респондентам задавали вопрос относительно их мнения об отношении их супругов к планированию семьи, а также об их собственном отношении. Таблица 5.20 представляет распределение пар в зависимости от истинного отношения жен и мужей к планированию семьи и в соответствии с мнением супругов об этом вопросе.

Эти данные показывают, что мужья и жены часто ошибались в оценке отношения их супругов к планированию семьи. В целом 69 процентов мужей и 91 процент жен одобряют планирование семьи. Среди женщин, которые считали, что их мужья не одобряют, в действительности, 39 процентов из них одобряли. Среди мужчин, которые думали, что их жены не одобряют, на самом деле только 13 процентов из них не одобряли, а 79 процентов одобряли. Похоже, что некоторые респонденты, которые верили, что их супруги поддерживают семейное планирование, ошибались. Это указывает на то, что некоторые мужья и жены не находили должного взаимопонимания в их отношении к планированию семьи.

Таблица 5.20 Мнение респондентов об отношении их супругов к планированию семьи

Процентное распределение семейных пар в зависимости от действительного отношения мужей и жен к планированию семьи в соответствии с их мнением об этом вопросе. Казахстан, 1999.

Мнение	Истинное отношение супругов к планированию семьи			Всего	Кол-во пар
	Одобрят	Не одобряют	Не уверены		
Мнение жены об отношении мужа					
Одобрят	74.3	22.5	3.2	100.0	587
Не одобряют	39.0	53.7	7.3	100.0	90
Не знает	60.7	35.8	3.5	100.0	100
Всего	68.5	27.8	3.7	100.0	777
Мнение мужа об отношении жены					
Одобрят	93.7	4.9	1.4	100.0	604
Не одобряют	79.3	13.4	7.3	100.0	106
Не знает	84.6	7.4	8.0	100.0	67
Всего	90.9	6.3	2.8	100.0	777

Аккунис В. Салханова, Холли Сейхан

Индукцированный аборт как метод контроля рождаемости имеет длительную историю в бывшем Советском Союзе. Впервые аборт был официально разрешен в Советском Союзе в 1920 году, но вследствие проводимой про-натуральной политики, предусматривавшей рост численности населения, был запрещен в 1936 году. Это решение было пересмотрено в 1955 году, когда проведение аборта не по медицинским показаниям было вновь официально разрешено на всей территории бывшего Советского Союза.

Практика проведения индуцированных абортов сопряжена с неблагоприятным воздействием на здоровье женщины, снижает ее возможности для дальнейшего деторождения и способствует росту материнской и перинатальной смертности. В Казахстане приблизительно 22 процента случаев материнской смертности являются результатом проведенных индуцированных абортов (Министерство здравоохранения, 1996). Агентство РК по делам здравоохранения (АДЗ) предусматривает снижение уровня индуцированных абортов путем производства и использования современных, безопасных и эффективных методов контрацепции среди населения.

Информация об абортах была собрана в соответствии с разделом индивидуальной анкеты женщины, касающемся репродуктивного здоровья (Приложение Е). Раздел начинается с вопросов о количестве родов, завершившихся рождением живых детей, индуцированных абортов, выкидышей и мертворождений, имевших место в течение всей жизни респондента. Когда респонденту задавался вопрос о количестве индуцированных абортов, то уточнялись и беременности, завершившиеся вакуум-аспирацией (мини-абортами)¹. История беременностей собиралась в порядке следования одной беременности за другой. Для каждой беременности были зарегистрированы ее исход, год и месяц².

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 1996 до середины 1999 годов). В целом по республике 52 процента беременностей завершились рождением живых детей и 48 процентов – индуцированным абортом, выкидышем или мертворождением. Наиболее частым вариантом неблагоприятного исхода беременностей был индуцированный аборт, составивший 37 процентов от всех исходов беременностей.

В таблице 6.1 также дана информация об исходах беременностей в зависимости от социально-биологических факторов респондентов. Индуцированный аборт как метод контроля рождаемости использовался женщинами во всех группах, но уровень его использования значительно колебался. Например, среди женщин городской местности аборт составили 46 процентов от всех исходов беременностей, тогда как среди женщин сельской местности – 28 процентов.

Уровень использования индуцированных абортов также меняется в зависимости от регионов. Как и ожидалось, выявлена обратная корреляционная связь между уровнем абортов и уровнем рождаемости. Так, при относительно низком уровне рождаемости в г. Алматы, в Северном и Восточном регионах приблизительно половина всех беременностей закончилась абортом (58, 48 и 47 процентов соответственно). В Южном и Западном регионах при высоком уровне рождаемости имел место самый низкий процент абортов (25 и 28 процентов соответственно).

¹ Термин «аборт», используемый в этом отчете, включает мини-аборт, если нет никаких других ссылок

² 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 агрегированные данные по общему количеству беременностей с их количеством 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.

Таблица 6.1 Исходы беременностей в зависимости от социально-биологических факторов

Процентное распределение беременностей, завершившихся рождением живого ребенка, индуцированным абортom, выкидышем, мертворождением, в зависимости от некоторых социально-биологических факторов. Казахстан, 1999.

Социально-биологические факторы	Исход беременности				Всего	Кол-во беременностей
	Живой ребенок	Индуцированный аборт	Выкидыш	Мертворождение		
Местожителъство						
Город	42.0	45.8	10.2	2.0	100.0	805
Село	62.2	27.6	9.5	0.8	100.0	788
Регион						
г. Алматы	32.9	58.4	8.7	0.0	100.0	74
Южный	64.1	25.0	9.8	1.1	100.0	564
Западный	61.2	28.3	9.5	1.0	100.0	195
Центральный	49.7	37.4	11.0	1.9	100.0	124
Северный	41.2	47.5	9.4	1.9	100.0	427
Восточный	40.5	46.7	11.1	1.7	100.0	209
Образование						
Начальное/среднее	56.8	31.7	9.9	1.6	100.0	628
Средне-спец.	47.9	40.6	10.4	1.1	100.0	708
Высшее	51.0	38.9	8.4	1.7	100.0	256
Национальность						
Казахки	63.4	26.9	8.9	0.9	100.0	905
Русские	38.5	48.6	10.1	2.7	100.0	399
Другие	34.8	51.5	12.4	1.2	100.0	288
Всего	52.0	36.8	9.9	1.4	100.0	1,593

Уровень образования и этническая принадлежность респондентов также влияли на исход беременности. К примеру, женщины русской национальности почти в два раза чаще используют аборт (49 процентов), чем женщины-казашки (27 процентов).

В целом характер исходов беременностей похож на таковой в ПМДК1995г., когда 38 процентов всех беременностей завершились индуцированным абортom.

6.2 ИНДУЦИРОВАННЫЕ АБОРТЫ В ТЕЧЕНИЕ ВСЕЙ ЖИЗНИ РЕСПОНДЕНТА

В таблице 6.2 представлена общая картина процентного распределения женщин, имевших в анамнезе аборты. Данные о количестве женщин, имевших в анамнезе аборт, основаны на опросе всех женщин в возрасте 15-49 лет.

В целом в Казахстане 40 процентов женщин репродуктивного возраста имели, по меньшей мере, один аборт. Как и следовало ожидать, процент женщин, имевших индуцированный аборт, быстро увеличивается с возрастом: от 16 процентов среди женщин 20-24 лет до 63 процентов среди женщин до 63 процентов среди женщин в возрасте 35 лет и старше. Выявлены также значительные различия в зависимости от местожительства: 33 процента сельских жительниц сообщили о проведенных абортах, по сравнению с 45 процентами женщин, проживающих в городской местности. Региональные различия в уровне индуцированных абортов более выражены: 50 процентов женщин, проживающих в Северном регионе, заявили о проведенных абортах, по сравнению с 29 процентами женщин Южного региона. При этом 27 процентов женщин-казашек имели в анамнезе индуцированный аборт, по сравнению с 55 процентами женщин русской национальности.

Таблица 6.2 представляет информацию о повторном проведении индуцированного аборта. Среди женщин, имевших в анамнезе аборт, большинство (64 процента) имели более одного аборта. Среди женщин 35 лет и старше, имевших в анамнезе аборт, у 71 процента были множественные аборты. Среднее число абортов составило 3.0, у 10 процентов женщин было 6 и более абортов. Очевидно, что для женщин, прибегающих к индуцированному абортu для контроля рождаемости, повторное его использование является обычным явлением.

Таблица 6.2 Индуцированные аборт в течение жизни женщины

Процент женщин, имевших, по крайней мере, один аборт, и среди этих женщин процентное распределение количества абортов и среднее количество абортов в зависимости от некоторых социально-биологических факторов. Казахстан, 1999

Социально-биологические факторы	Процент женщин, у которых были аборт	Количество абортов среди женщин					Среднее	Всего	Кол-во женщин
		1	2-3	4-5	6+				
Возраст, лет									
<20	1.6	84.2	15.8	0.0	0.0	1.2	100.0	791	
20-24	15.5	54.6	41.8	3.5	0.0	1.6	100.0	810	
25-34	43.2	46.5	39.9	9.9	3.6	2.1	100.0	1,246	
35+	62.7	29.3	44.1	16.3	10.3	3.0	100.0	1,953	
Количество родов									
Нет	4.9	60.3	37.8	1.9	0.0	1.5	100.0	1,427	
1	44.7	43.9	40.4	10.9	4.8	2.4	100.0	946	
2-3	61.4	31.8	43.9	14.7	9.6	2.9	100.0	1,923	
4-5	47.9	37.2	41.1	16.9	4.9	2.5	100.0	416	
6+	32.3	41.6	41.2	10.8	6.4	2.3	100.0	89	
Место жительства									
Город	45.0	35.9	44.3	12.7	7.1	2.6	100.0	2,668	
Село	32.8	36.8	39.6	14.9	8.7	2.7	100.0	2,132	
Регион									
г. Алматы	47.0	29.8	47.8	13.7	8.7	2.7	100.0	291	
Южный	28.5	41.4	42.9	8.7	7.0	2.4	100.0	1,455	
Западный	30.5	45.3	43.6	8.7	2.4	2.0	100.0	628	
Центральный	45.0	34.5	44.4	15.9	5.2	2.7	100.0	475	
Северный	49.7	32.2	40.4	16.7	10.7	3.0	100.0	1,259	
Восточный	45.7	35.8	42.4	14.9	6.9	2.7	100.0	692	
Образование									
Начальное/среднее	29.8	35.6	38.5	14.9	10.9	2.9	100.0	1,927	
Средне-спец.	49.4	34.1	44.5	13.9	7.5	2.7	100.0	1,908	
Высшее	39.6	42.5	43.9	10.5	3.1	2.1	100.0	965	
Национальность									
Казахки	27.1	44.9	42.8	8.9	3.4	2.1	100.0	2,587	
Русские	55.4	31.4	41.0	16.8	10.8	3.0	100.0	1,454	
Другие	51.9	30.6	45.3	15.2	8.9	2.8	100.0	756	
Семейное положение									
Не была замужем	4.1	63.6	35.5	0.9	0.0	1.4	100.0	1,215	
Замужем/живут вместе	50.7	36.3	42.4	13.5	7.8	2.7	100.0	3,018	
Была замужем	56.3	31.7	44.6	15.7	8.0	2.8	100.0	567	
Всего	39.6	36.2	42.6	13.5	7.7	2.7	100.0	4,800	

6.3 ПОКАЗАТЕЛИ ИНДУЦИРОВАННЫХ АБОРТОВ

В настоящем разделе представлены показатели по индуцированным абортам за трехлетний период, предшествовавший ПМДК (т.е. с середины 1996 до середины 1999 годов). Представлены три вида показателей: повозрастные коэффициенты абортов, суммарный коэффициент абортов (СКА) и общий коэффициент абортов (ОКА). Повозрастные коэффициенты абортов рассчитываются на 1000 женщин и подразумевает, что женщины какого-либо определенного возраста будут иметь один аборт в течение одного года. СКА рассчитывается на одну женщину и является суммарным показателем повозрастных коэффициентов. Под СКА подразумевается количество абортов, которое женщина могла бы иметь в течение всей своей жизни, если бы сохранила имеющийся по возрастной коэффициент на протяжении всего репродуктивного периода.

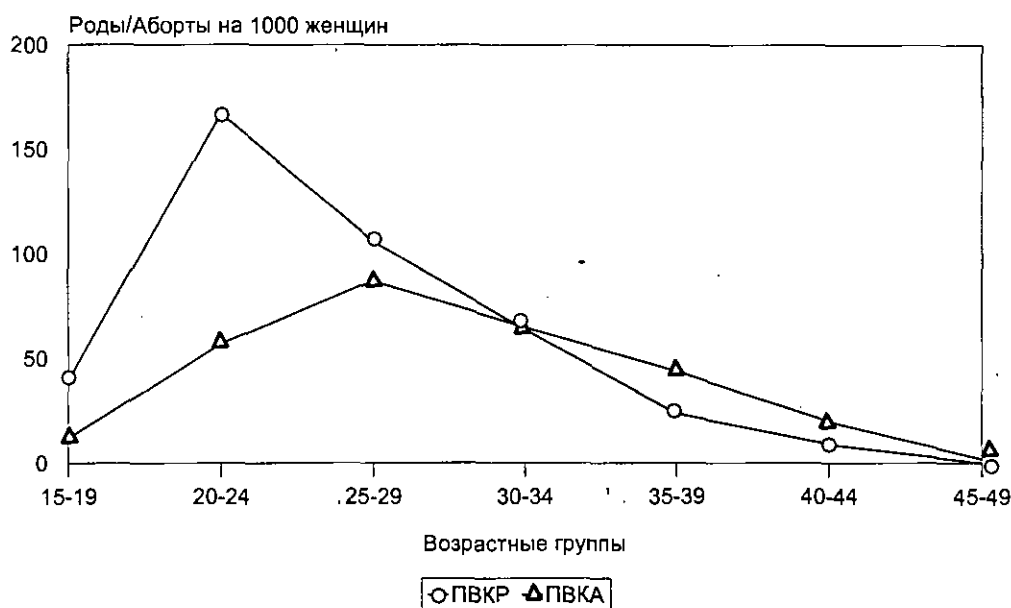
Как показано в таблице 6.3, в целом по республике значения повозрастных коэффициентов индуцированных абортов возрастают в начальных возрастных группах, достигая пика среди женщин 25-29 лет (87 на 1000), и затем снижаются в старших возрастных группах. Характер изменений повозрастных коэффициентов таков, что для женщины младше 35 лет коэффициенты абортов ниже, чем коэффициенты

рождаемости, и, наоборот, для женщин старших возрастных групп коэффициенты рождаемости ниже коэффициентов аборт (рисунок 6.1).

Повозрастные коэффициенты сообщают, что в среднем женщина имела бы 1.4 аборта в течение всей своей жизни. Интересно сравнить СКА с аналогичными показателями Узбекистана и Кыргызстана, полученными в ходе исследований, проведенных недавно в этих республиках. Показатели по Казахстану несколько ниже показателей по Кыргызстану (1.6 аборта на женщину за период с середины 1994 до середины 1997 годов), но значительно выше показателей по Узбекистану (0.7 аборта на женщину за период с середины 1993 до середины 1996 годов) (RIOP and MI, 1998; IOG and MI, 1997).

В таблице 6.3 представлены показатели индуцированных аборт в зависимости от местожительства и этнической принадлежности. Значения повозрастных коэффициентов аборт в городской местности значительно превышают таковые в сельской, за исключением женщин в возрасте 35-39 лет. СКА для города (1.6 аборта на женщину) превышает СКА для села (1.2) на 33 процента (рисунок 6.2). Различия повозрастных коэффициентов в зависимости от этнической принадлежности еще более выражены: СКА для женщин русской национальности (1.7 аборта на женщину) превышает СКА для женщин-казашек (1.1) на 55 процентов.

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



ПМДК 1999

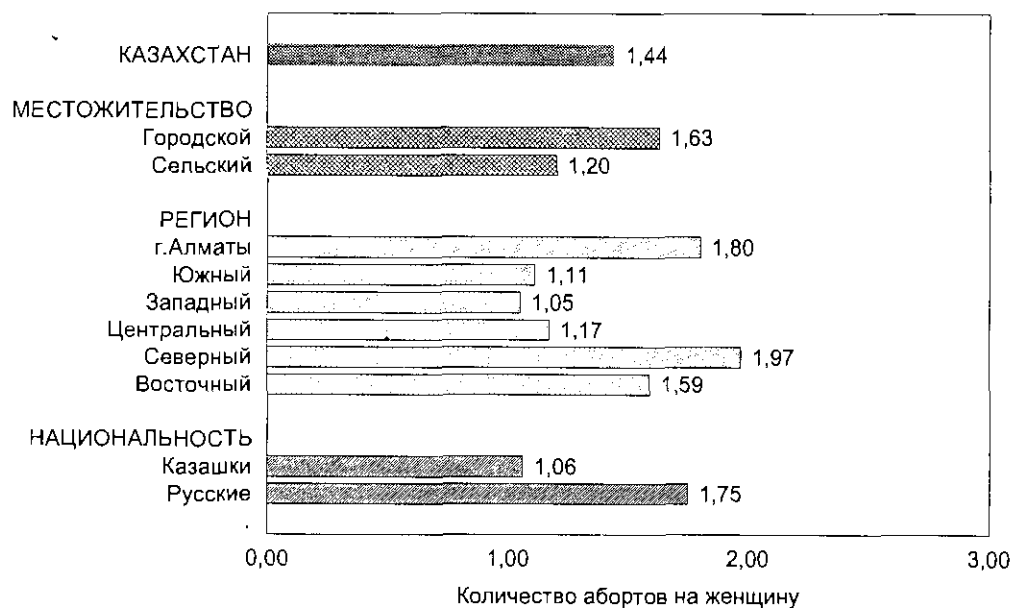
Таблица 6.3 Коэффициенты индуцированных аборт

Повозрастной, суммарный и общий коэффициенты аборт за трехлетний период предшествующий ПМДК, в зависимости от местожительства и национальности. Казахстан, 1999

Возраст, лет	Местожительство		Национальность			Всего ¹
	Город	Село	Казашки	Русские	Другие	
15-19	0.017	0.006	0.003	0.036	0.003	0.012
20-24	0.071	0.042	0.034	0.063	0.133	0.057
25-29	0.099	0.072	0.065	0.120	0.118	0.087
30-34	0.071	0.058	0.052	0.082	0.081	0.065
35-39	0.043	0.046	0.044	0.027	0.073	0.044
40-44	0.023	0.016	0.013	0.019	0.044	0.020
45-49	0.002	0.001	0.000	0.002	0.006	0.002
СКА 15-49	1.630	1.204	1.060	1.746	2.295	1.437
СКА 15-44	1.619	1.198	1.060	1.736	2.267	1.427
ОКА	53.792	39.721	35.794	53.964	75.868	47.462

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 казашек, русских и другие этнические группы

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



ПМДК 1999

6.4 ТЕНДЕНЦИИ ИНДУЦИРОВАННЫХ АБОРТОВ

Для суждения о тенденциях индуцированных аборт в течение определенного периода времени можно сравнить значения СКА за трехлетние периоды, предшествовавшие ПМДК 1995 и 1999 г.г. Таблица 6.4 и рисунок 6.3 свидетельствуют, что в целом по Казахстану СКА, полученный в ходе ПМДК 1999 года (1.4 аборт на женщину), меньше СКА, полученного в 1995 году (1.8). Степень снижения СКА не зависит от местожительства или уровня образования. Однако, не во всех этнических группах наблюдаются изменения значений СКА. Так, СКА для женщин-казашек остается на прежнем уровне – 1.1, тогда как среди женщин русской национальности имеет место его снижение на 33 процента – от 2.7 до 1.8.

6.5 СТАТИСТИКА ПО АБОРТАМ ПО ДАННЫМ АГЕНТСТВА РК ПО ДЕЛАМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

АДЗ в течение многих лет проводит сбор данных по абортам на основе регистрации аборт, проводимых в лечебно-профилактических учреждениях. Данные по ежегодному уровню индуцированных аборт представлены в расчете на 1000 женщин репродуктивного возраста. Сравнение данных АДЗ и ПМДК весьма полезно для анализа достоверности двух групп данных.

В таблице 6.5 сравниваются показатели ОКА по данным ПМДК и АДЗ за два периода времени: за трехлетний период, предшествовавший ПМДК 1995 г. (1993-1995 г.г.), и за трехлетний период, предшествовавший ПМДК 1999 г. (1997-1999 г.г.). Показатели обоих источников за более ранний период времени близки по значению: 57 на 1000 по данным ПМДК 1995 г. и 55 на 1000 по данным АДЗ. За недавний период времени эти же показатели отличаются: 47 на 1000 по данным ПМДК 1999 г. и 32 на 1000 по данным АДЗ. Более того, различаются и тенденции изменений этих двух групп показателей.

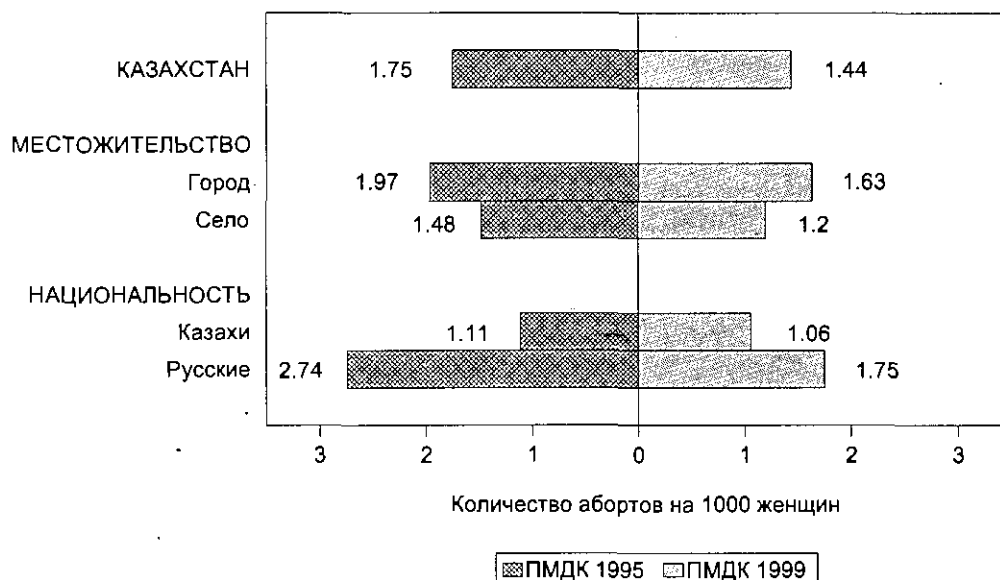
Таблица 6.4 Тенденции изменений уровня индуцированных аборт

Суммарные коэффициенты аборт за трехлетние периоды, предшествовавшие ПМДК 1995 г. и ПМДК 1999 г. в зависимости от некоторых социально-биологических факторов. Казахстан, 1999

Факторы	1995 г. ¹	1999 г.
Местожительство		
Город	1.97	1.63
Село	1.48	1.20
Национальность		
Казашки	1.11	1.06
Русские	2.74	1.75
Всего	1.75	1.44

¹ Источник: Медико-демографическое исследование Казахстана 1995 (НИП и МІ, 1996).

Рисунок 6.3 Повозрастные коэффициенты аборт, по данным ПМДК 1995 и ПМДК 1999



Данные ПМДК показывают снижение на 18 процентов между двумя периодами времени, в то время как данные АДЗ РК показывают снижение на 41 процент.

6.6 ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДОВ КОНТРАЦЕПЦИИ ДО ПРОВЕДЕНИЯ АБОРТА

По каждой беременности, завершившейся индуцированным аборт 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 6.6 представлены соответствующие статистические данные. Сорок два процента индуцированных аборт случились вследствие контрацептивных неудач, из них больше половины случаев – вследствие использования современных методов, преимущественно ВМС; и 46 процентов – вследствие использования традиционных методов контрацепции. Очевидно, что применение более надежных методов контрацепции уменьшило бы уровень индуцированных аборт.

6.7 МЕСТО И МЕТОДЫ ПРОВЕДЕНИЯ АБОРТОВ

Всем женщинам, у которых был проведен аборт в течение трех лет, предшествовавших исследованию, задавали вопросы о месте и методе проведения аборт. В таблице 6.7 указывается, что в подавляющем большинстве случаев аборт проводились в родильном доме (32 процента) и государственном

Таблица 6.5 Сравнение коэффициентов индуцированных аборт

Коэффициенты индуцированных аборт, рассчитанные на 1000 женщин репродуктивного возраста, за определенные периоды времени по данным Агентства РК по делам здравоохранения (АДЗ) и ПМДК, 1992-1999г.г.

Источник	Периоды времени		Процент снижения
	1992-95г.г.	1996-99г.г.	
ПМДК	57	47	18
АДЗ	55	32	41

Примечание. Показатели по данным ПМДК смещены на шесть месяцев от указанных периодов времени. Показатели по данным ПМДК за 1992-95г.г. рассчитаны за трехлетний период, предшествовавший исследованию, с середины 1992г. до середины 1995г. Аналогичным образом показатели за 1996-99 г.г. соответствуют периоду времени с середины 1996г. до середины 1999г. (см. Таблицу 6.3).
Источник: Агентство РК по делам здравоохранения (1995-1999г.г.)

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. Казахстан, 1999

Метод контрацепции	Живой ребенок	Индукцированный аборт	Выкидыш	Мертворождение	Все беременности
Не использовала	82.6	47.6	65.6	72.3	67.9
Любой метод	17.4	52.4	34.4	27.7	32.1
Любой современный метод	10.5	28.0	17.3	18.6	17.8
Таблетки	1.2	4.5	4.6	0.0	2.8
ВМС	6.2	13.0	8.6	0.0	8.8
Презерватив	3.1	9.5	4.1	18.6	5.8
Пена/гель	0.0	1.0	0.0	0.0	0.4
Любой традиционный метод	7.0	24.2	17.1	9.1	14.3
Календарный метод	2.4	9.5	7.4	6.3	5.5
Прерванный акт	2.9	6.3	4.8	0.0	4.3
Лактационная аменорея	0.3	1.9	1.5	2.8	1.1
Другое	1.4	6.5	3.4	0.0	3.4
Всего	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Количество беременностей	822	580	157	22	1,581

стационаре (29 процентов). Двадцать процентов всех абортom были проведены в женской консультации и 10 процентов – в платных отделениях стационара.

В таблице 6.7 представлено процентное распределение абортom в зависимости от места и метода его проведения. Выскабливанием было проведено 51 процент абортom, в то время как вакуум-аспирацией – 49 процентов.

Таблица 6.7 Место и метод проведения абортom

Процентное распределение абортom за трехлетний период, предшествовавший исследованию, в зависимости от места и метода проведения абортom, Казахстан 1999

Показатель	Процент
Место проведения	
Родильный дом	31.8
Государственный стационар	28.9
Платные медицинские услуги	9.6
Частная клиника	5.0
Женская консультация	19.5
СВА	0.6
Другое	3.4
Пропущено	1.3
Метод	
Выскабливание	51.2
Вакуум-аспирация	48.8
Всего	100.0
Количество индуцированных абортom	580

ДРУГИЕ ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА РОЖДАЕМОСТЬ 7

Кия И. Уайнстайн и Жанар С. Ашенова

Эта глава посвящена основным факторам, 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 отношений. Послеродовая аменорея и абстиненция влияют на межродовой интервал. Эти факторы определяют продолжительность и ритм репродуктивной активности и, следовательно, важны для понимания их влияния на рождаемость.

7.1 СЕМЕЙНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ

Таблица 7.1 и рисунок 7.1 показывают процентное распределение всех женщин и мужчин по семейному положению на момент исследования. Термин «семейный» относится также к неформальным союзам. В последующих таблицах эти две категории комбинируются и представляются совместно как «замужем-женат 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-женатым» или «были когда-либо в союзе».

Около двух третей женщин в возрасте 15-49 лет в настоящее время пребывает в союзе (63 процента замужем или живут вместе). В то время как большинство женщин находятся в союзе, значительная часть вступает в свой тридцатилетний возраст не будучи замужем никогда; 40 процентов женщин в возрасте 20-24 года никогда не были замужем, что выше 32 процентов, выявленных в ПМДК 1995 г.

Таблица 7.1 Семейное положение

Процентное распределение женщин и мужчин по семейному положению в зависимости от возраста. Казахстан, 1999.

Возраст, лет	Семейное положение						Всего	Кол-во женщин/мужчин
	Никогда не состоял(а) в браке	Замужем/женат	Живет вместе	Вдова/вдовец	Разведен(а)	Не живет вместе		
ЖЕНЩИНЫ								
15-19	91.0	7.5	0.5	0.0	0.4	0.5	100.0	791
20-24	40.1	51.2	1.7	0.2	4.5	2.3	100.0	666
25-29	13.9	71.8	1.4	1.4	8.2	3.3	100.0	692
30-34	7.0	76.5	1.6	2.8	10.5	1.6	100.0	698
35-39	3.4	80.5	1.9	3.7	8.3	2.2	100.0	749
40-44	4.0	78.8	1.8	5.6	8.6	1.2	100.0	681
45-49	5.9	72.7	0.9	9.3	9.9	1.3	100.0	522
Всего	25.3	61.5	1.4	3.0	7.0	1.8	100.0	4,800
МУЖЧИНЫ								
15-19	99.5	0.5	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	226
20-24	65.6	29.9	1.7	0.3	1.4	1.2	100.0	182
25-29	25.1	67.0	0.3	0.0	5.4	2.1	100.0	176
30-34	16.1	76.4	0.3	0.0	6.3	0.9	100.0	172
35-39	3.0	92.2	0.0	0.4	4.0	0.5	100.0	229
40-44	2.8	87.0	0.9	0.5	7.4	1.4	100.0	164
45-49	4.3	89.9	0.0	1.1	4.7	0.0	100.0	122
50-54	0.5	94.2	0.0	1.0	3.7	0.5	100.0	104
55-59	0.0	93.9	0.0	4.8	1.3	0.0	100.0	65
Всего	30.1	64.4	0.4	0.5	3.8	0.8	100.0	1,440

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

Рисунок 7.1 Семейный статус респондентов



ПМДК 1999

Семьдесят девять процентов женщин в возрасте 30 лет и старше находятся в союзе; 14 процентов – вдовы или разведены. Как и ожидалось, доля овдовевших женщин растет с возрастом, достигая 9 процентов среди 45-49-летних.

Молодые мужчины (до 30 лет) реже вступают в брак, чем женщины; однако для мужчин более старшего возраста (35 лет и выше) более характерно пребывание в браке. Две трети мужчин в начале своих тридцати лет (66 процентов) еще не были женаты, тогда как лишь 40 процентов женщин этого возраста были не замужем. В более старшем возрасте наблюдается обратная картина: 91 процент 35-59-летних в настоящее время женаты, в то время как только 79 процентов женщин 35-49 лет замужем. Количество мужчин и женщин в возрасте 30-34 лет, в настоящее время находящихся в браке, одинаково (по три четверти).

Таблица 7.2 Возраст вступления в первый брак (женщины)

Процент замужних женщин, вступивших в первый брак в возрасте 15, 18, 20, 22 и 25 лет; средний возраст вступления в брак в соответствии с настоящим возрастом. Казахстан, 1999

Настоящий возраст, лет	Процент вступивших в брак в точном возрасте, лет					Процент не состоявших в браке	Кол-во женщин	Средний возраст вступления в брак
	15	18	20	22	25			
15-19	0.2	НП	НП	НП	НП	91.0	791	а
20-24	0.3	14.4	39.9	НП	НП	40.1	666	а
25-29	0.2	9.6	39.8	66.1	81.4	13.9	692	20.7
30-34	0.3	6.6	31.9	62.5	83.4	7.0	698	21.1
35-39	0.3	6.1	31.0	56.0	82.1	3.4	749	21.5
40-44	0.1	7.7	29.3	55.8	80.8	4.0	681	21.6
45-49	0.7	8.4	35.5	58.4	77.1	5.9	522	21.2
25-49	0.3	7.6	33.4	59.8	81.2	6.8	3,343	21.2

НП - данные неприемлемы

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

7.2 ВОЗРАСТ ПРИ ПЕРВОМ БРАКЕ

Брак является важным демографическим и социальным показателем. Он обычно обозначает момент жизни человека, когда родительство становится желаемым. 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. Данные таблиц 7.2 и 7.3 показывают, что средний возраст вступления в брак колеблется около 21 года для женщин и 23–24 лет для мужчин. Это означает, что половина женщин в Казахстане вышла замуж до 21 года, и половина мужчин женились до 24 лет.

Возраст вступления в брак может быть также проанализирован путем сравнения суммарного распределения респондентов отдельных возрастных групп, как показано в таблицах 7.2 и 7.3¹. Мужчины и женщины в Казахстане обычно вступают в брак в пределах довольно узких возрастных рамок, хотя мужчины женятся немного позднее, и не в таких узких возрастных рамках, как женщины. Одна треть женщин замужем уже к 20 годам и приблизительно одна треть – к 22 годам. Одна треть мужчин женаты к 22 годам, а другая треть – к 25.

Таблица 7.3 Возраст вступления в первый брак (мужчины)

Процент женатых мужчин, вступивших в первый брак в возрасте 20, 22, 25, 28 и 30 лет, и средний возраст вступления в первый брак в соответствии с настоящим возрастом. Казахстан, 1999

Настоящий возраст, лет	Процент вступивших в первый брак в точном возрасте, лет					Процент не состоявших в браке	Кол-во мужчин	Средний возраст вступления в брак
	20	22	25	28	30			
25-29	8.1	31.4	60.6	НП	НП	25.1	176	23.7
30-34	7.9	25.4	61.8	78.0	80.6	16.1	172	23.7
35-39	6.0	32.3	67.5	85.0	90.3	3.0	229	23.1
40-44	6.1	31.5	67.9	87.3	92.1	2.8	164	23.5
45-49	12.7	33.8	68.5	83.4	91.3	4.3	122	22.9
50-54	13.9	31.9	69.9	89.3	94.2	0.5	104	23.2
55-59	6.6	17.8	56.0	87.9	91.1	0.0	65	24.5
25-59	8.3	30.1	65.1	82.9	86.9	8.6	1,032	23.5

НП - данные неприемлемы

В таблице 7.4 представлен средний возраст вступления в брак женщин в возрасте 25-49 лет и мужчин 25-59 лет. При этом обнаружено несколько интересных фактов. Первое – различия в среднем возрасте вступления в брак среди женщин с разным уровнем образования, а именно – увеличение этого возраста с ростом уровня образования. Различия средней величины возраста, по меньшей мере, на 2 года от наименее низкого уровня к наиболее высокому уровню образования наблюдаются в каждой возрастной группе: женщины с высшим образованием вступают в брак в среднем в 23,2 года, что на 3 года позже, чем женщины с начальным и средним образованием (20,0). Эти различия, наблюдаемые среди женщин во многих странах, не наблюдаются среди мужчин. Средний возраст вступления в брак среди мужчин колеблется от 23 до 24 лет, независимо от возраста и уровня образования. Один год разницы между средним возрастом вступления в брак респондентов казахской и русской национальности является достоверным и для мужчин, и для женщин. У женщин и мужчин казахской национальности средний возраст вступления в брак колеблется около 22 и 24 лет соответственно, русской национальности – 21 и 23 соответственно, то есть на один год раньше. В целом у мужчин средний возраст вступления в брак на 2 года старше, чем у женщин.

7.3 ВОЗРАСТ ПРИ ПЕРВОМ ПОЛОВОМ КОНТАКТЕ

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

¹ Для каждой возрастной когорты обобщенные проценты ограничиваются нижней возрастной границей. Например, для когорты 20-24 года обобщенный процент замужних женщин рассчитывался в отношении 20-летнего возраста.

Таблица 7.4. Средний возраст при первом браке

Средний возраст при первом браке среди женщин 25-49 лет и мужчин 25-59 лет в зависимости от настоящего возраста и некоторых социально-биологических факторов. Казахстан, 1999

Социально-биологические факторы	Настоящий возраст, лет						Для женщин 25-49	Для мужчин 25-59
	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50+		
ЖЕНЩИНЫ								
Местожителство								
Город	20.8	21.1	21.5	21.5	21.7	-	21.3	-
Село	20.5	21.0	21.6	21.6	20.5	-	21.2	-
Регион								
г. Алматы	20.8	21.4	21.7	22.0	22.4	-	21.6	-
Южный	20.7	20.9	21.5	21.1	20.7	-	20.9	-
Западный	20.7	21.1	21.7	22.3	21.6	-	21.5	-
Центральный	20.5	21.1	21.6	21.0	21.7	-	21.2	-
Северный	20.5	21.0	21.3	21.9	21.1	-	21.3	-
Восточный	21.0	21.7	21.7	21.7	21.2	-	21.6	-
Образование								
Начальное/Среднее	19.8	19.9	19.8	20.8	19.8	-	20.0	-
Средне-спец.	20.7	21.0	21.5	21.5	21.0	-	21.1	-
Высшее	22.2	22.4	23.5	23.2	24.6	-	23.2	-
Национальность								
Казахки	21.3	21.5	22.2	22.0	21.5	-	21.7	-
Русские	20.0	20.4	20.7	21.2	21.2	-	20.7	-
Другие	19.8	20.7	20.9	21.7	20.6	-	20.8	-
Всего	20.7	21.1	21.5	21.6	21.2	-	21.2	-
МУЖЧИНЫ								
Местожителство								
Город	23.2	23.1	23.3	23.6	22.7	23.7	-	23.4
Село	24.5	24.0	22.9	23.2	23.2	23.7	-	23.6
Регион								
г. Алматы	23.3	23.8	22.8	22.9	23.9	24.8	-	23.5
Южный	24.7	23.7	24.2	23.3	25.4	24.0	-	24.1
Западный	-	24.2	23.6	24.1	24.3	24.1	-	24.2
Центральный	23.4	22.4	23.3	23.4	22.6	24.8	-	23.3
Северный	22.6	23.9	22.2	23.3	21.5	23.0	-	22.6
Восточный	22.7	24.3	23.9	23.7	22.4	24.1	-	23.7
Образование								
Начальное/Среднее	23.3	23.6	23.6	23.2	22.7	23.4	-	23.3
Средне-спец.	23.9	23.9	22.8	23.4	23.1	24.1	-	23.4
Высшее	23.2	24.0	24.3	24.6	22.9	24.3	-	23.9
Национальность								
Казахи	24.9	23.7	23.4	23.9	24.0	23.9	-	23.9
Русские	22.4	24.1	22.0	23.4	22.3	23.5	-	22.9
Другие	23.6	23.2	23.7	21.8	23.3	23.7	-	23.3
Всего	23.7	23.7	23.1	23.5	22.9	23.7	-	23.5

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

этом процент семейных не будет отражать процент сексуально активных. В ходе ПМДК женщин и мужчин просили указать возраст, при котором они впервые имели половые отношения. Результаты представлены в таблицах 7.5 и 7.6.

При сравнении данных таблицы 7.5 с показателями таблиц 7.2 и 7.3 можно увидеть, что доля женщин, имевших первый половой контакт к определенному возрасту, несколько выше, чем доля мужчин в этом же возрасте. Например, 33 процента женщин к 20 годам были замужем, в то время как к этому же возрасту половую жизнь начали 39 процентов.

Большинство мужчин начали свою сексуальную активность в подростковом возрасте. Две трети 20-24-летних мужчин (69 процентов) отмечают начало половой жизни к 20 годам, в то время как менее 10 процентов женаты к этому возрасту (последние цифры не показаны). Три четверти мужчин в возрасте 25 лет и старше (78 процентов) начали сексуальную активность к 22 годам, тогда как только одна треть (30 процентов) были женаты к этому возрасту.

В таблице 7.6 представлен средний возраст при первом половом контакте в зависимости от возраста и некоторых социально-биологических факторов. Различия в среднем возрасте при первом половом контакте среди женщин обычно повторяют различия в среднем возрасте вступления в брак. Средний возраст при первом половом контакте увеличивается с повышением уровня образования, составляя разницу в 2 года между каждым уровнем образования. Среди русских женщин наблюдается средний возраст при первом половом контакте на один год младше, чем у казашек. Мужчины русской национальности вступают в первый половой контакт на 2 года раньше, чем мужчины казахской национальности, и это относится к большинству возрастных групп. Однако у мужчин не наблюдается увеличения среднего возраста вступления в половой контакт с повышением уровня образования.

Таблица 7.5. Возраст при первом половом контакте

Процент женщин и мужчин, имевших первый половой контакт по точному возрасту 15, 18, 20, 22, 25 лет и средний возраст при первом половом контакте в зависимости от настоящего возраста. Казахстан, 1999

Настоящий возраст, лет	Процент имевших первый половой контакт по точному возрасту, лет					Процент никогда не имевших половых контактов	Кол-во женщин/мужчин	Средний возраст при первом половом контакте
	15	18	20	22	25			
ЖЕНЩИНЫ								
15-19	1.1	НП	НП	НП	НП	82.5	791	а
20-24	1.9	25.5	50.1	НП	НП	30.3	666	а
25-29	0.1	15.2	48.1	73.2	86.3	7.2	692	20.1
30-34	0.5	10.1	39.8	66.9	85.0	2.6	698	20.6
35-39	0.7	8.5	34.8	60.3	83.1	1.9	749	21.1
40-44	0.1	9.1	33.3	59.1	82.0	1.7	681	21.3
45-49	0.7	11.2	37.0	59.7	79.2	2.2	522	21.0
25-49	0.4	10.8	38.6	64.0	83.3	3.2	3,343	20.8
МУЖЧИНЫ								
15-19	5.9	НП	НП	НП	НП	66.7	226	а
20-24	4.5	40.1	68.9	НП	НП	16.2	182	18.6
25-29	5.5	35.7	66.7	87.9	94.4	3.5	176	18.6
30-34	3.6	27.9	48.4	74.1	90.8	2.7	172	20.1
35-39	6.5	37.7	58.7	79.4	93.2	0.3	229	18.8
40-44	1.3	30.0	55.2	81.2	93.2	0.0	164	19.5
45-49	6.6	29.2	60.1	76.9	90.5	0.0	122	19.1
50-54	7.9	23.2	49.7	67.7	87.4	0.5	104	20.0
55-59	4.0	17.9	44.6	67.3	83.0	0.0	65	20.3
25-59	5.0	30.8	56.2	78.0	91.5	1.2	1,032	19.3

НП - данные неприемлемы
а Пропущено по причине того, что процент женщин в возрастной группе X составил менее 50 процентов к X+4, имевших первый половой контакт к возрасту X

Сравнивая таблицы 7.6 и 7.4, можно увидеть, что среди женщин средний возраст при первом половом контакте обычно на полгода меньше, чем средний возраст вступления в брак, хотя в Северном и Восточном регионах эта разница составляет почти год. Год разницы также наблюдается среди русских женщин в возрасте до 35 лет.

Однако возрастные различия между началом вступления в половые отношения и в брак среди женщин значительно разнятся от таковых среди мужчин. В целом у мужчин средний возраст при первом половом контакте на 4 года меньше среднего возраста вступления в брак. У мужчин в возрасте 25-29 лет эта разница составила 5 лет.

7.4 Половая активность в последнее время

При отсутствии использования контрацептивов частота половых отношений является непосредственным показателем риска возникновения беременности. В таблицах 7.7 и 7.8 показано процентное распределение женщин и мужчин 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 61 процент всех обследованных женщин были сексуально активными в течение этого времени. Только у 1 процента женщины имела место послеродовая абстиненция, 17 процентов были сексуально неактивными из-за причин, не связанных с рождением ребенка, и 20 процентов никогда не имели сексуальных отношений. Эти результаты соответствуют данным ПМДК 1995 года. Около трех четвертей женщин в возрасте 25-44 года были сексуально активны. При этом русские женщины более активны в сексуальном плане, чем казашки (66 процентов, против 57 процентов соответственно). Неудивительно, что женщины, использующие методы планирования семьи, более сексуально активны, чем не применяющие их (многие женщины, не использующие метод, еще не имели половых отношений). Не

Таблица 7.6 Средний возраст при первом половом контакте

Средний возраст при первом половом контакте среди женщин 25-49 лет и мужчин в возрасте 25-59 лет в зависимости от настоящего возраста и некоторых социально-биологических факторов. Казахстан, 1999

Социально-биологические факторы	Настоящий возраст, лет						Женщины 25-49	Мужчины 25-59
	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50+		
Местожительство								
Город	20.0	20.5	21.1	21.1	21.4	-	20.8	19.0
Село	20.3	20.7	21.2	21.5	20.5	-	20.8	19.7
Регион								
г. Алматы	19.8	20.3	21.8	21.8	22.0	-	21.2	18.9
Южный	20.6	20.7	21.2	21.2	20.8	-	20.9	20.6
Западный	20.5	21.1	22.0	22.3	21.8	-	21.6	21.5
Центральный	19.8	20.2	21.0	20.7	21.5	-	20.6	18.8
Северный	19.6	20.3	20.6	20.9	20.5	-	20.3	18.4
Восточный	19.8	20.9	21.2	21.1	20.9	-	20.8	18.9
Образование								
Начальное/Среднее	19.6	19.6	19.6	20.7	19.7	-	19.8	19.7
Средне-спец.	20.0	20.5	21.2	20.9	20.8	-	20.7	18.8
Высшее	21.4	21.6	23.0	22.9	24.0	-	22.4	20.1
Национальность								
Казашки	20.9	21.3	22.1	22.2	21.6	-	21.6	20.4
Русские	19.1	19.3	20.3	20.3	20.7	-	20.0	18.5
Другие	19.3	20.3	20.3	21.4	20.5	-	20.3	18.6
Всего женщин	20.1	20.6	21.1	21.3	21.0	-	20.8	-
Всего мужчин	18.6	20.1	18.8	19.5	19.1	20.2	-	19.3

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.

Таблица 7.7 Половая активность в последнее время (женщины)

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. Казахстан, 1999

Социально-биологические факторы/метод контрацепции	Сексуально неактивные в течение последних 4-х недель						Никогда не имели полового контакта	Всего	Кол-женщин
	Сексуально активные в течение последних 4-х недель	Послеродовая абстиненция		Непослеродовая абстиненция		Пропущено			
		0-1 года	2+года	0-1 года	2+ года				
Возраст, лет									
15-19	12.0	0.4	0.0	4.8	0.0	0.3	82.5	100.0	791
20-24	55.9	1.3	0.9	10.2	0.9	0.5	30.3	100.0	666
25-29	72.5	2.6	0.7	14.0	2.6	0.3	7.2	100.0	692
30-34	79.2	1.7	0.8	12.0	3.5	0.2	2.6	100.0	698
35-39	80.4	0.3	0.3	11.2	5.7	0.3	1.9	100.0	749
40-44	74.3	0.4	0.1	14.6	8.0	0.8	1.7	100.0	681
45-49	57.8	0.0	0.0	23.2	15.4	1.3	2.2	100.0	522
Продолжительность брака, лет									
Никогда не была замужем	9.2	0.4	0.2	8.1	2.5	0.7	78.8	100.0	1,215
0-4	82.9	3.4	0.7	10.8	1.2	0.7	0.3	100.0	528
5-9	82.8	2.2	1.1	11.1	2.5	0.3	0.0	100.0	736
10-14	83.3	0.7	0.4	10.8	4.8	0.0	0.0	100.0	721
15-19	78.0	0.2	0.3	15.5	5.6	0.4	0.0	100.0	689
20-24	75.4	0.1	0.1	15.5	8.1	0.8	0.0	100.0	541
25-29	62.1	0.0	0.0	21.5	15.2	1.2	0.0	100.0	323
30+	(56.2)	(0.0)	(0.0)	(34.2)	(9.6)	(0.0)	(0.0)	100.0	47
Местожителство									
Город	60.7	0.8	0.2	13.5	5.1	0.8	18.9	100.0	2,668
Село	61.5	1.1	0.7	10.9	4.2	0.2	21.4	100.0	2,132
Регион									
г. Алматы	61.3	0.8	0.2	12.4	7.2	0.8	17.3	100.0	291
Южный	58.9	0.8	0.8	11.3	3.8	0.2	24.3	100.0	1,455
Западный	59.0	1.9	0.3	11.5	3.3	0.3	23.8	100.0	628
Центральный	60.7	0.3	0.2	13.3	5.6	0.2	19.6	100.0	475
Северный	64.2	1.2	0.1	14.1	4.7	0.8	14.9	100.0	1,259
Восточный	62.1	0.7	0.4	11.4	6.5	0.8	18.1	100.0	692
Образование									
Начальное/Среднее	52.4	1.2	0.6	10.8	3.0	0.5	31.5	100.0	1,927
Средне-спец.	68.5	0.9	0.2	14.8	6.3	0.4	8.8	100.0	1,908
Высшее	63.6	0.6	0.3	10.6	5.2	0.6	19.1	100.0	965
Национальность									
Казахки	57.4	1.3	0.6	10.4	3.7	0.2	26.4	100.0	2,587
Русские	65.8	0.4	0.1	14.3	5.9	1.1	12.4	100.0	1,454
Другие	64.5	0.9	0.4	15.1	5.9	0.4	12.8	100.0	760
Метод контрацепции									
Нет	36.7	1.6	0.7	14.1	7.7	0.8	38.4	100.0	2,497
Таблетки	91.0	0.0	0.0	8.1	0.0	0.8	0.0	100.0	105
ВМС	87.4	0.0	0.1	10.3	2.1	0.1	0.0	100.0	1,426
Стерилизация	69.9	2.9	0.0	21.4	5.7	0.0	0.0	100.0	95
Период воздержания	87.0	0.0	0.0	12.3	0.4	0.3	0.0	100.0	157
Другие	90.7	0.7	0.0	8.4	0.0	0.2	0.0	100.0	520
Всего	61.1	1.0	0.4	12.3	4.7	0.5	20.0	100.0	4,800

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

Таблица 7.8 Половая активность в последнее время (мужчины)

Процентное распределение мужчин по их сексуальной активности в течение последних 4-х недель, предшествовавших исследованию, в зависимости от некоторых социально-биологических факторов. Казахстан, 1999

Социально-биологические факторы	Сексуально активные в течение последних 4-х недель	Сексуально неактивные в течение последних 4-х недель	Никогда не имели половых контактов	Всего	Кол-во мужчин
Возраст, лет					
15-19	15.6	17.7	66.7	100.0	226
20-24	62.7	21.1	16.2	100.0	182
25-29	80.9	15.6	3.5	100.0	176
30-34	81.2	16.1	2.7	100.0	172
35-39	89.1	10.7	0.3	100.0	229
40-44	82.7	17.3	0.0	100.0	164
45-49	89.8	10.2	0.0	100.0	122
50-54	76.3	23.1	0.5	100.0	104
55-59	55.5	44.5	0.0	100.0	65
Семейное положение					
Никогда не был женат	28.2	27.5	44.3	100.0	433
Женат в наст. время	90.8	9.2	0.0	100.0	933
Был женат	36.9	63.1	0.0	100.0	74
Местожителство					
Город	74.6	14.2	11.2	100.0	790
Село	62.5	21.5	16.0	100.0	650
Образование					
Начальное/Среднее	55.6	21.2	23.2	100.0	661
Средне-спец.	78.8	15.2	6.0	100.0	581
Высшее	86.2	11.8	2.0	100.0	198
Национальность					
Казахи	64.0	20.0	16.0	100.0	747
Русские	75.5	13.3	11.2	100.0	460
Другие	73.1	17.9	9.0	100.0	234
Всего	69.2	17.5	13.3	100.0	1,440

обнаружено существенных различий в половой активности в зависимости от применяемого вида контрацепции, хотя стерилизованные женщины менее склонны к сексуальной активности (70 процентов, против 91 процента пользователей противозачаточных таблеток).

В целом 69 процентов всех обследованных мужчин были сексуально активны в течение 4-х недель, предшествовавших исследованию. И так же как женщины, мужчины в середине обследованных возрастных рамок имели более высокую половую активность: 80-90 процентов из них в возрасте 25-49 лет сексуально активны. Так же как у женщин, у русских мужчин отмечается несколько более выраженная половая активность, чем у казахов (76 процентов, против 64 процентов). Хотя половая активность не определяется семейным положением, но также верно, что женатые мужчины более сексуально активны (91 процент женатых мужчин, против 28 процентов неженатых).

В таблице 7.9 представлены некоторые данные по сексуальной активности, проявляемой вне брака: процентное распределение всех мужчин по числу лиц, с кем они имели половые отношения в течение последних 12 месяцев. Каждый десятый женатый мужчина отмечал сексуальные отношения в течение предыдущего года с другой женщиной, кроме жены (большинство мужчин отмечало наличие только одного сексуального партнера). Двадцать один процент мужчин, никогда не состоявших в браке, имели 2 и более сексуальных партнера в течение последних 12 месяцев, по сравнению с 29 процентами мужчин, состоявших в прошлом в браке. В целом каждый пятый мужчина имел сексуальные отношения с женщиной, не состоящей с ним в браке. Как и ожидалось, наибольшее количество партнеров имели мужчины в возрасте 20-29 лет: 6 процентов из их числа имели 4 и более сексуальных партнера в течение последнего года.

Таблица 7.9 Количество сексуальных партнеров

Процентное распределение всех мужчин по количеству лиц, с которыми они имели половые отношения (исключая жен) в течение последних 12 месяцев, в зависимости от некоторых социально-биологических факторов. Казахстан, 1999

Социально-биологические факторы	Кол-во сексуальных партнеров					Всего	Кол-во мужчин	Среднее число партнеров
	0	1	2	3	4+			
Возраст, лет								
15-19	73.0	21.2	0.0	0.7	5.1	100.0	226	0.6
20-24	49.0	42.6	0.3	2.1	6.1	100.0	182	0.9
25-29	70.4	20.3	1.4	1.5	6.4	100.0	176	0.6
30-34	81.3	15.8	0.8	0.3	1.8	100.0	172	0.3
35-39	94.2	4.6	0.2	0.2	0.8	100.0	229	0.1
40-44	89.6	8.9	0.4	0.3	0.9	100.0	164	0.1
45-49	91.1	6.6	0.7	0.0	1.7	100.0	122	0.2
50-54	98.5	1.0	0.5	0.0	0.0	100.0	104	0.0
55-59	98.5	1.5	0.0	0.0	0.0	100.0	65	0.0
Семейное положение								
Никогда не был женат	53.0	38.7	0.0	1.6	6.8	100.0	433	0.9
Женат в наст. время	97.1	1.3	0.7	0.1	0.8	100.0	933	0.1
Был женат	30.3	59.0	0.0	3.2	7.5	100.0	74	1.0
Местожителство								
Город	78.9	16.3	0.5	0.9	3.4	100.0	790	0.4
Село	82.3	14.5	0.4	0.4	2.4	100.0	650	0.3
Образование								
Начальное/среднее	80.9	15.9	0.4	0.3	2.5	100.0	661	0.3
Средне-спец.	80.7	14.4	0.3	0.6	4.1	100.0	581	0.4
Высшее	78.0	17.5	1.3	2.3	0.9	100.0	198	0.3
Всего	80.4	15.5	0.5	0.7	2.9	100.0	1.440	0.4

7.5 ПОСЛЕРОДОВАЯ АМЕНОРЕЯ, АБСТИНЕНЦИЯ И НЕВОСПРИИМЧИВОСТЬ

Послеродовая аменорея относится к интервалу между рождением ребенка и восстановлением менструации. Во время этого периода уменьшается риск возникновения беременности. Продолжительность контрацептивного эффекта в этот период, главным образом, зависит от двух факторов – длительности и интенсивности грудного вскармливания, которое подавляет возобновление овуляции, и от длительности периода воздержания от сексуальных отношений. Женщины, у которых имеет место либо аменорея, либо воздержание (либо оба фактора вместе) считаются невосприимчивыми к возникновению 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, прошедших со времени родов, показан в таблице 7.10. Эти сведения основаны на данных к моменту исследования, т.е. на количестве родов, имевших место в течение X месяцев до исследования, для тех матерей, у которых все еще имеют место аменорея, воздержание и невосприимчивость. В таблицах 7.10 и 7.11 представлены показатели медианы и 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.

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 (98 процентов) не в состоянии забеременеть в течение первых двух месяцев после родов. Однако количество таких женщин быстро уменьшается по мере увеличения числа месяцев со времени родов. После 4-5 месяцев только две трети женщин все еще не восприимчивы, а после 10-11 месяцев таковых остается только одна треть. Средняя продолжительность аменореи составляет 6,2 месяца, абстиненции – 1,9 месяца, невосприимчивости – 6,9 месяца.

Таблица 7.11 представляет среднюю продолжительность послеродовой аменореи, абстиненции и невосприимчивости в зависимости от социально-биологических факторов. Единственно заметным различием в средней продолжительности послеродовой аменореи является то, что у женщин Центрального региона она на 5 месяцев дольше, чем у всех остальных.

7.6 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 7.12 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 9 процентов среди женщин в возрасте 42-43 лет до 45 процентов в возрасте 48-49 лет.

Таблица 7.10. Послеродовая аменорея, абстиненция и невосприимчивость

Процент родов за пятилетний период, предшествовавший исследованию, среди матерей с послеродовой аменореей, абстиненцией и невосприимчивостью в зависимости от количества месяцев, прошедших со времени родов; медиана и средняя продолжительность. Казахстан, 1999

Месяцы со времени родов	Амено- рея	Абстинен- ция	Невос- приим- чивость	Кол-во родов
<2	*	*	*	*
2-3	(79.4)	(10.3)	(84.1)	(47)
4-5	(59.1)	(7.7)	(66.8)	(40)
6-7	(46.8)	(0.0)	(46.8)	(47)
8-9	(38.3)	(9.3)	(43.7)	(47)
10-11	(30.3)	(6.3)	(36.6)	(44)
12-13	(21.2)	(4.0)	(22.8)	(46)
14-15	(8.2)	(0.9)	(8.2)	(52)
16-17	(7.9)	(1.6)	(9.5)	(46)
18-19	(6.2)	(1.7)	(7.8)	(44)
20-21	(0.0)	(7.9)	(7.9)	(38)
22-23	(2.3)	(3.5)	(4.8)	(54)
24-25	0.0	0.0	0.0	59
26-27	(3.8)	(3.4)	(7.2)	(50)
28-29	0.0	0.0	0.0	50
30-31	(1.7)	(4.9)	(4.9)	(43)
32-33	(1.4)	(6.8)	(8.1)	(38)
34-35	(0.0)	(0.0)	(0.0)	(50)
Всего	20.2	6.6	23.0	822
Медиана	6.2	1.9	6.9	-
Средняя	8.3	3.4	9.4	-
Распространение/ среднее число случаев ¹	7.2	2.4	8.2	-

¹ Распространение/среднее число случаев - количество детей, у чьих матерей была аменорея (распространение), деленное на среднее количество родов в месяц (число случаев).
Примечание. Цифры в скобках основаны на 25-49 невзвешенных случаях. Звездочка указывает, что цифры основаны на менее чем 25 (невзвешенных) случаях и могут не учитываться.

Таблица 7.11 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. Казахстан, 1999

Социально-биологические факторы	Послеродовая аменорея	Послеродовая абстиненция	Послеродовая невосприимчивость	Кол-во родов
Возраст, лет				
<30	6.5	1.7	7.1	568
30+	5.1	2.2	6.3	254
Местожителство				
Город	6.4	2.1	7.8	334
Село	6.1	1.7	6.4	488
Регион				
г. Алматы	3.5	2.2	4.5	24
Южный	7.0	1.5	7.5	360
Западный	2.4	3.2	4.9	119
Центральный	11.2	1.9	11.2	61
Северный	5.7	2.0	5.7	174
Восточный	6.3	1.8	6.3	84
Образование				
Начальное/Среднее	5.8	1.8	6.5	356
Средне-спец.	7.3	1.9	7.6	338
Высшее	4.1	2.0	4.1	129
Национальность				
Казахки	6.1	2.0	6.9	571
Русские	7.5	1.8	9.0	151
Другие	5.4	1.8	5.4	100
Всего	6.2	1.9	6.9	822

Примечание. Средние основаны на текущем статусе

Таблица 7.12 Менопауза

Показатели менопаузы среди замужних женщин 30-49 лет в зависимости от возраста. Казахстан, 1999

Возраст, лет	Процент женщин с менопаузой ¹	Кол-во женщин
30-34	0.7	698
35-39	2.7	749
40-41	5.3	309
42-43	8.8	269
44-45	11.1	229
46-47	31.4	218
48-49	44.5	178
Всего	9.0	2,651

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

Джереми М. Салливан, Игорь Г. Цой

В ходе ПМДК в 1999 г. и женщинам, и мужчинам были заданы 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 провести 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 нежелаемой рождаемости.

8.1 ОТНОШЕНИЕ К РОЖДЕНИЮ ДЕТЕЙ

Таблица 8.1 и рисунок 8.1 представляют результаты опроса замужних женщин и женатых мужчин. Интересной находкой является то, что подавляющее большинство замужних женщин и женатых мужчин не хотят иметь больше детей. Из числа замужних женщин 63 процента не желают иметь больше детей, в том числе 55 процентов могут, но не хотят иметь детей, 3-м процентам проведена операция по стерилизации и 5 процентов бесплодны. В то же время около одной трети (30 процентов) хотели иметь детей в будущем: из них 12 процентов хотели иметь ребенка в течение ближайших двух лет, 13 процентов хотели бы отложить его рождение по меньшей мере на 2 года, и остальные 5 процентов еще не приняли решения о сроках рождения следующего ребенка. Очень похожая картина наблюдалась среди

Таблица 8.1 Отношение к рождению в зависимости от количества детей

Процентное распределение замужних женщин и женатых мужчин по их желанию иметь детей в зависимости от количества имеющихся детей. Казахстан, 1999.

Желание иметь детей	Количество имеющихся живых детей ¹							Всего
	0	1	2	3	4	5	6+	
ЖЕНЩИНЫ								
Иметь другого ребенка скоро ²	64.0	21.6	7.3	5.4	3.2	0.0	0.0	12.2
Иметь другого позже ³	8.3	28.4	11.9	5.0	6.1	1.0	1.7	12.9
Иметь другого, но не решила, когда	5.7	8.3	3.2	4.2	3.1	4.0	0.0	4.6
Не решила	1.2	10.8	8.6	6.4	7.0	1.5	2.6	7.7
Не хочет иметь более	1.7	25.3	61.6	72.2	74.7	87.3	88.3	55.4
Проведена стерилизация	2.7	0.7	3.1	3.6	5.2	1.8	5.1	2.8
Бесплодие	16.3	4.9	4.2	3.2	0.7	4.4	2.3	4.5
Всего	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Количество женщин	157	680	1,128	577	256	140	81	3,018
МУЖЧИНЫ								
Иметь другого ребенка скоро ²	39.3	16.0	4.4	9.3	3.7	(3.3)	(0.0)	9.5
Иметь другого позже ³	26.3	25.4	10.5	10.3	5.7	(3.3)	(1.2)	13.3
Иметь другого, но не решила, когда	10.2	8.4	9.8	10.4	9.7	(4.6)	(1.2)	9.0
Не решил	5.3	4.2	1.4	3.5	1.2	(0.0)	(0.0)	2.4
Не хочет иметь более	5.7	37.9	63.9	59.7	66.3	(73.7)	(81.0)	55.7
Проведена стерилизация	0.0	0.6	4.8	3.0	4.0	(5.2)	(0.0)	3.0
Бесплодие	13.2	7.5	5.3	3.8	9.5	(9.9)	(16.7)	7.0
Всего	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Количество мужчин	60	183	354	178	71	40	47	933

Примечание. Цифры, указанные в скобках, основаны на 25-49 (невзвешенных) случаях.

¹ Включает текущую беременность

² Хочет иметь следующего ребенка в течение 2-х лет

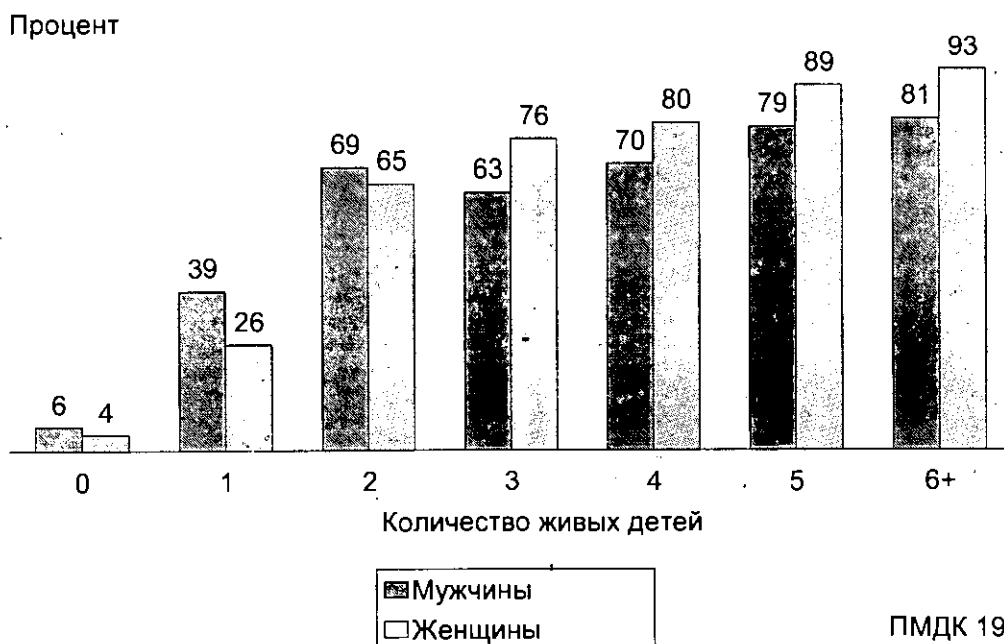
³ Хочет отложить рождение ребенка на 2 и более года

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



ПМДК 1999

Рисунок 8.2 Желание прекратить рождение детей у замужних женщин и женатых мужчин в зависимости от количества живых детей



ПМДК 1999

женатых мужчин: 66 процентов или не хотели иметь больше детей, или их супруги были стерилизованы либо бесплодны, тогда как около одной трети мужчин (32 процента) хотели иметь детей в будущем.

Информация об отношении респондентов к рождению детей в зависимости от числа имеющихся живых детей также представлена в таблице 8.1 и на рисунке 8.2. Как и ожидалось, желание прекратить деторождение резко возрастает с увеличением количества живых детей. Только 4 процента замужних женщин, не имеющих живых детей, не хотят иметь в дальнейшем детей, тогда как 26 процентов с одним ребенком и 65 процентов с двумя детьми либо не хотят иметь больше детей, либо им была проведена операция по стерилизации. Такая же тенденция наблюдается среди женатых мужчин.

Таблица 8.2 представляет данные об отношении к рождению детей замужних женщин в зависимости от их возраста. Что касается более молодых женщин, то следует помнить, что эти данные относятся только к замужним женщинам. Желание не иметь больше детей высоко среди женщин в возрасте 15-19 лет (18 процентов) и неуклонно растет в последующих возрастных группах, достигая пиковых величин среди женщин 40-44 и 45-49 лет (91 и 95 процентов соответственно). С другой стороны, среди женщин, не достигших 30 лет, около 30 процентов отвечают, что хотели бы иметь еще ребенка, но по прострвии, по меньшей мере, двух лет. Таким образом, у значительного количества женщин, не достигших 30 лет (около 50 процентов), есть потенциальная потребность или ограничить рождение детей, или удлинить межродовой интервал. Потенциальная потребность в планировании семьи даже больше среди женщин, чей возраст превышает 30 лет, и, в основном, сосредоточена на желании ограничить рождение детей.

Таблица 8.2 также дает информацию об отношении к рождению детей женатых мужчин. Общая картина отношения мужчин к деторождению, в зависимости от возраста похожа на таковую среди женщин. Наибольшего внимания заслуживают различия, наблюдаемые среди респондентов до 25 лет,

Таблица 8.2 Отношение к рождению детей в зависимости от возраста

Процентное распределение замужних женщин и женатых мужчин по их желанию иметь больше детей в зависимости от возраста. Казахстан, 1999

Желание иметь детей	Настоящий возраст, лет									Всего
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	
ЖЕНЩИНЫ										
Иметь другого ребенка скоро ¹	24.7	23.6	19.7	16.4	9.4	2.8	1.9	-	-	12.2
Иметь другого ребенка позже ²	34.3	36.1	25.5	14.9	4.1	0.4	0.3	-	-	12.9
Иметь другого, но не решила, когда	7.4	6.0	6.5	6.8	4.8	2.1	0.7	-	-	4.6
Не решила	15.4	10.5	13.3	12.5	4.0	3.3	1.8	-	-	7.7
Не хочет иметь более	18.2	21.9	31.9	45.6	69.4	80.6	78.6	-	-	55.4
Проведена стерилизация	0.0	0.1	0.4	1.8	3.9	5.6	4.5	-	-	2.8
Бесплодие	0.0	1.9	2.7	2.1	4.5	5.2	12.3	-	-	4.5
Всего	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	-	-	100.0
Количество женщин	63	353	506	546	617	548	385	-	-	3 018
МУЖЧИНЫ										
Иметь другого ребенка скоро ¹	(48.4)	21.6	16.7	20.3	10.8	2.9	2.2	0.0	0.0	9.5
Иметь другого ребенка позже ²	(51.6)	59.5	31.4	18.6	8.5	5.9	0.5	0.5	0.0	13.3
Иметь другого, но не решил, когда	(0.0)	5.5	15.7	11.0	17.3	4.4	3.2	0.0	2.1	9.0
Не решил	(0.0)	5.1	7.8	4.0	2.3	0.4	0.0	0.0	0.0	2.4
Не хочет иметь более	(0.0)	6.0	26.7	41.6	47.7	76.9	79.1	83.2	81.2	55.7
Проведена стерилизация	(0.0)	0.0	0.0	1.7	4.4	1.8	7.8	3.6	3.4	3.0
Бесплодие	(0.0)	2.3	1.7	2.8	8.9	7.7	7.3	12.7	13.3	7.0
Всего	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Количество мужчин	1	57	118	132	211	144	110	98	61	933

Примечание. Цифры, указанные в скобках, основаны на 25-49 (не взвешенных) случаях.

¹ Хочет иметь следующего ребенка в течение 2-х лет

² Хочет отложить рождение ребенка на 2 и более лет

когда желание иметь еще детей более выражено среди мужчин, чем среди женщин. Это положение не вызывает сомнения благодаря тому факту, что в Казахстане мужчины вступают в брак позднее женщин и имеют меньше детей, чем женщины того же возраста.

Сравнение с результатами ПМДК 1995 года указывает на небольшие изменения в отношении к деторождению замужних женщин за прошедшие 4 года. Процент тех, кто хочет иметь еще ребенка, снизился с 34 процентов в 1995 году до 30 процентов в 1999 году. Процент тех, кто не хочет больше детей, стерилизован или бесплоден, остался на прежнем уровне – 63 процента. Однако процент лиц, не решивших, иметь ли еще ребенка, вырос с 3 до 8 процентов.

В семье отношение супругов к деторождению может быть одинаковым или различаться. В таблице 8.3 представлены сведения о желании иметь больше детей 777 супружеских пар, проживавших во время исследования в своих домовладениях. Шестьдесят шесть процентов пар едины в своих желаниях: 20 процентов хотят иметь еще детей, 46 процентов не хотят в дальнейшем иметь детей.

Таблица 8.4 представляет процентное распределение замужних женщин и женатых мужчин, не желающих иметь больше детей, в зависимости от числа живых детей и некоторых социально-биологических факторов. Наиболее выражены различия и среди мужчин, и среди женщин в зависимости от национальной принадлежности. Значительно больше респондентов русской и других национальностей, имеющих меньше трех детей, не желают иметь больше детей, по сравнению с респондентами казахской национальности. Для городских жителей, особенно мужчин, более характерно желание прекратить деторождение, чем для сельских жителей. Из числа всех регионов Южный регион выделяется своим наименьшим процентом респондентов, не желающих более иметь детей.

8.2 ПОТРЕБНОСТЬ В ПЛАНИРОВАНИИ СЕМЬИ

Одной из главных забот служб охраны здоровья матери является определение размеров популяции 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, чья *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.

Таблица 8.3 Желание иметь больше детей среди моногамных пар								
Процентное распределение моногамных пар по желанию иметь больше детей в зависимости от числа имеющихся живых детей. Казахстан, 1999								
Количество имеющихся живых детей	Оба хотят больше	Муж хочет, жена не хочет	Жена хочет, муж не хочет	Оба не хотят	Муж/жена бесплодны	Один или оба не решили/пропущено	Всего	Кол-во пар
Одинаковое кол-во								
0	67.3	5.0	0.0	0.0	16.4	11.3	100.0	51
1	40.0	7.0	8.5	19.4	9.1	16.0	100.0	141
2	13.0	10.3	5.7	53.7	7.1	10.1	100.0	278
3	11.0	12.6	2.4	57.0	5.0	12.2	100.0	134
4-5	4.9	11.5	4.3	65.4	9.9	4.1	100.0	81
6+	*	*	*	*	*	*	100.0	22
Разное кол-во								
Муж > жены	(21.8)	(14.0)	(1.3)	(43.9)	(16.3)	(2.7)	100.0	42
Жена > мужа	(11.9)	(20.5)	(6.4)	(50.7)	(5.7)	(4.9)	100.0	28
Всего	20.3	10.3	4.7	46.1	8.4	10.1	100.0	777

Примечание. Звездочка указывает, что цифры основаны на менее 25 невзвешенных случаях и могут не учитываться. Скобки указывают на то, что цифры основаны на 25-49 (невзвешенных) случаях.

¹ Точное описание вычислений приведено в сноске 1 таблицы 8.5.

Таблица 8.4 Желание прекратить деторождение

Процент замужних женщин и женатых мужчин, желающих прекратить деторождение, в зависимости от количества живых детей и некоторых социально-биологических факторов. Казахстан, 1999.

Социально-биологические факторы	Количество живых детей ¹							Всего
	0	1	2	3	4	5	6+	
ЖЕНЩИНЫ								
Местожительство								
Город	4.5	29.8	71.7	78.5	78.0	(85.4)	(100.0)	58.5
Село	(4.3)	19.6	54.0	73.8	80.7	90.7	90.5	57.8
Регион								
г. Алматы	(7.1)	37.9	69.6	80.9	80.0	100.0	*	56.0
Южный	(0.0)	11.6	49.6	68.8	76.7	(86.3)	(94.5)	54.9
Западный	(3.7)	23.5	64.1	66.4	81.3	(84.3)	(100.0)	58.1
Центральный	(12.3)	34.9	71.8	86.8	(85.9)	(100.0)	(100.0)	62.8
Северный	(4.1)	25.7	66.6	82.2	(80.0)	(93.8)	(75.6)	57.9
Восточный	(8.4)	33.4	78.5	90.2	(90.5)	(94.8)	(88.1)	63.8
Образование								
Нет образования	*	*	*	*	*	*	*	90.9
Начальное/Среднее ²	7.5	25.0	65.5	74.0	78.5	87.9	(91.2)	61.1
Средне-спец.	3.4	25.8	62.7	75.7	80.8	(90.4)	(97.2)	57.1
Высшее	(0.0)	27.4	68.9	79.1	(81.5)	(91.1)	(100.0)	54.8
Национальность								
Казахки	4.7	16.4	48.7	70.4	79.6	89.2	96.8	55.1
Русские	6.8	33.9	80.5	93.9	(71.0)	(91.0)	(100.0)	62.7
Другие	(0.0)	28.9	69.4	79.0	(86.7)	(87.1)	(70.6)	60.0
Всего	4.4	26.0	64.7	75.8	79.9	89.1	93.4	58.2
МУЖЧИНЫ								
Местожительство								
Город	(8.6)	42.4	76.5	69.6	(83.5)	(96.2)	(93.9)	63.0
Село	(0.0)	(27.7)	55.8	56.6	(63.5)	(69.6)	(75.5)	53.2
Регион								
г. Алматы	*	*	*	*	*	*	*	53.2
Южный	(0.0)	(9.5)	37.3	42.4	(49.4)	69.3	95.1	41.8
Западный	(0.0)	(46.7)	(62.7)	(71.2)	(72.3)	(90.1)	(45.3)	58.9
Центральный	*	*	69.5	*	*	*	*	59.3
Северный	*	51.4	85.9	(70.7)	*	*	*	73.1
Восточный	*	(44.4)	(82.6)	(72.7)	*	*	*	66.4
Образование								
Нет образования	*	*	*	*	*	*	*	*
Начальное/Среднее	(3.3)	42.4	70.1	68.2	(72.7)	(89.3)	(76.8)	61.8
Средне-спец.	(9.1)	40.9	66.4	58.7	(64.7)	(68.9)	(80.3)	56.2
Высшее	*	(23.6)	72.3	(61.3)	*	*	*	58.7
Национальность								
Казахи	(0.0)	21.5	48.5	51.4	67.1	(77.9)	(81.0)	50.4
Русские	*	50.2	83.7	(81.9)	*	*	*	69.5
Другие	*	(37.2)	71.6	(78.9)	*	*	*	61.9
Всего	5.7	38.5	68.6	62.7	70.3	79.0	81.0	58.7

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

¹ Включает текущую беременность.

Таблица 8.5 содержит сведения о потребностях в планировании семьи в соответствии с некоторыми социально-биологическими факторами. Девять процентов замужних женщин в Казахстане имеют нереализованные потребности в планировании семьи: 4 процента имеют нереализованные потребности с целью удлинения межродового интервала, в то время как 5 процентов - с целью ограничения деторождения. Этот процент существенно снизился, по сравнению с 1995г., когда женщин с нереализованными потребностями в планировании семьи было 16 процентов.

В Казахстане общая потребность в планировании семьи среди замужних женщин составляет 75 процентов. Приблизительно 9 из каждых 10 женщин с потребностью в планировании семьи, использующих контрацепцию, имеют реализованные потребности.

Таблица 8.5 Потребность в службах 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. Казахстан, 1999

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 рож-жения	Все-го	Перенос срока рождения	Ограничение рож-жения	Все-го	Перенос срока рождения	Ограничение рож-жения	Все-го		
Возраст, лет											
15-19	13.0	0.0	13.0	28.4	10.8	39.2	42.4	10.8	53.2	75.6	63
20-24	10.1	3.4	13.4	40.3	12.7	53.0	51.1	17.4	68.5	80.4	353
25-29	5.6	5.0	10.6	43.8	21.5	65.3	49.5	26.6	76.1	86.1	506
30-34	4.5	5.1	9.6	33.2	38.4	71.6	38.1	43.4	81.6	88.2	546
35-39	1.7	5.5	7.2	15.4	61.3	76.7	17.2	66.8	84.0	91.5	617
40-44	0.4	7.3	7.7	5.3	67.0	72.3	5.7	74.3	80.0	90.4	548
45-49	0.0	3.7	3.7	2.2	47.8	50.0	2.2	51.4	53.7	93.2	385
Местожителство											
Город	2.7	4.8	7.6	23.7	43.8	67.4	26.5	48.7	75.2	90.0	1,596
Село	4.6	5.3	10.0	22.4	42.2	64.6	27.4	47.8	75.2	86.8	1,422
Регион											
г. Алматы	2.9	4.0	6.9	29.0	41.1	70.1	32.2	45.4	77.6	91.1	159
Южный	5.1	5.2	10.3	21.0	38.6	59.6	26.5	43.8	70.3	85.4	926
Западный	3.9	7.7	11.6	22.0	38.2	60.2	26.1	46.1	72.3	83.9	394
Центральный	2.8	3.7	6.5	22.0	49.5	71.5	25.3	53.2	78.5	91.8	281
Северный	2.7	4.4	7.1	24.0	45.7	69.7	26.7	50.5	77.2	90.8	837
Восточный	2.9	4.8	7.7	25.1	48.6	73.8	28.2	53.5	81.6	90.6	422
Образование											
Нет образования	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	10
Начальное/Сред.	4.8	5.3	10.1	18.9	44.7	63.6	24.1	50.4	74.4	86.5	1,054
Средне-спец.	3.1	5.3	8.4	24.1	42.1	66.2	27.4	47.5	74.9	88.7	1,367
Высшее	2.8	3.7	6.5	28.3	42.2	70.6	31.1	45.9	77.1	91.5	587
Национальность											
Казахки	4.3	5.8	10.1	24.1	39.9	64.0	28.7	45.7	74.4	86.5	1,607
Русские	2.3	4.3	6.6	22.3	47.8	70.1	24.9	52.4	77.3	91.4	904
Другие	3.7	4.2	7.9	20.9	44.6	65.5	24.7	49.3	74.0	89.3	507
Всего	3.6	5.1	8.7	23.0	43.0	66.1	26.9	48.3	75.2	88.5	3,018
Не замужние	1.5	1.1	2.6	9.2	8.1	17.3	10.8	9.3	20.2	86.9	1,782
Все женщины	2.8	3.6	6.4	17.9	30.1	48.0	20.9	33.8	54.8	88.2	4,800

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 аменорей 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 категорию включены женщины, которые неуверены, хотят ли они иметь другого ребенка, и тех, которые хотят, но не решились, когда. Нереализованные потребности относятся к беременным женщинам с нежелательной беременностью, женщинам с аменореей, у которых последний ребенок был нежелательным, и женщинам, никогда не беременевшим, без аменорей и никогда не использовавшим методы планирования семьи и не желающих 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 решились, хотят ли они иметь другого ребенка. Использование относится к тем женщинам, которые используют методы планирования семьи и не хотят иметь больше детей. Заметим, что использование специфических методов здесь не учитывается.

Таблица 8.6. Желаемое и фактическое количество детей

Процентное распределение всех женщин и мужчин в зависимости от желаемого количества детей и среднее желаемое количество детей для всех женщин и мужчин, а также для замужних женщин и женатых мужчин с учетом количества имеющихся живых детей. Казахстан, 1999

Желаемое количество детей	Количество имеющихся живых детей ¹							Всего
	0	1	2	3	4	5	6+	
ЖЕНЩИНЫ								
0	0.4	0.1	0.4	0.0	0.0	0.0	0.8	0.3
1	10.5	10.9	3.6	2.9	2.7	0.0	0.0	6.7
2	52.9	52.2	48.7	17.4	14.3	11.4	8.8	42.5
3	19.8	24.3	25.1	35.8	5.7	12.0	5.0	23.0
4	7.5	5.0	13.6	21.3	40.8	13.9	16.8	12.8
5	1.8	2.3	3.8	8.1	14.5	30.3	6.2	5.0
6+	0.7	0.7	1.7	4.9	7.1	13.1	34.3	2.9
Не определено желаемое количество детей	6.4	4.5	3.0	9.5	15.0	19.3	28.1	6.8
Всего	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Кол-во женщин	1,374	954	1,306	648	277	150	90	4,800
Все женщины:								
Среднее идеальное кол-во ²	2.3	2.3	2.7	3.4	3.9	4.6	5.0	2.8
Кол-во женщин	1,286	911	1,266	586	236	121	65	4,471
Замужние женщины:								
Среднее идеальное кол-во ²	2.5	2.4	2.7	3.5	3.9	4.6	4.9	3.0
Кол-во женщин	152	652	1,091	520	220	114	57	2,805
МУЖЧИНЫ								
0	0.3	0.0	0.0	0.0	0.0	(0.0)	(0.0)	0.1
1	4.4	1.6	1.7	1.9	0.0	(0.0)	(0.0)	2.4
2	35.2	48.0	26.2	9.6	4.6	(11.7)	(1.6)	28.1
3	19.9	27.2	29.4	24.9	5.4	(4.0)	(4.3)	22.4
4	4.4	5.2	15.9	18.2	17.3	(3.4)	(0.0)	9.8
5	4.1	3.1	9.8	16.3	9.8	(12.6)	(4.0)	7.5
6+	3.1	4.4	3.1	6.3	18.2	(19.2)	(19.2)	5.5
Не определено желаемое количество детей	28.6	10.5	14.0	22.7	44.7	(49.1)	(71.0)	24.2
Всего	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Кол-во мужчин	506	210	378	183	74	40	49	1,440
Все мужчины:								
Среднее идеальное кол-во ²	2.8	2.8	3.2	3.8	(5.4)	*	*	3.2

Поскольку уровень реализованной потребности в планировании семьи достаточно высок, нереализованная потребность не имеет ярко выраженных различий в зависимости от местожительства, региона, образования и этнической принадлежности. Несмотря на это, уровень нереализованных потребностей выше среди молодых, чем среди женщин более старшего возраста. Уровень нереализованных потребностей также выше среди женщин сельской местности (10 процентов), женщин Южного и Западного регионов (10 и 12 процентов соответственно) и среди женщин казахской национальности (10 процентов).

8.3 ИДЕАЛЬНЫЙ РАЗМЕР СЕМЬИ

Респондентам были заданы два вопроса, чтобы выяснить их мнение об идеальных размерах семьи. 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 идеального количества детей, независимо от фактического количества детей, имеющих у респондентов. Обычно прослеживается корреляция между идеальным и фактическим числом детей, поскольку женщины, желающие иметь большую семью, всячески содействуют этому.

Таблица 8.7 Среднее желаемое количество детей в зависимости от социально-биологических факторов

Среднее желаемое количество детей для всех женщин и мужчин в зависимости от возраста и некоторых и социально-биологических факторов. Казахстан, 1999

Социально-биологические факторы	Возраст, лет								Всего
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50+	
ЖЕНЩИНЫ									
Местожителство	2.2	2.4	2.5	2.7	2.7	2.6	2.9	-	2.5
Город	2.4	2.7	3.0	3.1	3.4	3.5	3.7	-	3.1
Село									
Регион	2.2	2.2	2.3	2.6	2.6	2.4	2.8	-	2.4
г. Алматы	2.7	2.9	3.3	3.4	3.6	3.6	3.8	-	3.2
Южный	2.4	2.4	2.7	3.2	3.3	3.4	3.2	-	2.9
Западный	2.1	2.3	2.5	2.5	2.5	2.5	2.4	-	2.4
Центральный	2.0	2.4	2.2	2.6	3.0	2.7	3.0	-	2.5
Северный	2.1	2.2	2.4	2.5	2.7	2.7	3.0	-	2.5
Восточный									
Образование	2.4	2.5	2.9	3.2	3.4	3.2	3.4	-	2.8
Начальное/Сред.	2.3	2.6	2.6	2.8	3.0	2.8	3.1	-	2.8
Средне-спец.	2.2	2.4	2.5	2.7	2.8	2.8	2.9	-	2.6
Высшее									
Национальность	2.6	2.7	2.9	3.2	3.4	3.5	4.0	-	3.1
Казахки	2.0	2.2	2.3	2.2	2.4	2.3	2.6	-	2.3
Русские	2.0	2.4	2.6	2.7	3.0	3.0	2.7	-	2.7
Другие									
Всего	2.3	2.5	2.7	2.9	3.0	3.0	3.1	-	2.8
МУЖЧИНЫ									
Местожителство	2.6	2.9	2.7	3.4	3.2	3.4	3.1	2.9	3.0
Город	2.6	2.9	3.0	3.6	4.0	4.0	4.4	4.4	3.5
Село									
Регион	*	*	*	*	*	*	*	*	2.7
г. Алматы									
Южный	3.3	4.3	3.7	*	4.0	*	*	*	3.9
Западный	*	*	*	*	*	*	*	*	3.8
Центральный	*	*	*	*	*	*	*	*	3.0
Северный	2.2	(2.6)	(2.5)	(3.4)	3.6	(3.2)	(3.3)	(3.8)	3.1
Восточный	(2.5)	*	*	*	(3.0)	*	*	*	3.0
Образование	2.6	3.1	(2.8)	(3.0)	3.8	(4.1)	(3.9)	4.0	3.3
Начальное/Сред.	(2.5)	2.8	2.8	3.8	3.5	3.3	(3.7)	(2.7)	3.2
Средне-спец.	*	*	*	*	(3.2)	*	*	*	3.1
Высшее									
Национальность	2.9	3.5	3.5	3.8	4.2	4.4	(4.9)	(4.7)	3.9
Казахки	2.2	(2.2)	2.2	(3.2)	3.0	2.6	(3.0)	2.6	2.6
Русские	*	*	(2.7)	*	(3.0)	*	*	(3.8)	3.1
Другие									
Всего	2.6	2.9	2.8	3.5	3.6	3.6	3.7	3.4	3.2

Примечание. Звездочка указывает на то, что цифры основаны на менее 25 невзвешенных случаях и могут не учитываться. Цифры в скобках основаны на 25-49 (невзвешенных) случаях.

Таблица 8.6 показывает, что для всех обследованных женщин средним идеальным числом детей является 2.8 и для замужних женщин - 3.0. Эти данные, практически, не изменились с 1995 года (2.9 и 3.1 соответственно).

Таблица 8.6 также показывает идеальное число детей в зависимости от числа уже имеющихся детей. Так, среднее идеальное число детей возрастает с 2.3 среди бездетных женщин до 5.0 среди женщин, имеющих 6 и более детей.

В этой же таблице указано идеальное число детей и для мужчин. В целом этот показатель для мужчин незначительно отличается от среднего идеального числа детей для женщин (3.2 и 2.8 соответственно).

Таблица 8.7 представляет информацию о среднем идеальном числе детей для всех женщин и всех мужчин в зависимости от пятилетних возрастных групп и социально-биологических факторов. Идеальное число увеличивается с возрастом респондентов: от 2.3 для женщин в возрасте 15-19 лет до 3.1 для женщин в возрасте 45-49 лет. У мужчин наблюдалась похожая картина: от 2.6 для мужчин в возрасте 15-19 лет до 3.7 для мужчин в возрасте 45-49 лет. Как и ожидалось, различия в зависимости от социально-биологических факторов у женщин оказались более выражены среди старших возрастных групп. Женщины, проживающие в сельской местности, и женщины с более низким уровнем образования в идеале желают видеть наибольшее число детей. Наиболее выраженные различия наблюдаются в зависимости от регионов и этнической принадлежности: женщины, проживающие в Южном регионе, и женщины-казашки сообщают о более высоком идеальном числе детей. Сходные различия наблюдались и у мужчин.

8.4 ЖЕЛАЕМАЯ И НЕЖЕЛАЕМАЯ РОЖДАЕМОСТЬ

В ходе ПМДК в 1999 году 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 позже (несвоевременная) или вообще не хотела ее (нежелаемая).

Таблица 8.8 показывает процентное распределение всех родов за 5 лет, предшествовавших исследованию, в зависимости от того, были ли они желаемыми тогда, позже или нежелаемыми совсем. Девять из десяти родов за последние 5 лет были желаемыми, то есть либо запланированными (82 процента), либо желаемыми позже (8 процентов). Одни из десяти родов были нежелаемыми. Как и ожидалось, про-

Таблица 8.8 Планирование деторождения

Процентное распределение родов в течение пяти лет, предшествовавших исследованию, и текущих беременностей в зависимости от планирования деторождения с учетом паритета родов и возраста матери. Казахстан, 1999.

Паритет родов и возраст матери	Планирование сроков деторождения				Всего	Кол-во родов
	Желала тогда	Желала позже	Не желала	Пропущено		
Паритет родов						
1	90.2	6.6	2.7	0.4	100.0	574
2	79.6	11.3	8.6	0.4	100.0	465
3	79.4	7.7	12.6	0.3	100.0	284
4+	73.6	7.4	19.0	0.0	100.0	265
Возраст при родах						
<19	83.1	9.6	7.1	0.3	100.0	180
20-24	82.3	11.7	5.9	0.1	100.0	585
25-29	85.7	6.1	7.4	0.8	100.0	443
30-34	81.1	6.0	12.5	0.4	100.0	250
35-39	72.8	3.9	23.3	0.0	100.0	110
40-44	*	*	*	*	100.0	20
Всего	82.4	8.3	8.9	0.3	100.0	1,587

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

цент нежелаемых родов был выше среди женщин более старшего возраста и среди женщин с высоким паритетом родов.

Таблица 8.9 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.

В Казахстане не обнаружено значительных различий между уровнем фактической и желаемой рождаемости (2.0 ребенка и 1.9 ребенка соответственно), при этом особых различий в зависимости от социально-биологических факторов не выявлено.

Таблица 8.9 Показатели желаемой рождаемости

Показатели общей желаемой и общей фактической рождаемости за трехлетний период, предшествовавший исследованию, в зависимости от некоторых социально-биологических факторов. Казахстан, 1999.

Социально-биологические факторы	Общая желаемая рождаемость	Общая фактическая рождаемость
Местожительство		
Город	1.4	1.5
Село	2.4	2.7
Регион		
г. Алматы	(0.9)	(1.0)
Южный	2.7	2.9
Западный	2.1	2.3
Центральный	1.5	1.6
Северный	1.4	1.7
Восточный	1.3	1.4
Образование		
Нет образования	(0.9)	(0.9)
Начальное/Среднее	2.2	2.4
Средне-спец.	1.9	2.1
Высшее	1.4	1.5
Национальность		
Казахи	2.3	2.5
Русские	1.2	1.4
Другие	(1.4)	(1.6)
Всего	1.9	2.0

Примечание. Показатели основаны на родах женщин 15-49 лет в течение 1-36 месяцев, предшествовавших исследованию. Аналогичные показатели общей рождаемости отражены в таблице 4.2. Цифры в скобках указывают, что одна или более составляющих по возрасту коэффициентов рождаемости основаны на менее чем 250 женщина-лет.

Джереми М. Салливан, Аукен К. Машкеев, Адыл К. Катарбаев

9.1 ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И КАЧЕСТВО ДАННЫХ

В настоящей главе сосредоточена информация о смертности детей в возрасте до пяти лет. Представленные коэффициенты смертности несут в себе информацию об уровнях и тенденциях смертности за определенные периоды времени и о некоторых различиях между отдельными группами населения.

Все коэффициенты рассчитываются на 1000 новорожденных, за исключением детской смертности, которая рассчитывается на 1000 выживших к первому году жизни. В данной главе представлены следующие показатели смертности.

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

Уровни смертности оценивались из информации, собранной в индивидуальной анкете женщины (Раздел 2 – История беременностей). В Программе медико-демографического исследования Казахстана 1999 г. (ПМДК) сбор информации о репродуктивном опыте женщины (исходы беременностей) проводился на основе международных критериев (ВОЗ, 1993). К живорожденным относили всех родившихся живыми, независимо от продолжительности гестационного срока, при наличии любых признаков жизни: дыхания, сердцебиения, произвольного сокращения мышц. Младенческая смертность – смертность младенцев, родившихся живыми, до наступления одного года.

История беременностей, согласно анкеты ПМДК, включает вопросы о каждой из беременностей, имевших место в течение всей жизни женщины; по каждому случаю рождения живого ребенка у женщины выясняли месяц, год рождения, пол ребенка, статус выживания и настоящий возраст (если ребенок жив) или возраст в момент смерти (для умерших детей).

Точность коэффициентов смертности, полученных в ходе ПМДК 1999г., зависит от вариабельности выборки, а также от ошибок, не связанных с выборкой (т.е. от полноты и точности, с какой были сообщены и записаны данные о родившихся и умерших). Вариабельность выборки обсуждается в следующем разделе этой главы. Как правило, 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.

Таблица 9.1 Младенческая и детская смертность

Уровни младенческой и детской смертности в течение пятилетних периодов, предшествовавших исследованию. Казахстан, 1999.

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	1994-99	33.6	28.3	61.9	10.1	71.4
5-9	1989-94	24.6	25.1	49.7	7.3	56.7
10-14	1984-89	29.3	25.7	54.9	11.8	66.1

^a Периоды времени с середины года до середины года: 1994-99 = от середины 1994 г. до середины 1999 г.

Чаще неполное информирование о случаях смерти характерно для неонатального периода. Если имеет место факт недоучтенности случаев смерти в раннем неонатальном периоде, то это может привести к искаженно низкому соотношению неонатальной смертности к младенческой смертности. В ретроспективных исследованиях процент недоучтенных случаев ранней младенческой смертности обычно приходится на более отдаленные во времени случаи. В связи с этим следует тщательно анализировать соотношения неонатальной смертности к младенческой смертности в различные ретроспективные периоды времени.

В таблице 9.1 представлены показатели неонатальной и младенческой смертности, полученные по результатам ПМДК 1999 г. Соотношение неонатальной к младенческой смертности для периодов времени 1984-89 г.г., 1989-94 г.г. и 1994-99 г.г., составило соответственно – 0.53, 0.50 и 0.54. При уровне младенческой смертности между 50 и 60 на 1000 в странах, обладающих полными и точными данными, указанное соотношение находится обычно в пределах 0.50 и 0.60¹. Соотношения неонатальной к младенческой смертности для Казахстана находятся в этих рамках. Следует считать поэтому, что в ПМДК не было столь значительного недоучета неонатальной смертности².

9.2 Уровни и тенденции смертности в раннем детском возрасте

В таблице 9.1 представлены данные по младенческой и детской смертности, полученные в ходе ПМДК 1999 г.г. За пятилетний период времени, предшествовавший исследованию (1994-99 г.г.), уровень младенческой смертности составил 62 на 1000 родившихся. Показатели неонатальной и постнеонатальной смертности составляли 34 и 28 на 1000 соответственно. Показатель детской смертности (от года до пяти лет) был намного ниже – 10 на 1000. В целом показатель смертности до пяти лет за этот период составил 71 на 1000.

За пятнадцатилетний период времени, предшествовавший исследованию, показатель младенческой смертности снизился с 55 на 1000 (1984-89 г.г.) до 50 на 1000 (1989-94 г.г.), но затем повысился до 62 на 1000 (1994-99 г.г.). Сходная картина наблюдается в динамике детской смертности, которая снизилась с 12 на 1000 (1984-89 г.г.) до 7 на 1000 (1989-94 г.г.) и затем повысилась до 10 на 1000 (1994-99 г.г.). Эти статистические данные служат доказательством улучшения условий жизни населения в период с конца 80-х годов до начала 90-х годов и их ухудшения – в период с начала до конца 90-х годов. Реальный показатель смертности зависит от вариабельности выборки и может отличаться от показателей смертности.

Дополнительным доказательством того, что уровни смертности повысились в последнее время, служит сравнение с показателями смертности, полученными в ходе ПМДК 1995 года. Исследованиями 1995г. показано, что младенческая смертность составляет 40 на 1000 за период времени с 1990 по 1995г.г. Этот же показатель за период времени 1994-1999г.г., полученный в ходе ПМДК 1999, составил 62 на 1000 и отражает повышение показателя на 55 процентов. Ошибка в выборке, связанная с каждым из таких показателей, является важной и предотвращает абсолютное заключение о том, что риск смертности повысился. Тем не менее, такое значение различия между показателями предполагает некоторое повышение риска смертности за последние 5 лет.

¹ Примеры неонатальной и младенческой смертности для Венгрии(1955), Италии(1955), Пуэрто-Рико (1957) опубликованы в U.N.Demographic Yearbook, 1961; и для Португалии(1968), Пуэрто-Рико(1965), Польши(1966) – в U.N.Demographic Yearbook, 1974.

² Изучение соотношения неонатальной к младенческой смертности позволяет определить погрешности неполного информирования о случаях смерти. Но следует иметь в виду, что во время анализа случаев неполного информирования этот подход не может подтвердить, какие случаи полностью и точно сообщены.

³ Статистическая выборка, на основе которой рассчитывались показатели младенческой и детской смертности в ПМДК– 1999, была представлена на 4800 женщин 15-49 лет и характеризовалась определенной вариабельностью. Следует отметить, что для показателя младенческой смертности 62 на 1000 в период времени с 1994 по 1999 г.г. доверительный интервал составил 95%. Это означает, что реальные показатели младенческой смертности в Казахстане могут колебаться в диапазоне от 47 до 76 на 1000 (см. Приложение В).

⁴ Заслуживает внимания тот факт, что обнаруживаются существенные различия между показателем младенческой смертности за период 1990-1995 г.г. (40 на 1000), выявленным в ходе ПМДК 1995 г., и тем же показателем за период 1989-1994 г.г. (50 на 1000). В данный момент мы не можем представить объяснений этим различиям. Однако можно предположить, что разница на 10 пунктов произошла вследствие ошибки в выборке.

9.3 Показатели младенческой смертности по данным Агентства РК по делам здравоохранения

В Казахстане накоплен достаточно большой опыт по сбору медико-демографической информации. Эта система, в частности, предназначена для сбора информации о случаях смерти. Данная информация первоначально поступает в областные управления статистики и здравоохранения, а затем – в Агентство РК по делам здравоохранения (АДЗ) и Агентство РК по статистике (АС). Официальные данные по младенческой смертности публикуются ежегодно в статистических отчётах.

АДЗ регистрирует данные по живорождениям и младенческой смертности, следуя критериям, установленным ещё в бывшем Советском Союзе, которые отличаются от критериев, рекомендуемых Всемирной Организацией Здравоохранения. Согласно критериям бывшего Советского Союза, беременность, завершившаяся при сроке менее 28 недель, классифицировалась как поздний выкидыш (даже при наличии признаков жизни в момент родов). Только в случае выживания преждевременно родившегося ребенка в течение 7 дней, он рассматривался как живорожденный⁵. Исход беременности, завершившейся в 28 и более недель, классифицировался как живорождение при наличии дыхания, и как мертворождение – при отсутствии дыхания. В свою очередь, роды, завершившиеся рождением живого ребенка, при наличии любого признака жизни (дыхание, сердцебиение или произвольное сокращение мышц) ВОЗ классифицировала как живорождение, независимо от гестационного срока в момент завершения беременности; это касается и беременностей, завершившихся при сроке 28 недель и более.

Таким образом, ряд случаев, которые классифицировались как случаи живорождения или младенческой смертности, согласно критериям ООН, которые были взяты за основу в ПМДК 1999г., могли быть расценены в официальной статистике РК как поздние выкидыши или мертворождения.

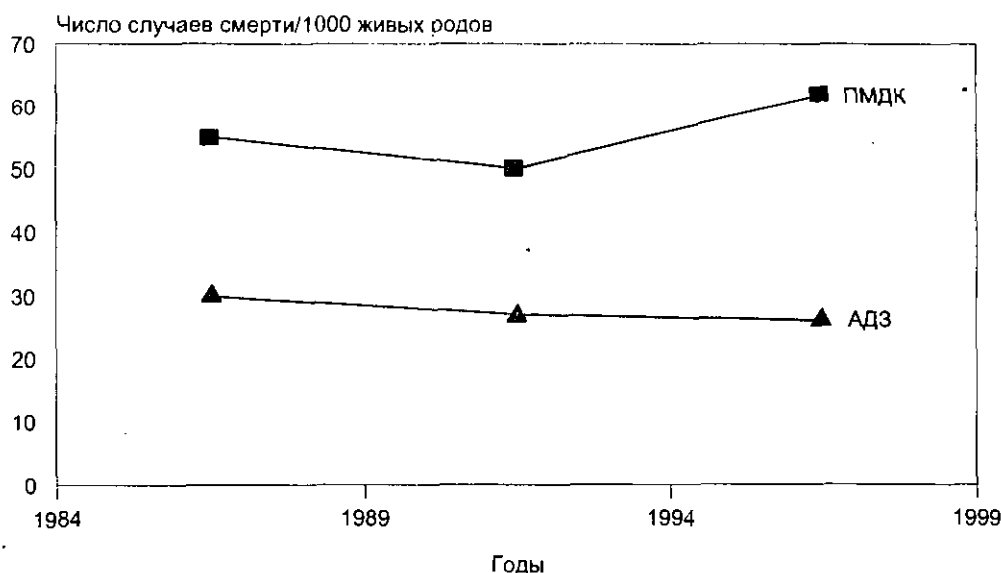
Таблица 9.2 Показатели младенческой смертности

По данным Агентства РК по делам здравоохранения (АДЗ), 1983-97 г.г.

Годы	Показатель младенческой смертности (на 1000)
1997	24.9
1996	25.4
1995	27.0
1994	27.1
1993	28.0
1992	26.2
1991	27.4
1990	26.4
1989	25.9
1988	29.2
1987	29.4
1986	29.0
1985	30.1
1984	30.2
1983	31.2
В среднем за:	
1994-97	26.1
1989-93	26.8
1984-88	29.6

Источники: Church and Koutanev (1983-93г.г.), 1995 г.; UNDP (1994-97) г.г., 1998 г.

Рисунок 9.1 Тенденции младенческой смертности по данным АДЗ и ПМДК



⁵ В случаях, когда срок беременности был неизвестен, и она завершалась рождением ребенка с весом менее 1000 граммов и длиной менее 35 сантиметров, беременность считалась недоношенной и исход классифицировался как поздний выкидыш.

Поэтому показатели младенческой и, особенно, неонатальной смертности, возможно, будут выше по результатам ПМДК 1999 г., чем по отчетам АДЗ.

В таблице 9.2 представлены показатели младенческой смертности по данным АДЗ отдельно по годам за период времени с 1983 по 1997 г.г. Также приведены средние показатели за следующие периоды времени: 1984-88 г.г., 1989-93 г.г. и 1994-97 г.г. (периоды времени соответствуют показателям, представленным в таблице 9.1). В целом, по данным АДЗ, отмечается умеренное снижение показателя младенческой смертности между 1984-88 г.г. (30 на 1000) и 1989-93 г.г. (27 на 1000) при отсутствии изменений между 1989-93 г.г. и 1994-97 г.г. (26 на 1000).

Существуют два важных различия между показателями младенческой смертности, представляемыми АДЗ, и исследованием 1999 г. (рисунок 9.1). Во-первых, показатели, по данным АДЗ, на 50 процентов ниже данных, полученных в ходе ПМДК. Как и предполагалось выше, эти различия, по-видимому, связаны с различиями в критериях оценки живорожденности и младенческой смертности. Во-вторых, также имеются различия в тенденциях показателей из двух вышеуказанных источников: показатели по данным АДЗ не демонстрируют изменений за недавние периоды времени (27 на 1000 за 1989-93 г.г. и 26 на 1000 за 1994-97 г.г.), в то время как, по данным ПМДК 1999 г. отмечается увеличение смертности за те же периоды времени (50 на 1000 за 1989-94 г.г. и 62 на 1000 за 1994-99 г.г.).

Анализ этих различий выходит за рамки этого отчета. Однако такой анализ был бы полезен для понимания определенных различий между данными АДЗ и ПМДК 1999 г. с учетом той степени, в которой отдельные периоды младенчества играют свою роль в формировании различий в показателях младенческой смертности. Показатели как по данным АДЗ, так и по данным ПМДК 1999 г. могут быть рассчитаны для раннего неонатального периода (0-6 дней), позднего неонатального периода (7-28 дней) и постнеонатального периода (29-365 дней). Это важно для обзора этих показателей, поскольку только различия, вносимые ранним неонатальным периодом, могут быть отнесены к определенным различиям между системами оценки показателей младенческой смертности. В дополнение к этому необходимо принять во внимание вариабельность выборки показателей исследования.

9.4 СОЦИАЛЬНО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ РАЗЛИЧИЯ МЛАДЕНЧЕСКОЙ И ДЕТСКОЙ СМЕРТНОСТИ

В таблице 9.3 показаны различия в уровнях младенческой и детской смертности для различных социально-биологических подгрупп населения, т.е. в зависимости от местожительства, уровня образования и этнической принадлежности матери. Показатели были оценены за десятилетний период, предшествовавший ПМДК.

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

Уровни младенческой и детской смертности в течение десятилетнего периода, предшествовавшего исследованию. Казахстан, 1999.

Социально-биологические факторы	Нео-натальная смертность (НН)	Постнео-натальная смертность (ПНН)	Младенческая смертность (IQ ₀)	Детская смертность (IQ ₁)	Смертность до пяти лет (SQ ₀)
Местожительство					
Город	25.5	18.2	43.7	6.7	50.1
Село	30.7	33.0	63.8	10.1	73.2
Образование					
Начальное/среднее	28.0	29.0	57.0	11.0	67.4
Среднее-спец.	30.2	26.0	56.2	6.6	62.5
Высшее	24.8	22.3	47.1	8.2	55.0
Национальность					
Казахки	26.5	31.7	58.2	10.4	68.0
Русские	33.5	6.4	39.8	3.8	43.5
Другие	30.4	28.7	59.0	6.6	65.2
Всего	28.4	26.5	54.9	8.5	63.0

Таблица 9.4 Младенческая и детская смертность в зависимости от демографических показателей. Казахстан, 1999.

Демографические факторы	Неонатальная смертность (НН)	Постнеонатальная смертность (ПНН)	Младенческая смертность (1q0)	Детская смертность (4q1)	Смертность до пяти лет (5q0)
Пол ребенка					
Муж.	32.6	29.5	62.0	10.6	72.0
Жен.	24.0	23.3	47.3	6.4	53.4
Возраст матери при рождении					
<20	(52.2)	(27.3)	(79.5)	(4.8)	(83.9)
20-29	24.4	26.5	50.9	10.3	60.7
30-39	25.7	24.6	50.3	5.4	55.5
Паритет родов					
1	29.7	21.4	51.0	11.2	61.6
2-3	26.2	25.6	51.7	5.2	56.7
4+	30.6	32.2	62.8	15.5	77.3
Продолжительность междодового интервала					
<2 лет	42.3	40.3	82.6	5.8	87.9
2-3 года	14.8	30.9	45.8	9.0	54.3
4+ лет	23.5	16.6	40.1	6.5	46.3
Всего	28.4	26.5	54.9	8.5	63.0

Примечание. Скобки указывают на то, что уровень смертности основан на 200-499 рождений.

Показатели смертности в зависимости от местожительства респондентов выявляют схожесть с данными, которые были получены во многих странах мира. Показатели смертности для сельской местности превышают таковые для городской местности во всех возрастных группах. По данным ПМДК 1999 г. младенческая смертность в сельской местности была выше по сравнению с городской на 46 процентов (64, против 44 на 1000). Смертность детей до 5 лет показала такую же тенденцию – 73 на 1000 в селе, против 50 на 1000 в городе; процент превышения составил 46.

Анализ смертности детей в зависимости от уровня образования матери выявил закономерное снижение показателей с повышением уровня образования матерей. ПМС у детей, матери которых имеют начальное/среднее образование (57 на 1000) или средне-специальное (56 на 1000), превышает показатель для детей, матери которых имеют высшее образование (47 на 1000).

Значительные различия в показателях смертности были также выявлены в зависимости от этнической принадлежности. Показатель младенческой смертности для детей казахской национальности (58 на 1000) превышал этот показатель для детей русской национальности (40 на 1000) на 46 процентов. Что касается смертности детей до пяти лет, то показатели для детей казахской национальности (68 на 1000) превышали аналогичные показатели для детей русской национальности (44 на 1000) на 56 процентов.

9.5 ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ РАЗЛИЧИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ МЛАДЕНЧЕСКОЙ И ДЕТСКОЙ СМЕРТНОСТИ

В таблице 9.4 отражена взаимосвязь между уровнем смертности в раннем детском возрасте и некоторыми демографическими параметрами. Также как и в случае с социально-экономическими различиями, данные показатели исследовались за десятилетний период, предшествовавший ПМДК.

Как и во многих других странах, в Казахстане младенческая смертность среди мальчиков (62 на 1000) превышает смертность среди девочек (47 на 1000). Также наблюдались различия между показателями детской смертности (т.е. смертности в возрасте от 1 до 5 лет) в зависимости от пола: для мальчиков – 11 на 1000 родившихся и для девочек – 6 на 1000 родившихся.

Таблица 9.5 Характер рождаемости с высоким риском

Процентное распределение рождений в течение пяти лет, предшествовавших исследованию, в зависимости от наличия повышенного риска смертности и процентное распределение незамужних женщин с вероятным рождением детей с потенциально высоким риском смертности в зависимости от категорий повышенного риска. Казахстан, 1999.

Категория риска	Роды, в течение 5 лет, предшествовавших исследованию		Процент замужних женщина
	Процент родов	Соотношение риска	
Нет категории повышенного риска	28.1	1.0	32.3 ^b
Неизбежная категория риска			
Первые роды в интервале 18- 34 года	33.2	1.3	5.3
Одна категория повышенного риска			
Возраст матери <18 лет	2.2	1.2	0.2
Возраст матери >34 лет	3.8	0.2	35.9
Межродовой интервал <24 мес.	15.8	1.5	7.3
Порядок родов >3	8.2	1.1	2.5
Всего для этой группы	30.1	1.2	45.9
Группа категорий повышенного риска			
Возраст >34 и межродовой интервал <24 мес.	0.4	7.9	0.3
Возраст >34 и паритет родов >3	4.0	0.8	14.2
Возраст >34 и межродовой интервал <24 мес. и паритет родов >3	0.4	4.8	0.7
Межродовой интервал <24 мес. и паритет родов >3	3.9	2.4	1.3
Всего для этой группы	8.6	2.0	16.5
Любая категория повышенного риска	38.7	1.4	62.4
Всего	100.0	-	100.0
Кол-во родов	1,449	-	3,018

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

Анализ взаимосвязи между смертностью детей и паритетом родов показал, что дети, родившиеся от четвертых и более по счету родов, имеют более высокий риск смертности, чем дети, родившиеся от родов меньшего порядка.

Отчетливая связь обнаружена между риском смертности и продолжительностью межродового интервала. Более высокий риск младенческой смертности имеют дети, родившиеся с межродовым интервалом продолжительностью менее двух лет (83 на 1000), по сравнению с детьми, родившимися с более длительным (2-3 года) межродовым интервалом (46 на 1000) или с интервалом в 4 и более лет (40 на 1000). Анализ взаимосвязи между темпом деторождения и уровнем младенческой смертности предполагает, что некоторое снижение смертности могло бы иметь место при удлинении межродового интервала.

9.6 Рождаемость повышенного риска

Предыдущие исследования выявили отчетливую взаимосвязь между характером рождаемости и риском смертности в детском возрасте (Sullivan et al., 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 двух лет; *роды с высоким паритетом* – четвертые или более по счету.

В таблице 9.5 показано распределение детей, родившихся в течение пяти лет, предшествовавших исследованию, с учетом всех вышеперечисленных факторов риска. Категория риска – «первые роды у женщин в возрасте 18-34 года» включена в таблицу отдельно, поскольку она рассматривается в качестве категории неизбежного риска и не может быть анализирована наравне с другими факторами риска.

В первой колонке таблицы 9.5 представлен удельный вес детей, родившихся с факторами повышенного риска, за пятилетний период, предшествовавший исследованию. У 30% родившихся детей имеет место, по меньшей мере, одна категория риска. У 9% – категории риска носят множественный характер.

Во второй колонке таблицы показано соотношение степени риска смертности для детей, родившихся с факторами риска, к степени риска для детей, родившихся без факторов риска. Указанное соотношение для детей с одним фактором риска составляет 1.2. Это означает, что риск смертности для детей, родившихся с одним фактором риска, на 20 процентов выше, чем для детей, родившихся без факторов риска. Указанное соотношение для детей с множественными факторами риска составляет 2.0 (т.е. выше на 100 процентов).

Из информации, представленной в третьей колонке таблицы 9.5, можно прогнозировать о том, каков процент замужних женщин, которые могут потенциально родить детей с высоким риском смертности. Данные были 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, последние 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 62 процентов замужних женщин могут родиться дети с потенциально высоким риском смертности. У 17 процентов женщин могут родиться дети с множественными факторами риска

Торегельды Ш. Шарманов, Ардак Б. Чуенбекова, Адыл К. Катарбаев

В настоящей главе представлены результаты исследований, касающихся оказания медицинской помощи матери и ребенку в Казахстане. Эта информация включает следующие вопросы: а) медицинские учреждения оказания первичной медицинской помощи населению; б) антенатальная помощь и помощь в родах; в) вакцинопрофилактика детей; г) случаи заболевания (респираторная инфекция, лихорадка, диарея) среди детей в течение двух последних недель, предшествовавших интервью.

10.1 МЕДИЦИНСКИЕ УЧРЕЖДЕНИЯ ОКАЗАНИЯ ПЕРВИЧНОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ

Традиционно медицинское обслуживание в Казахстане обеспечивалось через широкую сеть учреждений первичной медико-санитарной помощи, таких как поликлиники, больницы (городские, сельские, родильные дома и другие), женские консультации в городах и фельдшерско-акушерские пункты (ФАПы) в сельских местностях. Данные учреждения были ответственны за обеспечение многих видов первичной медицинской помощи, включая обычную оценку физического развития, вакцинопрофилактику, антенатальную помощь, а также помощь в родах. С целью администрирования вся территория республики была разделена на зоны медицинского обслуживания, приблизительно по 3000-4000 человек в каждой. Специализированная медицинская помощь осуществлялась на вторичном и третичном уровнях системы здравоохранения.

В последнее время в Казахстане была создана сеть *Семейно-Врачебных Амбулаторий (СВА)*. В отдельных областях СВА стали для многих семей обычным источником медицинского обслуживания, заменив поликлиники и другие традиционные типы учреждений здравоохранения первичного звена. Основная цель такого реформирования системы здравоохранения заключается в переходе от дорогостоящего специализированного медицинского обслуживания к первичному здравоохранению. Оказание медицинской помощи сетью СВА более производительнее, по сравнению с традиционной системой здравоохранения, так как оно основано на системе подушевого финансирования, что приводит к усилению автономии администрирования и внутреннего контроля, в то время как первичное здравоохранение требует дополнительных источников финансирования.

Женщины, опрошенные в ПМДК 1999 г., спрашивали о наличии медицинского учреждения, куда они обычно обращаются за медицинской помощью, и к какому типу оно относится – СВА, поликлиника, женская консультация, ФАП, больница или другое учреждение. Результаты ответов представлены в таблице 10.1.

Тридцать семь процентов женщин ответили, что СВА являются для них обычным источником медицинской помощи, тогда как 27 процентов женщин за медицинской помощью обычно обращаются в поликлиники. СВА являются наиболее распространенным источником медицинского обслуживания в Западном, Центральном и Восточном регионах (51, 52 и 55 процентов соответственно). Однако в г. Алматы менее 1 процента женщин назвали СВА в качестве источника медицинского обслуживания, 92 процента из них обычно обращаются в поликлиники.

В целом в Казахстане 14 процентов женщин рассматривают больницы как обычный источник оказания медицинской помощи. В Южном и Северном регионах женщины за медицинской помощью чаще обращаются в больницы, в которых оказывается специализированная медицинская помощь (19 и 18 процентов соответственно), по сравнению с г. Алматы, Западным и Восточными регионами, где только 3, 5 и 8 процентов женщин полагаются на больницы в качестве постоянного источника медицинского обслуживания. Четырнадцать процентов женщин в Казахстане обычно обращаются в ФАПы (фельдшерско-акушерские пункты), в которых, в основном, оказывается антенатальная помощь и помощь в родах в сельских и отдаленных местностях.

10.2 АНТЕНАТАЛЬНАЯ ПОМОЩЬ

В ПМДК 1999 г. интервьюеры были инструктированы о необходимости перечисления в анкете всего медицинского персонала, оказывавшего как антенатальную помощь, так и помощь в родах, имен-

Таблица 10.1 Медицинские учреждения оказания первичной помощи населению в соответствии с типом учреждения здравоохранения

Процентное распределение женщин, сообщивших о наличии источника медицинской помощи в зависимости от типа учреждения здравоохранения, в зависимости от социально-биологических факторов. Казахстан, 1999.

Социально-биологические факторы	Семейно-врачебная амбулатория	Поликлиника	Женская консультация	ФАП	Больница	Другое	Другое амбулаторное учреждение	Не знает	Пропущено	Всего	Кол-во женщин
Возраст											
15-19	35.4	26.9	0.0	15.7	15.4	3.2	2.7	0.2	0.5	100.0	709
20-24	34.3	27.2	0.3	15.3	15.0	3.5	3.9	0.2	0.4	100.0	604
25-29	39.3	26.0	0.2	11.1	15.0	4.2	4.0	0.0	0.2	100.0	644
30-34	37.6	24.5	0.1	15.7	13.1	4.7	4.2	0.0	0.1	100.0	656
35-39	37.1	24.9	0.3	15.2	14.2	4.9	3.0	0.2	0.1	100.0	695
40-44	35.5	30.5	0.1	13.8	13.0	4.1	2.9	0.1	0.1	100.0	629
45-49	38.2	31.8	0.0	14.0	9.4	3.0	3.4	0.3	0.0	100.0	484
Местожителство											
Город	41.0	43.5	0.1	0.1	12.2	2.6	0.2	0.2	0.1	100.0	2,442
Село	31.4	7.1	0.1	32.1	15.7	5.7	7.5	0.0	0.3	100.0	1,979
Регион											
г. Алматы	0.7	92.0	0.7	0.2	3.3	3.3	0.0	0.0	0.0	100.0	267
Южный	36.4	15.1	0.2	15.7	19.4	6.9	6.0	0.0	0.3	100.0	1,341
Западный	51.4	31.9	0.0	5.6	5.2	2.7	2.8	0.3	0.0	100.0	529
Центральный	52.1	26.1	0.1	6.3	10.0	4.1	0.1	0.9	0.2	100.0	413
Северный	24.2	29.4	0.0	26.1	17.7	2.6	0.0	0.0	0.1	100.0	1,229
Восточный	54.5	18.2	0.1	8.1	8.3	1.9	8.6	0.1	0.3	100.0	643
Образование матери											
Начальное/среднее	37.2	20.6	0.0	19.2	14.5	3.8	4.3	0.1	0.3	100.0	1,753
Средне-спец.	37.5	26.5	0.2	13.1	15.0	4.5	3.0	0.0	0.1	100.0	1,782
Высшее	34.4	41.7	0.2	7.8	9.8	3.2	2.4	0.4	0.1	100.0	886
Национальность											
Казахи	38.1	20.8	0.1	18.3	13.0	4.6	4.8	0.1	0.2	100.0	2,363
Русские	34.9	37.6	0.1	7.1	14.4	3.1	2.5	0.2	0.1	100.0	1,346
Другие	35.8	28.8	0.3	15.6	15.2	3.5	0.5	0.0	0.3	100.0	712
Всего	36.7	27.2	0.1	14.4	13.8	4.0	3.4	0.1	0.2	100.0	4,421

Примечание. Цифры указывают на количество родов в течение 0-59 месяцев, предшествовавших исследованию. Цифры в сумме могут не составлять 100 процентов по причине округления.
ФАП - Фельдшерско-Акушерский Пункт

ших место в течение пяти лет, предшествовавших интервью. Информация об антенатальной помощи собиралась с целью выяснения уровня квалификации медперсонала, оказывавшего помощь.

В таблице 10.2 и на рисунке 10.1 отражена информация о процентном распределении родов, при которых была оказана антенатальная помощь. Значительному количеству матерей (94 процента) была оказана квалифицированная медицинская помощь. В 76 процентах случаев родов, имевших место в течение пяти лет, предшествовавших интервью, женщинам антенатальная помощь была оказана врачами; только 3 процента матерей получили антенатальную помощь со стороны фельдшеров и 15 процентов – со стороны медицинских сестер или акушерок. Большинству городских женщин (84 процента) антенатальная помощь была оказана врачами, только 1 процент матерей получили помощь со стороны фельдшеров и 6 процентов – со стороны медицинских сестер или акушерок, в то время как сельским женщинам антенатальная помощь со стороны врачей была оказана в 69 процентах случаев, фельдшерами – в 5 процентах случаев и медицинскими сестрами или акушерками – в 23 процентах случаев.

Различия в оказании антенатальной помощи матерям в зависимости от их возраста были незначительными. Различия же в зависимости от паритета родов – существенными. При первых родах помощь была оказана врачом чаще (83 процента), чем при шестых и более родах (67 процентов).

Значительные различия в источниках оказания антенатальной помощи выявлены в зависимости от региона. Процент женщин, получивших врачебную помощь, был значительно выше в г. Алматы (89 процентов), по сравнению с остальными регионами. Процент матерей, не получивших антенатальную помощь, был более высоким в Центральном и Восточном регионах (17 и 13 процентов соответственно).

Таблица 10.2 Антенатальная помощь

Процентное распределение родов, состоявшихся в течение 5 лет, предшествовавших исследованию, в зависимости от лица, оказавшего антенатальную помощь, и социально-биологических факторов. Казахстан, 1999.

Социально-биологические факторы	Лицо, оказавшее антенатальную помощь ¹				Пропущено	Всего	К-во родов
	Врач	Фельдшер	Мед-сестра/ акушерка	Никто			
Возраст матери, лет							
< 20	80.7	0.6	14.4	2.4	1.8	100.0	111
20-34	74.7	4.0	15.2	5.7	0.3	100.0	905
35+	82.8	0.6	13.2	3.4	0.0	100.0	112
Паритет родов							
1	83.3	3.2	9.4	4.1	0.0	100.0	357
2-3	74.3	3.9	16.3	4.6	0.9	100.0	570
4-5	68.9	2.5	20.3	8.3	0.0	100.0	153
6+	66.6	1.4	22.0	9.9	0.0	100.0	49
Местожительство							
Город	84.4	1.3	5.5	7.8	1.0	100.0	523
Село	68.9	5.1	23.1	2.9	0.0	100.0	605
Регион							
г. Алматы	88.5	0.0	4.6	6.9	0.0	100.0	40
Южный	74.9	1.8	19.8	3.0	0.5	100.0	460
Западный	69.7	8.2	20.1	1.4	0.6	100.0	153
Центральный	81.4	0.0	2.0	16.6	0.0	100.0	101
Северный	79.3	4.6	12.9	2.4	0.8	100.0	244
Восточный	73.9	4.5	8.5	13.1	0.0	100.0	131
Образование матери							
Начальное/среднее	67.7	4.3	21.2	6.9	0.0	100.0	430
Средне-спец.	80.4	3.6	10.7	4.7	0.6	100.0	499
Высшее	83.4	0.9	12.0	2.6	1.0	100.0	199
Национальность							
Казахи	73.4	3.4	17.8	4.9	0.4	100.0	741
Русские	83.5	4.4	5.4	5.8	0.9	100.0	225
Другие	77.9	1.7	14.8	5.6	0.0	100.0	162
Количество решений, принятых женщиной							
0-1	74.1	4.8	17.6	2.6	0.8	100.0	261
2-3	77.6	3.8	13.4	4.9	0.3	100.0	671
4-5	73.5	0.0	16.5	9.5	0.5	100.0	197
Количество причин отказа от половых отношений							
0	77.1	6.7	9.2	6.9	0.0	100.0	25
1-2	82.1	4.0	11.0	2.9	0.0	100.0	82
3-4	75.6	3.2	15.4	5.3	0.5	100.0	1,021
Количество причин, оправдывающих избитие женщины							
4-5	69.2	2.0	22.2	6.6	0.0	100.0	71
1-3	71.5	5.0	18.1	4.2	1.2	100.0	347
0	79.0	2.7	12.6	5.5	0.1	100.0	712
Все роды	76.1	3.4	14.9	5.2	0.4	100.0	1,129

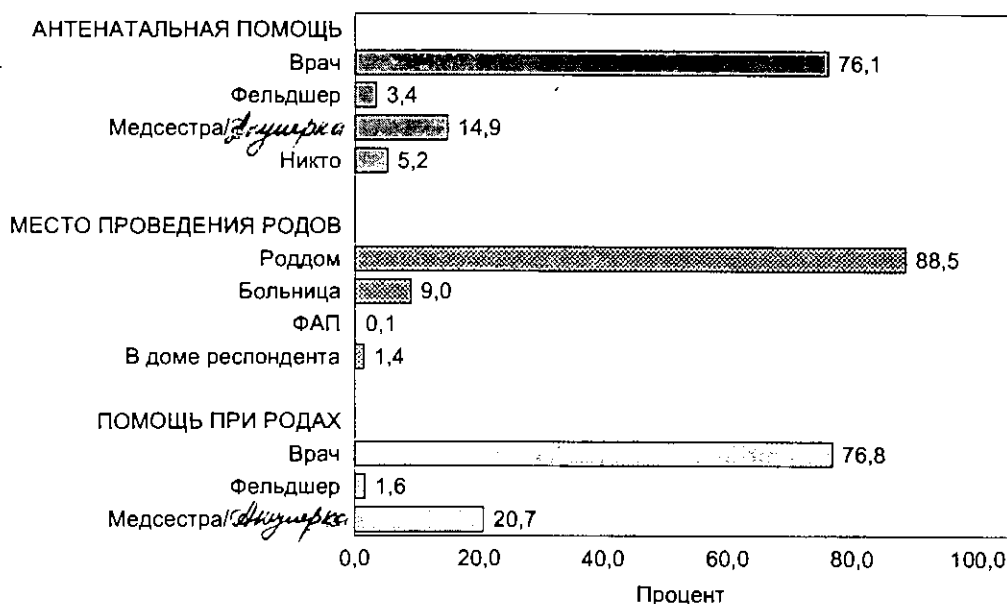
Примечание. Цифры указывают на роды, состоявшиеся в течение 0-59 месяцев, предшествовавших исследованию.

¹ Если респондент указала более одного лица, оказавшего антенатальную помощь, то учитывалось наиболее квалифицированное из них.

Обеспеченность антенатальной помощью также зависела от уровня образования и этнической принадлежности матерей. Так, женщинам с более высоким уровнем образования и респондентам русской национальности антенатальная помощь оказывалась врачами чаще, чем женщинам с низким уровнем образования, а также респондентам казахской и других национальностей.

Раннее оказание антенатальной помощи более эффективно в предупреждении 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.

Рисунок 10.1 Процентное распределение родов в зависимости от антенатальной помощи, места проведения родов и родовспоможения



Примечание. Данные основаны на родах за пятилетний период, предшествовавший исследованию

ПМДК 1999

В таблице 10.3 представлена информация о сроках и количестве посещений женских консультаций респондентами во время беременностей, завершившихся живыми родами в течение последних пяти лет, предшествовавших ПМДК 1999 г. Большинство женщин (84 процента) впервые посетили женскую консультацию к началу третьего месяца беременности. К началу шестого месяца беременности ее посетили 92 процента женщин. Средний срок беременности при первом посещении женской консультации составил 3.5 месяца.

В таблице 10.3 также показано, что 70 процентов респондентов посетили женскую консультацию четыре и более раз. Среднее количество посещений составило 9.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что женщины в Казахстане хорошо осведомлены о преимуществах оказания ранней и непрерывной антенатальной помощи в течение всей беременности:

10.3 СОДЕРЖАНИЕ АНТЕНАТАЛЬНОЙ ПОМОЩИ

Определение объема медицинской помощи, оказанной в течение антенатальных посещений, имеет большое значение для оценки качества оказания антенатальной помощи. В Казахстане во время антенатальных посещений обязательно проводятся следующие мероприятия: измерение веса, роста, артериального давления, общий анализ крови и мочи. Эти процедуры способствуют ранней диагностике осложнений беременности, которые являются частой причиной как материнской, так и детской смертности и заболеваемости.

В ПМДК 1999 г. респондентов спрашивали, проводились ли выше перечисленные мероприятия, по крайней мере, один раз в течение беременности, имевшей место за последние пять лет, предшествовавших интервью. Кроме того, женщин просили сообщить, были ли они проинформированы о возможных признаках развивающихся осложнений беременности.

В таблице 10.4 представлена информация о количестве женщин, которым в течение последней беременности, имевшей место за последние пять лет, предшествовавших исследованию, в процессе оказания антенатальной помощи были проведены выше перечисленные рутинные мероприятия, а также о коли-

честве матерей, которым сообщили о возможных признаках осложнений беременности, в зависимости от общей характеристики респондентов. Как видно из таблицы, примерно половина женщин были проинформированы о возможных признаках осложнений беременности. Более чем у 70 процентов респондентов в течение антенатальных посещений измеряли артериальное давление, были взяты анализы крови и мочи. Измерение роста и веса в антенатальном периоде было проведено у 67 и 68 процентов женщин соответственно.

Среди городских женщин указанные мероприятия проводились чаще, по сравнению с матерями, проживающими в сельских местностях; аналогично положение среди женщин, проживающих в г. Алматы и в Северном регионе, по сравнению с респондентами из других регионов. Среди женщин с высоким уровнем образования и респондентов русской национальности данные мероприятия в процессе антенатальных посещений проводились чаще, чем среди матерей с низким уровнем образования, а также среди женщин других национальностей.

Значительные различия в объеме антенатальной помощи выявлены в зависимости от возраста матери и паритета родов. Процент лиц, которым проводились выше перечисленные процедуры, был значительно выше у женщин в возрасте 35 лет и старше, у которых, как известно, имеется более высокий риск осложнений беременности. Частота проведения этих мероприятий у беременных женщин увеличивается с паритетом родов.

10.4 Место проведения родов и родовспоможение

Важным фактором, значительно снижающим риск возникновения инфекционных осложнений и гарантирующим физиологическое течение родов, является создание соответствующих санитарно-гигиенических условий и оказание квалифицированной медицинской помощи во время родов. В ПМДК 1999г. респондентам задавались вопросы о месте проведения родов, характере помощи, оказываемой при них, за пятилетний период, предшествовавший исследованию.

В таблице 10.5 показано, что 98 процентов всех родов проводилось в медицинских учреждениях. Большинство родов (89 процентов) происходили в родильных домах, 9 процентов – в государственных больницах. Только в двух процентах случаев роды были проведены вне лечебного учреждения (преимущественно дома у респондента). Высоким процентом проведения родов в родильных домах объясняются незначительные различия в месте проведения родов в зависимости от общей характеристики респондентов отдельных групп населения. В таблице 10.5 показано, что среди всех групп населения процент родов, проведенных в родильных домах, составил 81 процент и выше.

В таблице 10.6 представлена информация о лицах, оказывавших помощь при родах. В 77 процентах случаев помощь оказывалась врачом, в 22 процентах случаев – фельдшером, медсестрой или акушеркой.

В то время как фактически все роды были проведены квалифицированным медицинским персоналом, имелись различия в проценте оказания медицинской помощи в родах врачом и фельдшером, медицинской сестрой или акушеркой в зависимости от места жительства и региона. Так, в городской местности 86 процентов родов происходили с участием врачей, а на селе – 70 процентов. Помощь в родах в Центральном регионе и в г. Алматы оказывалась врачами чаще (90 и 89 процентов соответственно), чем в Восточном и Южном регионах республики (77 и 71 процентов соответственно).

Аналогично положению об оказании антенатальной помощи было установлено, что квалификация персонала, оказывавшего помощь в родах, была тем выше, чем выше уровень образования респондентов. Кроме того, респондентам русской национальности помощь в родах оказывалась врачами чаще (85 процентов), чем респондентам казахской или другой национальности (75 процентов).

Таблица 10.3 Количество антенатальных визитов и срок беременности

Процентное распределение родов, состоявшихся в течение 5-ти лет, предшествовавших исследованию, по количеству антенатальных визитов и сроку беременности ко времени первого визита. Казахстан, 1999.

Показатели	Процент
Количество визитов	
0	5.2
1	2.8
2-3	8.1
4+	70.0
Не знают/пропустию	13.9
Всего	100.0
Среднее	9.0
Срок беременности при первом визите	
Ни какой антенатальной помощи	5.2
<3 месяцев	84.0
3-5 месяцев	8.2
6+ месяцев	1.8
Не знают/пропустию	0.8
Всего	100.0
Среднее	3.5
Количество родов	1.129

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

Таблица 10.4 Содержание антенатальной помощи

Процент последних родов, состоявшихся в течение 5-ти лет, предшествовавших исследованию, среди матерей, получивших антенатальную помощь, по характеру антенатальной помощи в зависимости от социально-биологических факторов. Казахстан, 1999.

Социально-биологические факторы	Дата информации о признаках осложнений беременности	Исследования					Принимала препараты железа	К-во родов
		Артериальное давление	Анализ мочи	Анализ крови	Взвешивание	Изменение роста		
Возраст матери, лет								
< 20	42.7	64.8	64.1	64.1	61.0	58.0	30.2	164
20-34	49.4	71.6	72.2	72.3	66.9	66.3	37.9	1,162
35+	70.3	86.7	85.2	85.2	85.6	82.5	43.3	123
Паритет родов								
1	44.9	64.8	64.9	64.9	62.4	60.0	33.9	522
2-3	52.9	76.7	77.0	77.2	70.7	70.7	40.0	689
4-5	51.4	74.0	74.1	74.1	70.0	68.2	35.4	184
6+	70.1	79.0	81.6	81.6	76.5	76.5	46.8	54
Местожителъство								
Город	57.6	77.5	77.8	77.8	75.5	73.7	46.2	612
Село	45.3	68.2	68.5	68.6	62.2	61.6	31.0	837
Регион								
г. Алматы	63.3	81.6	80.6	80.6	79.6	74.5	55.1	45
Южный	48.2	65.9	66.3	66.5	58.5	58.3	32.2	660
Западный	48.8	75.3	75.2	75.2	71.3	70.1	33.0	193
Центральный	51.5	69.8	69.9	69.9	68.8	65.8	39.4	118
Северный	53.2	82.0	82.6	82.6	80.7	78.7	47.2	284
Восточный	52.6	75.9	75.9	75.9	75.9	75.4	41.2	149
Образование матери								
Начальное/среднее	42.5	64.7	65.4	65.6	60.1	58.3	28.9	599
Средне-спец.	54.5	75.7	75.8	75.8	71.4	71.1	42.0	616
Высшее	60.3	81.9	81.7	81.7	78.3	76.9	47.5	233
Национальность								
Казахки	47.4	68.5	68.6	68.8	62.6	62.1	36.6	1,002
Русские	58.4	82.6	83.0	83.0	81.7	79.6	41.7	251
Другие	56.0	77.1	78.1	78.1	76.9	74.1	36.3	196
Все роды	50.5	72.1	72.4	72.5	67.8	66.7	37.5	1,449

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

10.5 КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ И ВЕС РЕБЕНКА ПРИ РОЖДЕНИИ

В ПМДК 1999 г. респондентов спрашивали о проведении родов кесаревым сечением. Задавались также вопросы о том, взвешивали ли ребенка сразу после родов, и если да, то просили сообщить о его весе. Кроме того, матерей просили высказать их субъективную оценку о размере ребенка при рождении (очень большой, больше среднего, средний, меньше среднего или очень маленький).

В таблице 10.7 показано, что, по сообщениям матерей, 10 процентов родов, происшедших в течение пятилетнего периода, предшествующего ПМДК 1999 г., были проведены кесаревым сечением. Этот показатель несколько выше имеющихся официальных статистических данных (6 процентов) (Агентство РК по делам здравоохранения, 1998 г.). Более высокая частота этого вида родоразрешения была характерна для матерей старших возрастных групп (особенно для женщин в возрасте 35 лет и старше), для респондентов, проживающих в городской местности, для женщин с высшим образованием, а также для женщин не коренной национальности. В г. Алматы и Западном регионе путем кесарева сечения проведено 20 и 13 процентов родов соответственно, в остальных регионах этот показатель колебался между 7 и 9 процентами.

При более чем 97 процентах родов, имевших место в течение последних пяти лет, матери сообщили, что их детей взвешивали при рождении. В таблице 10.7 показано, что 7 процентов детей имели вес

Таблица 10.5 Место проведения родов

Процентное распределение родов, состоявшихся за 5-летний период, предшествовавший исследованию, по месту их проведения и в зависимости от социально-биологических факторов. Казахстан, 1999.

Социально-биологические факторы	Место проведения родов							Всего	К-во женщин
	Роддом	Государственная больница	ФАП ¹	Дома у респондента	Другое гос. мед. учрежд.	Другое	Не знает/пропущено		
Возраст матери при родах, лет									
< 20	92.2	5.1	0.0	0.3	1.7	0.4	0.3	100.0	164
20-34	88.0	9.8	0.1	1.2	0.3	0.2	0.4	100.0	1,162
35+	88.8	6.5	0.0	4.7	0.0	0.0	0.0	100.0	123
Порядок родов									
1	89.2	9.7	0.0	0.4	0.1	0.1	0.5	100.0	522
2-3	89.6	8.2	0.2	0.9	0.5	0.1	0.4	100.0	689
4-5	85.0	9.3	0.0	3.8	1.1	0.8	0.0	100.0	184
6+	80.5	10.2	0.0	9.3	0.0	0.0	0.0	100.0	54
Местожительство									
Город	89.6	8.3	0.0	0.8	0.7	0.0	0.6	100.0	612
Село	87.7	9.4	0.2	1.9	0.3	0.3	0.2	100.0	837
Регион									
г. Алматы	95.9	3.1	0.0	1.0	0.0	0.0	0.0	100.0	45
Южный	87.0	11.1	0.0	0.9	0.2	0.2	0.5	100.0	660
Западный	90.2	3.5	0.0	5.1	0.0	0.4	0.9	100.0	193
Центральный	95.3	2.9	0.7	0.7	0.0	0.3	0.0	100.0	118
Северный	89.1	9.5	0.0	0.0	1.4	0.0	0.0	100.0	284
Восточный	84.5	12.1	0.5	2.0	0.5	0.0	0.4	100.0	149
Образование матери									
Начальное/среднее	84.1	12.5	0.1	2.2	0.7	0.1	0.2	100.0	599
Средне-спец.	91.6	6.3	0.1	1.1	0.3	0.3	0.4	100.0	616
Высшее	91.9	6.9	0.0	0.3	0.0	0.0	0.9	100.0	233
Национальность									
Казахки	88.3	9.0	0.2	1.7	0.2	0.2	0.6	100.0	1,002
Русские	90.4	6.8	0.0	1.1	1.7	0.0	0.0	100.0	251
Другие	87.6	11.6	0.0	0.5	0.0	0.4	0.0	100.0	196
Аntenальные визиты									
Визитов не было	80.5	13.2	0.0	3.7	2.6	0.0	0.0	100.0	79
1-3 визита	84.7	12.7	0.0	1.9	0.4	0.0	0.3	100.0	174
4 + визитов	89.8	8.4	0.1	1.1	0.1	0.2	0.2	100.0	999
Не знает/пропущено	88.8	6.8	0.4	1.4	1.0	0.0	1.6	100.0	196
Все роды	88.5	9.0	0.1	1.4	0.4	0.2	0.4	100.0	1,449

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

¹ ФАП = Фельдшерско-Акушерские Пункты

при рождении менее 2.5 кг. Такие дети классифицируются как имеющие низкий вес при рождении и более высокий риск ранней младенческой смертности.

Согласно субъективной оценке матерей о размере ребенка при его рождении, 6 процентов детей были отнесены к категории очень маленьких, 13 процентов – меньше среднего. Частота, с которой женщины оценивали размеры ребенка при рождении как очень маленьких, фактически соответствовала вышеуказанным 7 процентам детей, родившихся с весом менее 2,5 кг.

10.6 КУРЕНИЕ

Курение женщин во время беременности неблагоприятно влияет на внутриутробное развитие плода и увеличивает риск развития перинатальной заболеваемости. Курение в другие периоды жизни влияет на состояние здоровья женщины, а также негативно отражается и на развитии ребенка, являясь причиной детских болезней, особенно заболеваний органов дыхания.

Таблица 10.6. Родовспоможение

Процентное распределение родов, состоявшихся в течение пяти лет, предшествовавших исследованию, в зависимости от лица, оказавшего помощь при родах, и некоторых социально-биологических факторов. Казахстан. 1999.

Социально-биологические факторы	Лицо, оказавшее помощь при родах ¹					Не знает/Пропущено	Всего	К-во родов
	Врач	Фельдшер	Мед-сестра/ акушерка	Немедцинский персонал	Родственники/ Другие			
Возраст при родах, лет								
< 20	72.7	1.7	24.0	0.0	0.0	1.6	100.0	164
20-34	77.5	1.5	20.0	0.2	0.2	0.6	100.0	1.162
35+	75.6	2.3	22.1	0.0	0.0	0.0	100.0	123
Порядок родов								
1	80.6	0.9	17.7	0.0	0.0	0.8	100.0	522
2-3	76.5	1.3	21.2	0.1	0.1	0.7	100.0	689
4-5	69.4	3.4	26.4	0.0	0.8	0.0	100.0	184
6+	69.8	3.8	22.6	3.8	0.0	0.0	100.0	54
Местожителство								
Город	86.3	0.0	12.1	0.3	0.0	1.3	100.0	612
Село	69.8	2.7	27.0	0.1	0.2	0.2	100.0	837
Регион								
г. Алматы	88.8	0.0	11.2	0.0	0.0	0.0	100.0	45
Южный	71.0	1.7	25.9	0.3	0.2	0.8	100.0	660
3 западный	83.6	3.6	11.9	0.0	0.4	0.5	100.0	193
Центральный	90.4	0.0	8.9	0.7	0.0	0.0	100.0	118
Северный	78.3	1.3	19.7	0.0	0.0	0.7	100.0	284
Восточный	76.5	0.5	22.6	0.0	0.0	0.4	100.0	149
Образование матери								
Начальное/среднее	74.5	2.7	22.5	0.1	0.1	0.1	100.0	599
Средне-спец.	76.2	0.8	21.8	0.3	0.2	0.7	100.0	616
Высшее	84.6	0.8	12.9	0.0	0.0	1.8	100.0	233
Национальность								
Казахки	75.2	1.8	21.8	0.3	0.2	0.7	100.0	1.002
Русские	84.7	1.0	13.5	0.0	0.0	0.8	100.0	251
Другие	75.1	0.9	23.9	0.0	0.0	0.0	100.0	196
К-во решений, принятых женщиной								
0-1	72.9	2.8	22.9	0.2	0.0	1.1	100.0	368
2-3	79.3	1.3	18.5	0.2	0.2	0.5	100.0	845
4-5	74.0	0.6	25.0	0.0	0.0	0.4	100.0	236
К-во причин отказа от половых отношений								
0	88.4	2.3	9.3	0.0	0.0	0.0	100.0	31
1-2	83.0	5.2	10.7	0.0	0.0	1.2	100.0	115
3-4	76.0	1.2	21.8	0.2	0.2	0.6	100.0	1.302
К-во причин, оправдывающих избивение женщины								
4-5	87.6	1.2	11.2	0.0	0.0	0.0	100.0	120
1-3	71.2	2.7	23.8	0.5	0.2	1.6	100.0	460
0	78.3	1.0	20.3	0.1	0.2	0.2	100.0	869
Аntenатальные визиты								
Визитов не было	57.0	0.9	41.1	1.0	0.0	0.0	100.0	79
1-3 визита	70.7	4.4	24.6	0.0	0.0	0.3	100.0	174
4+ визитов	81.8	0.9	16.9	0.2	0.1	0.1	100.0	999
Не знает/пропущено	65.0	2.8	28.2	0.0	0.4	3.6	100.0	196
Всего	76.8	1.6	20.7	0.2	0.1	0.6	100.0	1.449

Примечание. Цифры указывают на количество родов в течение 0-59 месяцев, предшествовавших исследованию. Всего отмечалось 26 родов, для которых данные по антенатальной помощи были пропущены.

В ПМДК 1999 г. респондентов, которые имеют одного или более детей, живущих с ними, спрашивали, курят ли они в настоящее время сигареты или другие табачные изделия. В том случае, если женщина курила, уточнялась частота курения за последние 24 часа до интервью. В таблице 10.8 показано, что 9 процентов женщин в Казахстане курят, большинство из них курят сигареты. Что касается частоты курения, то приблизительно одинаковый процент курящих женщин за последние 24 часа, предшествовавших интервью, курили 1-2, 3-5 и более 6 раз (31, 33 и 30 процентов соответственно).

Среди курящих чаще встречались городские женщины, респонденты из г. Алматы и Центрального региона, со средним специальным образованием, а также респонденты русской национальности, по сравнению с другими группами населения.

10.7 ВАКЦИНАЦИЯ

Согласно рекомендациям Всемирной Организации Здравоохранения, дети в возрасте 12 месяцев должны пройти полный курс вакцинопрофилактики (т.е. получить вакцинацию БЦЖ против туберкулеза, три дозы полиовакцины (П 1-3), три дозы АКДС (Д 1-3) против дифтерии, коклюша, столбняка, а также противокоревую вакцину).

В ПМДК 1999 г. информация об охвате вакцинацией собиралась для всех детей в возрасте до пяти лет. В Казахстане медицинские карточки детей, как правило, находятся в местных детских поликлиниках, а не дома у респондентов. В ПМДК 1995 г. сведения о вакцинации собирались из анкет женщин (т.е. со слов респондентов). Медико-демографические исследования в Узбекистане (1996 г.) и

Таблица 10.7 Характеристика родов: кесарево сечение, размеры и вес ребенка при рождении

Процент родов, проведенных кесаревым сечением, среди всех родов, состоявшихся в течение 5-ти лет, предшествовавших ПМДК и процентное распределение по весу при рождении и оценке мерки размеров ребенка при рождении в зависимости от некоторых социально-биотопических факторов. Казахстан. 1999.

Социально-биологические факторы	Роды кесаревым сечением	Вес при рождении			Размер ребенка при рождении				К-во родов
		Менее чем 2.5 кг	2.5 кг и более	Не знает	Очень маленький	Меньше, чем средний	Средний или больше	Не знает	
Возраст при родах, лет									
<20	4.1	7.7	91.3	1.0	9.4	16.1	74.2	0.3	164
20-34	8.4	6.7	90.0	3.3	5.0	13.0	81.2	0.8	1,162
35+	28.0	12.3	84.9	2.8	6.3	10.6	83.1	0.0	123
Порядок родов									
1	11.4	7.2	91.3	1.5	6.7	14.5	77.8	1.0	522
2-3	7.7	7.3	89.5	3.3	4.8	12.6	81.9	0.7	689
4-5	9.0	6.4	88.7	4.9	5.1	12.5	82.3	0.0	184
6+	16.8	11.1	81.2	7.7	6.0	9.0	85.0	0.0	54
Место жительства									
Город	12.1	6.2	92.1	1.7	4.2	13.5	81.7	0.6	612
Село	7.7	8.1	87.9	4.0	6.6	12.9	79.7	0.8	837
Регион									
г. Алматы	20.4	6.1	92.9	1.0	1.0	17.3	81.6	0.0	45
Южный	9.1	8.1	87.4	4.5	6.2	11.2	81.7	0.9	660
Западный	13.1	5.7	91.1	3.2	5.3	10.4	83.5	0.9	193
Центральный	7.4	6.3	92.6	1.1	3.8	11.8	84.4	0.0	118
Северный	7.5	6.7	92.7	0.6	6.0	18.7	74.6	0.6	284
Восточный	9.4	8.3	89.1	2.7	5.3	14.7	79.6	0.4	149
Образование матери									
Начальное/среднее	7.9	8.1	87.7	4.2	7.0	14.1	78.1	0.7	599
Средне-спец.	9.7	6.7	91.2	2.1	5.3	12.6	81.7	0.4	616
Высшее	13.3	6.9	90.8	2.3	2.7	12.1	83.7	1.5	233
Национальность									
Казахки	8.7	7.9	88.4	3.6	6.0	13.0	80.0	1.0	1,002
Русские	11.1	8.6	90.5	0.9	6.0	14.1	79.9	0.0	251
Другие	12.2	2.4	95.2	2.5	2.8	12.7	84.5	0.0	196
Всего	9.6	7.3	89.7	3.0	5.6	13.2	80.6	0.7	1,449

Примечание. Цифры указывают на количество родов в течение 0-59 месяцев, предшествовавших исследованию. Цифры в сумме могут не составлять 100 по причине округления.

Кыргызстане (1997 г.) показали, что сообщения матерей об охвате вакцинацией являются не надежным источником информации (Институт акушерства и гинекологии Узбекистана и Макро Интернэшнл, 1997; Институт акушерства и педиатрии Кыргызстана и Макро Интернэшнл, 1998 г.). Вследствие этих причин было решено, что в ПМДК 1999 г. данные о вакцинации будут собираться только из медицинских карточек, находящихся в учреждениях здравоохранения. Следовательно, сведения по охвату вакцинацией, полученные из ПМДК 1995 г., не могут сравниваться с данными по вакцинации из ПМДК 1999 г., так как информация в этих исследованиях была получена из различных источников.

В ПМДК 1999 г. данные о вакцинации из медицинских карточек собирались супервизорами команд. Они посещали учреждение здравоохранения и с помощью его персонала (медсестра или регистратор) искали медицинские карточки детей 12-23 месячного возраста, отмеченных в женских анкетах. Всего был найден 91 процент медицинских карточек. Данные о вакцинации каждого ребенка супервизоры команд отмечали на отдельных бланках, специально разработанных для этой цели.

В таблице 10.9 отражен уровень охвата вакцинацией детей в возрасте 12-23 месяца (т.е той категории детей, которые должны быть полностью вакцинированы). Вакцинация БЦЖ, которая, как правило, проводится в родильных домах вскоре после рождения, была почти всеохватывающей (99 процентов). 93 процента детей получили первоначальную дозу Полиовакцины (в больнице). Почти все дети (99 процентов) получили первую дозу Полиовакцины и АКДС/АДС. Охват детей второй дозой Полиовакцины и АКДС/АДС был также очень высоким (98 и 99 процентов соответственно). Третью дозу Полиовакцины и АКДС/АДС получили 92 и 98 процентов детей соответственно. 87 процентам детей была проведена вакцинация против кори. Поскольку охват вакцинацией БЦЖ, против кори и индивидуальными дозами Полио и АКДС/АДС вакцинами был достаточно высок, процент детей 12-23 месячного возраста, получивших все рекомендованные ВОЗ вакцины, также оказался высоким (81 процент).

Таблица 10.8. Курение

Процент курящих женщин и процентное распределение по частоте курения за последние 24 часа, предшествовавших интервью, в зависимости от социально-биологических факторов. Казахстан, 1999.

Социально-биологические факторы	Не курит	Курит сигареты	Другие табачные изделия	Всего	К-во женщин	Частота курения за последние 24 часа				Всего	Коль-во женщин
						0	1-2	3-5	6+		
Возраст, лет											
<20	94.2	5.6	0.0	100.0	658	2.6	29.1	27.4	41.0	100.0	37
20-34	90.8	9.0	0.1	100.0	3,745	7.5	31.4	32.6	28.5	100.0	341
35+	91.1	8.2	0.0	100.0	397	0.0	23.1	47.5	29.4	100.0	32
Местожителство											
Город	87.4	12.3	0.0	100.0	2,668	5.7	27.5	36.5	30.2	100.0	328
Село	96.1	3.7	0.2	100.0	2,132	9.4	42.6	20.4	27.6	100.0	82
Регион											
г. Алматы	77.5	22.2	0.0	100.0	291	5.0	24.8	33.3	36.9	100.0	64
Южный	95.6	4.2	0.0	100.0	1,455	7.9	32.6	42.7	16.9	100.0	61
Западный	92.2	7.3	0.2	100.0	628	20.3	50.1	24.2	5.5	100.0	48
Центральный	85.4	14.2	0.0	100.0	475	4.3	26.7	31.6	37.4	100.0	68
Северный	92.2	7.7	0.1	100.0	1,259	2.1	35.6	32.8	29.5	100.0	99
Восточный	89.4	10.1	0.0	100.0	692	5.4	17.2	33.7	43.8	100.0	70
Образование матери											
Начальное/среднее	92.5	7.2	0.0	100.0	1,927	9.5	34.1	32.0	24.4	100.0	140
Средне-спец.	89.6	10.1	0.1	100.0	1,908	4.0	27.7	33.3	35.0	100.0	195
Высшее	92.0	7.8	0.0	100.0	965	7.2	31.3	36.0	25.5	100.0	75
Национальность											
Казахки	96.1	3.6	0.1	100.0	2,587	10.5	44.9	34.0	10.5	100.0	96
Русские	83.4	16.4	0.0	100.0	1,454	5.1	26.2	32.7	36.0	100.0	238
Другие	89.9	9.8	0.2	100.0	760	5.4	26.2	34.5	33.9	100.0	76
Положение женщины											
Беременная	97.9	2.1	0.0	100.0	139	0.0	37.6	0.0	62.4	100.0	3
Кормит грудью	98.2	1.8	0.0	100.0	346	15.5	42.4	27.3	14.8	100.0	6
Ничего из перечисленного	90.5	9.2	0.1	100.0	4,315	6.4	30.3	33.6	29.7	100.0	401
Всего	91.3	8.5	0.1	100.0	4,800	6.5	30.6	33.3	29.7	100.0	410

Примечание. Цифры могут не составлять 100 по причине округления.

10.8 ОСТРАЯ РЕСПИРАТОРНАЯ ИНФЕКЦИЯ

Заболевания органов дыхания являются одной из ведущих патологий детского возраста и основной причиной младенческой смертности в мире.

В ПМДК 1999 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 интервью. Эти симптомы являются характерными для острой респираторной инфекции. Следует иметь в виду, что сведения о заболеваемости детей острой респираторной инфекцией (ОРИ), собранные в ПМДК 1999 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 10.10 и на рисунке 10.2 показано, что у 3 процентов больных ОРИ детей в возрасте до пяти лет в течение двух недель, предшествовавших интервью, заболевание сопровождалось кашлем, укороченным и частым дыханием. Подобные симптомы в клиническом течении заболевания имели более выраженные различия в зависимости от возраста. Среди детей возрастной группы 12-23 месяца распространенность респираторной инфекции была более высокой (5 процентов), чем среди детей других возрастных групп (от 1 до 3 процентов).

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

Таблица 10.9. Вакцинация в зависимости от социально-биологических факторов

Процент вакцинированных детей в возрасте 12-23 месяцев ко времени проведения ПМДК по медицинским карточкам в зависимости от некоторых социально-биологических факторов. Казахстан, 1999.

Социально-биологические факторы детей	Процент вакцинированных детей:											
	БДК	АКДС			Полиовакцина				Корь	Все	Ни одной	К-во
		1	2	3+	0	1	2	3+				
Пол												
Муж.	99.5	99.5	99.5	99.5	94.8	99.5	99.5	91.9	87.7	81.9	0.5	117
Жен.	98.7	98.9	97.7	96.2	92.0	98.2	97.2	91.3	85.4	79.3	0.0	127
Порядок родов												
1	98.4	97.9	97.4	97.4	94.3	97.9	97.4	93.0	84.7	82.5	0.6	96
2-3	100.0	100.0	99.1	99.1	92.3	99.1	98.5	89.7	88.2	81.5	0.0	113
4-5	97.4	100.0	100.0	92.8	92.5	100.0	100.0	92.8	92.6	75.5	0.0	28
6+	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	55.8	55.8	0.0	6
Местожительство												
Город	98.6	99.4	98.0	96.1	95.6	98.5	98.0	93.2	90.1	82.9	0.6	106
Село	99.5	99.0	99.0	99.0	91.6	99.0	98.5	90.4	83.7	78.8	0.0	138
Регион												
г. Алматы	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	88.2	88.2	0.0	8
Южный	100.0	98.5	98.5	98.5	88.7	98.5	98.5	93.2	88.0	84.2	0.0	92
Западный	100.0	100.0	97.6	97.6	100.0	97.6	95.8	85.6	89.1	77.2	0.0	40
Центральный	96.7	96.7	93.8	93.8	90.5	96.7	93.8	87.7	88.9	79.9	3.3	18
Северный	100.0	100.0	100.0	96.3	96.7	100.0	100.0	90.0	82.7	75.7	0.0	55
Восточный	94.7	100.0	100.0	100.0	92.4	100.0	100.0	97.6	83.5	81.1	0.0	31
Образование матери												
Начальное/среднее	99.3	100.0	100.0	98.0	91.9	100.0	99.3	91.4	86.7	78.0	0.0	100
Средне-специальное	98.6	98.1	96.7	96.7	94.1	97.2	96.7	89.8	85.2	80.8	0.6	107
Высшее	100.0	100.0	100.0	100.0	94.8	100.0	100.0	97.3	89.4	86.8	0.0	36
Национальность												
Казахки	100.0	99.2	98.6	98.6	92.1	98.6	98.2	90.7	88.2	83.7	0.0	170
Русские	95.7	98.8	97.8	94.0	95.7	98.8	97.8	96.0	79.6	71.5	1.2	52
Другие	100.0	100.0	100.0	100.0	97.1	100.0	100.0	87.9	89.5	77.4	0.0	21
Все дети	99.1	99.2	98.6	97.7	93.3	98.8	98.3	91.6	86.5	80.5	0.3	244

В целом с ОРИ или лихорадкой обратились за медицинской помощью 48 процентов детей (относительно небольшое количество выявленных случаев респираторной инфекции не позволило провести статистический анализ лечения в различных подгруппах детей).

10.9 Лихорадка

Данные таблицы 10.10 свидетельствуют о том, что у 12 процентов больных детей имело место повышение температуры в течение двух недель, предшествовавших ПМДК. Среди детей возрастной группы 6-11 и 12-23 месяцев (15 и 21 процент соответственно) повышение температуры наблюдалось чаще, чем в других возрастных группах.

Таблица 10.10 Распространенность острой респираторной инфекции и лихорадки

Процент детей до 5-ти летнего возраста с ОРИ, сопровождавшейся кашлем, укороченным и частым дыханием, а также детей с лихорадкой в течение 2-х недель, предшествовавших исследованию, в зависимости от некоторых социально-биологических факторов. Казахстан, 1999.

Социально-биологические факторы	Процент детей с кашлем, укороченным и частым дыханием	Процент детей с лихорадкой	Процент обращения в мед. учреждение или к врачу ¹	К-во детей
Возраст детей, мес.				
< 6	0.9	7.4	100.0	113
6-11	1.9	15.2	83.6	130
12-23	4.7	21.1	42.3	269
24-35	2.9	7.7	8.7	276
36-47	2.9	10.6	87.2	259
48-59	2.8	10.7	42.3	307
Пол				
Муж.	2.9	11.4	57.9	677
Жен.	3.1	13.2	38.6	678
Порядок родов				
1	2.2	13.8	61.8	487
2-3	3.7	12.7	41.1	647
4-5	1.8	7.8	73.4	170
6+	5.5	8.3	25.3	51
Местожителство				
Город	3.2	12.8	46.9	583
Село	2.8	11.9	49.0	771
Регион				
г. Алматы	5.2	13.5	100.0	44
Южный	3.0	11.6	19.2	602
Западный	4.2	10.6	62.0	183
Центральный	3.2	10.7	66.9	114
Северный	2.1	16.3	100.0	268
Восточный	2.3	10.9	27.4	143
Образование матери				
Начальное/среднее	2.7	11.4	29.1	562
Средне-спец.	3.3	13.5	62.4	577
Высшее	2.8	11.4	49.2	215
Национальность матери				
Казахки.	3.0	12.0	35.4	933
Русские	2.6	15.3	78.6	236
Другие	3.5	10.0	72.8	185
Все дети	3.0	12.3	48.0	1,354

Примечание. Цифры относятся к детям, родившимся в течение 0-59 месяцев, предшествовавших исследованию.

¹ Дети с кашлем, сопровождающимся укороченным и частым дыханием, или дети с лихорадкой.

10.10 ДИАРЕЯ

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

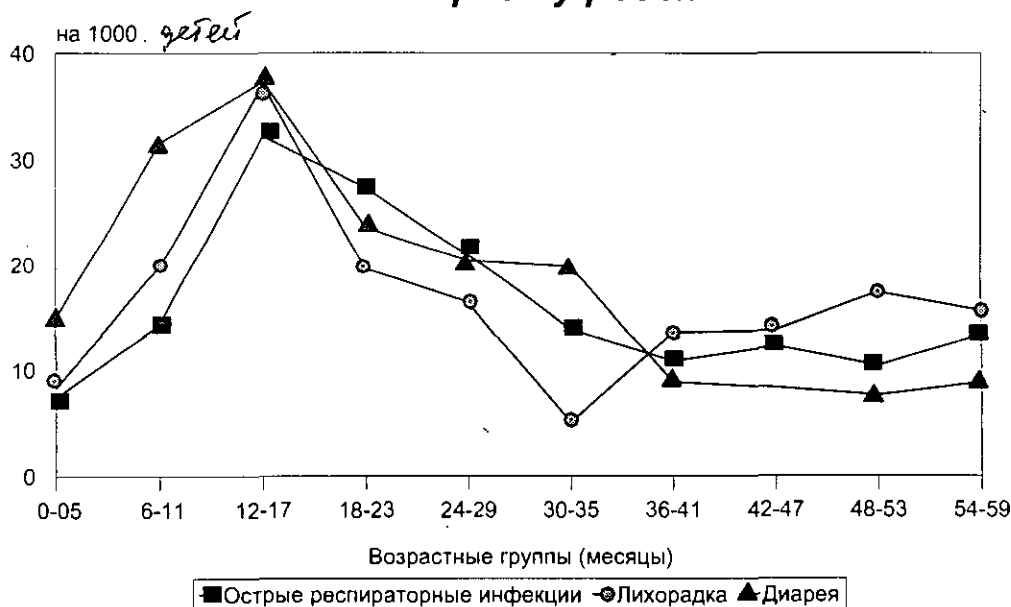
В таблице 10.11 показано, что 13 процентов детей в возрасте до пяти лет в течение двух недель, предшествующих интервью, страдали диареей. Частота распространения диарей повышалась с возрастом, достигая пика в возрастной группе 6-11 и 12-23 месяца (т.е. в том периоде, когда ребенок начинает ползать и познавать окружающий мир). Наиболее выражены были региональные различия. Дети г. Алматы и Западного региона страдают диареей чаще (16 процентов), чем дети, проживающие в Центральном и Северном регионах (10 и 11 процентов 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 Регидрона для ОРТ широко распространено в Казахстане.

Респондентам, имеющим детей до пятилетнего возраста, задавались вопросы о тактике лечения при диарее, а именно: должно ли быть увеличено количество принимаемых жидкостей и твердой пищи, имеет ли мать представление о Регидроне, как лечебном средстве при диарее. Большинство матерей (87 процентов) были осведомлены о регидроне (данные не представлены).

Респондентам также задавался вопрос о том, был ли у ребенка за прошедшие две недели эпизод диареи, и если да, то увеличивался или снижался при этом прием жидкостей, а также принимал ли ребенок регидрон. В таблице 10.12 показано, что 26 процентов детей с диареей обратились за помощью

Рисунок 10.2 Распространенность острой респираторной инфекции, лихорадки и диареи в течение 2- недель, предшествующих исследованию, по возрасту ребенка



ПМДК 1999

в медицинское учреждение. 32 процента детей получали орально-регидратационную терапию (Регидрон). Почти 58 процентов детей получали повышенное количество жидкостей. В целом для лечения 63 процентов детей с диареей применялись оральный регидратационный раствор и дача большого количества жидкости.

В таблице 10.13 обобщена информация о практике питания детей с диареей. Со слов матерей, 86 процентов детей с диареей получали обычное или повышенное количество жидкости, тогда как 11 процентов – ограниченное количество.

Таблица 10.11 Распространенность диарей

Процент детей до 5-ти летнего возраста с диареей в течение 2-х недель, предшествовавших исследованию, в зависимости от социально-биологических факторов. Казахстан, 1999.

Социально-биологические факторы	Частота диарей за последние 2 недели	К-во детей
Возраст детей, мес		
< 6	13.0	113
6-11	24.3	130
12-23	22.7	269
24-35	14.6	276
36-47	6.6	259
48-59	5.3	307
Пол		
Муж.	12.7	677
Жен.	14.1	678
Порядок родов		
1	17.6	487
2-3	12.9	647
4-5	6.3	170
6+	2.8	51
Местожителство		
Город	14.8	583
Село	12.3	771
Регион		
г. Алматы	15.6	44
Южный	13.9	602
Западный	15.9	183
Центральный	10.1	114
Северный	11.4	268
Восточный	13.6	143
Образование матери		
Начальное/среднее	13.9	562
Средне-спец.	13.5	577
Высшее	11.7	215
Национальность матери		
Казахки	13.7	933
Русские	13.9	236
Другие	11.2	185
Все дети	13.4	1354

Примечание. Цифры относятся к детям, родившимся в течение 0-59 месяцев, предшествовавших исследованию.

Таблица 10.12 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, предшествовавшие исследованию. Казахстан, 1999.

Виды лечения	Процент
Медицинская помощь ¹	25.8
Орально-регидратационная терапия Регидрон	32.0
Увеличение приема жидкостей	57.6
Ни регидрон, ни большее количество жидкости	47.4
Количество детей	181

¹ Включает поликлинику, стационар, платные медицинские услуги

Таблица 10.13 Практика питания во время диарей

Процентное распределение детей до 5-ти лет, болевших диареей в течение последних двух недель, предшествовавших исследованию, в зависимости от количества принятой твердой и жидкой пищи во время болезни. Казахстан, 1999.

Практика питания	Всего
Кол-во твердой пищи	
Такое же как обычно	40.6
Больше	7.5
Меньше	51.2
Не знает/пропущено	0.8
Кол-во жидкости	
Такое же как обычно	28.6
Больше	57.6
Меньше	11.1
Не знает/пропущено	2.7
Всего	100.0
Количество детей	181

Примечание. Цифры относятся к детям, родившимся в течение 0-59 месяцев, предшествовавших исследованию.

*Бедел Т. Сарбаев, Зауре К. Кудайбергенова, Ардак Б. Чуенбекова,
Даурен С. Имамбаев*

В данной главе будут рассмотрены 2 темы: практика кормления детей и статус питания женщин и детей. При описании практики кормления детей были использованы термины: практика грудного вскармливания, введение дополнительного питания и использование бутылок при даче дополнительного питания. При описании статуса питания использовались параметры веса и роста женщин и детей.

11.1 Грудное вскармливание и дополнительное питание

Грудное вскармливание имеет важное значение как для здоровья матери, так и ребенка. Например, оно определяет нутрициональный статус ребенка и подверженность его заболеваниям. Вместе с тем, грудное вскармливание влияет на здоровье женщины, поскольку задерживает восстановление оворинальной функции и оказывает контрацептивное действие, снижая риск возникновения новой беременности.

Оптимальное кормление ребенка по определению ВОЗ и ЮНИСЕФ включает следующее (ВОЗ/ЮНИСЕФ, 1990; ВОЗ, 1994):

- начало грудного вскармливания в течение первого часа после родов;
- частое кормление грудью по требованию (включая ночные кормления);
- исключительное грудное вскармливание (только грудное молоко, никакого питья или еды до 6-ти месячного возраста);
- продолжая грудное вскармливание, необходимо с 6-ти месячного возраста вводить прикорм, используя местные продукты;
- частое кормление грудью во время болезни и в период выздоровления;
- продолжать кормить грудью до двух лет и дольше.

Правительство Казахстана согласно с вышеизложенным и рекомендует исключительное грудное вскармливание до 6-ти месячного возраста с последующим введением соответствующего прикорма в соответствии с данным возрастом.

В ПМДК 1999 г. женщин спрашивали о грудном вскармливании детей, родившихся в течение 5 лет, предшествовавших исследованию; о сроках первого прикладывания детей к груди, о том, как долго они при этом вскармливались грудью, а также о возрасте ребенка, при котором было введено дополнительное питание. Наконец, задавался вопрос о возрасте ребенка, при котором было прекращено грудное вскармливание.

Полученные результаты позволяют оценить различные аспекты грудного вскармливания. Среди детей, рожденных в течение последних 5 лет, был проведен анализ таких параметров, как сроки первого прикладывания к груди, статус грудного вскармливания (т.е. статус на момент проведения исследования), процент вскармливаемых грудью детей в зависимости от их возраста, средняя продолжительность грудного вскармливания в зависимости от показателей социально-биологической характеристики матерей.

11.2 Начало грудного вскармливания

Раннее начало грудного вскармливания очень важно, потому что способствует развитию тесной связи между матерью и ребенком, а также лучшему становлению акта сосания у новорожденного и скорейшему восстановлению в послеродовом периоде. Эффективность раннего начала грудного вскармливания в течение первого часа после родов заключается в получении новорожденным молозива, которое обладает высокопитательными свойствами и содержит антитела, защищающие детский организм от инфекционных заболеваний до того времени, пока у ребенка не сформируется иммунная система (Righard и Alade, 1990).

Раннее начало грудного вскармливания также способствует становлению лактации и сокращению матки, что снижает риск послеродовых кровотечений. Позднее начало грудного вскармливания часто возникает в результате практики дачи новорожденным какого-либо питания, например, традиционных жидкостей или продуктов, которые могут быть источником инфекций и причиной позднего становления лактации (прибытия молока) (Perez-Escamilla et al., 1996).

Как видно из таблицы 11.1, грудное вскармливание является почти универсальным в Казахстане; 95 процентов детей, родившихся в течение 5 лет, предшествовавших ПМДК, находились на грудном вскармливании. В целом 27 процентов детей были впервые приложены к груди в течение первого часа, 62 процента – в течение 24 часов после родов.

Различия в процентном соотношении детей, находящихся на грудном вскармливании в зависимости от социально-биологической характеристики матерей, были незначительными. Однако обнаружены существенные различия по срокам первого прикладывания детей к груди. Начало грудного вскармливания в течение первого часа после родов чаще имело место среди городских женщин (38 процентов), чем сельских (19 процентов), и больше в г. Алматы (54 процента) и Центральном регионе (58 процентов), по сравнению с другими регионами республики. Некоторые различия по срокам первого прикладывания к груди обнаружены в зависимости от этнической принадлежности женщин. Прикладывание к груди в течение первого часа после родов более распространено среди русских женщин (39 процентов), по сравнению с казашками и респондентками других национальностей (25 и 19 процентов соответственно). Такие же закономерности сохранились в отношении 24-часового послеродового срока прикладывания к груди (70, 61 и 55 процентов соответственно).

11.3 ХАРАКТЕР ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА ДЕТЕЙ

Частое кормление по требованию, включая ночные кормления, очень важно как в плане получения достаточного количества молока ребенком, так и с целью поддержки образования необходимого количества грудного молока.

Частое кормление также может помочь в профилактике возникновения нагрубания молочных желез и трещин сосков. Кормление по требованию очень важно для уменьшения физиологической потери веса и быстрого восстановления показателей веса, имевшего место при рождении (de Carvalho et al., 1983). Новорожденный должен вскармливаться грудью 8-10 раз в сутки и достаточно часто в течение первого месяца жизни.

Исключительное грудное вскармливание определяется как кормление только грудным молоком – единственным источником как питательных веществ, так и необходимого количества жидкости, удовлетворяющей всем питательным потребностям (Cohen et al., 1994), которое защищает ребенка от заболеваний (Huffman и Conbest, 1990) в первые шесть месяцев его

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, родившихся накануне исследования и впервые приложенных к груди в течение 1-го часа, 1-го дня после родов, в зависимости от некоторых социально-биологических факторов. Казахстан, 1999.

Социально-биологические факторы	Процент вскармливаемых грудью	Процент детей, родившихся накануне исследования и впервые приложенных к груди после родов		Кол-во детей
		В течение 1-го часа	В течение 1-го дня ¹	
Местожителство				
Город	96.7	38.3	68.5	338
Село	94.5	19.1	56.7	490
Регион				
г. Алматы	98.1	53.8	75.0	24
Южный	94.8	19.9	50.9	362
Западный	95.4	31.0	70.7	119
Центральный	97.8	57.8	75.5	62
Северный	96.7	26.2	71.9	176
Восточный	92.5	22.5	57.8	85
Образование матери				
Начальное/среднее	94.1	26.1	63.0	357
Средне-спец.	97.4	26.6	61.5	339
Высшее	93.5	30.7	57.8	131
Национальность				
Казашки	95.8	25.3	60.5	573
Русские	93.8	39.3	69.8	154
Другие	95.7	18.8	55.1	100
Все дети	95.4	27.0	61.6	827

¹ Включая детей, которые были впервые приложены к груди в течение 1-го часа после рождения.

Таблица 11.2 Статус грудного вскармливания

Процентное распределение детей до трехлетнего возраста по статусу грудного вскармливания в зависимости от настоящего возраста, в месяцах. Казахстан, 1999.

Возраст в месяцах	Процент детей:					Всего	Бутылочное кормление	Кол-во детей
	Не вскар- мливаемых грудью	Исклю- чительное ГВ	ГВ и:					
			Простая вода	Дополни- тельное питание/ф				
0-3	0.8	46.6	38.2	14.4	100.0	24.8	74	
4-7	15.7	10.4	10.3	63.6	100.0	53.9	84	
8-11	19.8	1.6	0.0	78.6	100.0	45.4	86	
12-15	41.4	0.0	0.0	58.6	100.0	26.0	95	
16-19	63.7	2.3	0.0	34.0	100.0	13.4	86	
20-23	82.8	0.0	0.0	17.2	100.0	11.1	87	
24-27	90.3	0.0	0.0	9.7	100.0	10.7	106	
28-31	89.4	0.0	0.0	10.6	100.0	7.7	86	
32-35	96.7	0.0	0.0	3.3	100.0	10.7	85	
0-3	0.8	46.6	38.2	14.4	100.0	24.8	74	
4-6	12.5	15.2	11.8	60.5	100.0	45.0	57	
7-9	18.7	1.9	2.6	76.7	100.0	52.4	71	

Примечание. Статус грудного вскармливания относится к 24 часам, предшествовавшим интервью.
ГВ - грудное вскармливание.

жизни. Дети, находящиеся на исключительном грудном вскармливании, в 14 раз реже умирали от диарей, по сравнению с детьми, находящимися на искусственном вскармливании, и в 4 раза реже по сравнению с детьми, находящимися на частичном грудном вскармливании (Victora et al., 1987). Таким образом, исключительное грудное вскармливание является наиболее подходящей практикой питания для обеспечения детской выживаемости.

В течение первых 6 месяцев только грудное молоко, одно, обеспечивает потребности большинства детей в энергии и белке. Затем в рацион ребенка необходимо вводить местные продукты, богатые энергией, белком, микроэлементами и приготовленные с соблюдением условий гигиены и в соответствующей возрасту ребенка консистенции. В течение данного переходного периода, когда началось введение прикорма, необходимо продолжать частое и по требованию кормление грудью для того, чтобы ребенок получал все преимущества грудного вскармливания. Предполагаемое увеличение заболеваемости диареей при начале ввода другой пищи и жидкостей может быть предотвращено соблюдением надлежащей гигиены.

Увеличение грудного вскармливания во время болезни и в период выздоровления очень важно для снижения риска неадекватного потребления нутриентов и дегидратации организма, способствуя восстановлению веса ребенка. Потребление любой пищи, за исключением грудного молока, как правило, снижается во время болезни (Hoyle et al., 1980). Таким образом, грудное вскармливание является постоянным источником высококачественной и гигиенически безопасной пищи, играющей решающую роль в поддержании нутриционального статуса младенцев и детей в период болезни.

В таблице 11.2 отражен статус грудного вскармливания в зависимости от возраста детей в месяцах. Как видно, практика грудного вскармливания в Казахстане достаточно распространена. В возрасте 0-3 месяца вскармливались грудью 99 процентов детей, продолжали кормиться грудью до 8-11 месяцев – 80 процентов. Этот показатель снижается до 17 процентов среди детей в возрасте 20-23 месяца.

В Казахстане 47 процентов детей в возрасте 0– 3 месяца находились на исключительном грудном вскармливании. В данной возрастной группе 38 процентов детей в дополнение к грудному молоку получали воду, и 14 процентов – другие пищевые продукты и жидкости. В 1995 году процент детей в возрастной группе 0-3 месяца, находящихся на исключительном грудном вскармливании, был существенно ниже (12 процентов).

Показатель исключительного грудного вскармливания среди детей в возрасте 4-7 месяцев увеличился с 3 процентов в 1995 году до 10 процентов в 1999 году. 64 процента младенцев указанного возраста, помимо грудного молока, получали дополнительное питание, и 10 процентов – простую воду.

В таблице 11.3 отражена средняя продолжительность грудного вскармливания в Казахстане. В целом этот показатель составил 7 месяцев, хотя по длительности исключительное и полное грудное вскармливание (грудное вскармливание и простая вода) непродолжительны (0,7 и 1,9 месяцев соответственно).

Наиболее выраженные различия в продолжительности грудного вскармливания были определены в зависимости от региона и этнической принадлежности. Средняя продолжительность любого грудного вскармливания была наибольшей в Южном, Центральном, Северном и Западном регионах (7 месяцев), по сравнению с г. Алматы и Восточным регионом (5 и 6 месяцев). Средняя продолжительность любого грудного вскармливания была выше у казашек и женщин других национальностей (7 месяцев), по сравнению с русскими (5 месяцев).

11.4 Виды дополнительного питания

В ПМДК 1999 г. матерей спрашивали о различных продуктах питания, которые давались детям в течение 24 часов, предшествовавших исследованию. Виды пищевых продуктов не взаимоисключались, то есть регистрировалось несколько пищевых продуктов, которые ребенок мог одновременно принимать.

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. Казахстан, 1999.

Социально-биологические факторы	Средняя продолжительность ГВ в месяцах ¹			Кол-во детей до пятилетнего возраста	Дети до 6-ти месячного возраста			Кол-во детей
	Любое ГВ	Исключительное ГВ	Полное ГВ ²		Процент детей, получавших ГВ более 6 раз в предшествовавшие 24 часа	Среднее кол-во кормлений		
						Днем	Ночью	
Пол								
Мальчики	6.9	0.6	1.8	418	93.4	6.0	2.9	53
Девочки	7.1	1.0	1.9	409	85.6	6.4	2.8	60
Местожительство								
Город	6.5	0.7	1.8	338	89.0	6.9	2.8	37
Село	7.5	0.7	2.0	490	89.4	5.9	2.9	76
Регион								
г. Алматы	5.0	0.6	1.5	24	100.0	7.4	3.0	2
Южный	7.1	0.5	1.8	362	88.2	6.4	2.8	47
Западный	5.9	0.7	2.1	119	88.7	5.9	2.9	15
Центральный	6.6	0.5	0.7	62	77.0	4.8	2.2	5
Северный	7.4	1.7	2.7	176	88.0	5.9	2.9	32
Восточный	7.2	0.5	1.0	85	100.0	7.1	3.2	12
Образование матери								
Начальное/среднее	7.7	0.7	1.8	357	89.8	5.8	2.7	65
Средне-спец.	6.4	0.7	1.9	339	88.7	6.7	2.8	37
Высшее	7.2	0.9	1.9	131	88.1	7.1	3.9	12
Национальность								
Казашки	7.2	0.7	2.0	573	88.0	6.2	3.0	77
Русские	4.6	0.5	1.0	154	97.4	6.9	2.0	20
Другие	7.4	1.7	2.1	100	84.9	5.3	3.0	16
Всего	7.1	0.7	1.9	827	89.3	6.2	2.8	113
Среднее значение	7.9	1.9	2.8	95.4	-	-	-	-
Распространенность / число случаев ³	14.5	2.0	3.6	-	-	-	-	-

¹ Средняя продолжительность основана на статусе ГВ в настоящее время.
² Либо исключительное ГВ, либо ГВ с приемом простой воды.
³ Распространенность - среднее число случаев.
ГВ - грудное вскармливание.

В таблице 11.4. представлена информация о различных видах пищевых продуктов, которые давались детям в зависимости от статуса грудного вскармливания. 45 процентов детей до 3-х месячного возраста дополнительно к грудному молоку получали воду, 9 процентов – порошковое и сгущенное молоко, и 7 процентов – фруктовые соки. Только 3 процента младенцев данного возраста получали детские молочные смеси, что намного меньше, по сравнению с 1995 г. (20 процентов). Чай, особенно популярный в Казахстане, принимали 13 процентов детей 0-3 месячного возраста в течение 24 часов, предшествующих исследованию.

популярный в Казахстане, принимали 13 процентов детей 0-3 месячного возраста в течение 24 часов, предшествующих исследованию.

Мясо, птица, рыба и яйца содержат белок и другие нутриенты, имеющие важное значение для физического развития детей раннего возраста. 15 процентов детей, которые вскармливались грудью в возрасте 4-7 месяцев, принимали данные продукты. Более 34 процентов детей в возрастной группе от 4 до 7 месяцев получали хлеб и другие изделия из муки, так же как фрукты и овощи – наиболее важные источники витаминов и минеральных веществ. Значительная часть детей данного возраста потребляла чай (62 процента), детские смеси (14 процентов), фруктовые соки (22 процента), свежие молочные продукты (39 процентов) и кисломолочные продукты (24 процента).

Относительно высокий процент вскармливаемых грудью детей дополнительно принимали жидкое питание из бутылки с соской: 24 процента – в возрасте 0-3 месяца, 45 процентов – в возрасте 4-7 месяцев и 40 процентов – в возрасте 8-11 месяцев.

Среди детей, которые не вскармливались грудью, значительное число получали простую воду (около 90 процентов), порошковое или сгущенное молоко (около 70 процентов). Для детей данной группы детские смеси являются наиболее подходящими заменителями грудного молока; 30 процентов детей, не вскармливавшихся грудью, в возрасте 0-11 месяцев получали детские смеси.

После 1-го года жизни почти все дети, не вскармливаемые грудью, получали богатые протеином продукты, сделанные из муки, а большая часть из них (более 70 процентов) потребляла продукты с высоким содержанием белка, витаминов и минеральных веществ, такие как мясо, птица, овощи и фрукты.

Таблица 11.4. Виды продуктов питания, получаемые детьми до трехлетнего суэки.

Процент детей, потреблявших различные виды продуктов питания в течение 24 часов, предшествующих исследованию и применявших бутылочное кормление, в зависимости от статуса грудного вскармливания и возраста детей, в месяцах. Казахстан, 1999.

Возраст (в месяцах)	Только грудное молоко	Простая вода	Чай	Детские напитки	Фруктовые соки	Молоко	Жидкие кондитерские изделия	Продукты из муки	Блюда, приправы	Тыква, капуста, морковь, картофель, тофу	Колбасы, сосиски, ветчина	Зелень	Фрукты	Мясо/птица/рыба	Кисломолочные продукты	Бутылочное кормление	Кол-во детей
0-3	47.0	44.6	13.2	3.3	7.4	9.0	0.0	0.0	1.7	0.0	0.0	0.0	1.2	0.0	0.0	24.1	73
4-7	11.7	69.3	62.1	14.4	21.6	39.0	15.4	34.3	28.3	26.1	5.6	4.2	30.1	14.9	23.9	45.3	71
8-11	0.0	69.6	95.2	3.3	13.8	62.6	30.9	83.5	43.9	60.0	32.5	12.1	73.1	25.2	25.1	40.0	69
12-23	0.0	85.3	94.2	2.9	19.1	55.7	44.1	94.9	41.2	73.8	57.0	22.3	77.6	67.1	55.7	17.3	102
Всего	13.5	68.8	68.4	5.6	15.8	42.6	24.5	56.8	29.7	43.0	26.9	10.8	48.2	30.6	28.9	30.1	315

ДЕТИ, НЕ ВСКАРМЛИВАЕМЫЕ ГРУДЬЮ

Возраст (в месяцах)	НП	НП	НП	НП	НП	НП	НП	НП	НП	НП	НП	НП	НП	НП	НП	НП	НП
0-11	90.1	80.5	30.1	39.3	70.2	40.9	71.7	69.1	58.2	11.1	15.4	61.6	39.5	50.6	81.9	31	
12-23	89.7	93.9	8.4	22.0	77.1	43.3	97.1	61.3	82.6	61.5	45.0	77.6	69.6	65.8	17.0	167	
24-29	97.2	95.3	3.1	22.9	80.2	51.6	97.9	55.2	82.0	71.3	45.3	84.0	73.1	53.3	9.1	136	
30-35	90.7	93.8	9.5	28.3	62.7	30.8	98.1	55.1	84.9	71.2	54.0	83.2	71.6	55.9	9.8	118	
Всего	92.2	93.4	8.6	25.1	73.8	47.6	95.8	58.4	81.4	63.6	45.4	79.9	69.1	58.4	17.2	451	

НП - данные неприменимы.
Цельное, консервированное, порошковое или свежее молоко.

11.5 ЧАСТОТА ПРИЕМА ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПИТАНИЯ

Рациональное питание детей раннего возраста должно предусматривать включение в их рацион разнообразных продуктов. В ПМДК 1999 г. интервьюеры зачитывали список отдельных видов продуктов питания и просили женщин сообщить о количестве дней в течение последней недели, когда дети получали те или иные продукты, включенные в список.

В таблице 11.5 показан процент детей, получавших отдельные продукты питания в течение последних семи дней, в зависимости от возраста и статуса грудного вскармливания. Начиная с 0-3 месячного возраста, значительное количество детей, находящихся на грудном вскармливании, принимали простую воду (52 процента). Молочные продукты принимались меньшим количеством вскармливавшихся грудью детей указанного возраста (11 процентов). Мясо, птица, яйца и рыба вводились в рацион питания детей после 4-х месячного возраста, и 24 процента детей в возрасте 4-7 месяцев получали данные продукты. Значительная часть детей 4-х месячного возраста (30 процентов и больше) принимали зерновые, злаковые и фрукты с овощами.

Как и ожидалось, во всех возрастных группах значительный процент детей, которые не вскармливались грудью, принимали простую воду (90 процентов) и молочные продукты (70 процентов и больше).

11.6 РАЗЛИЧИЯ В ПРИЕМЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПИТАНИЯ

В таблицах 11.6.1 и 11.6.2 отражен процент детей, принимавших отдельные продукты питания в течение последних семи дней, а также среднее количество дней в указанный период, когда давался каждый из продуктов, в зависимости от социально-биологических факторов. В целом из таблицы видно, что значительный процент детей получали каждый вид продукта питания (свыше 70 процентов, за исключением приема детских смесей, фруктовых соков, других жидкостей, зелени, рыбы и продуктов из бобов).

Таблица 11.5. Виды продуктов питания, полученные детьми за предшествующую неделю

Процент детей до 36-ти месячного возраста, принимавших отдельные продукты питания в течение последней недели, предшествовавшей интервью, в зависимости от статуса грудного вскармливания и возраста детей, в месяцах. Кизахстан, 1999.

Возраст (в месяцах)	Толь-ко груд-ное мо-ло-ко	Чай	Дет-ское пита-ние	Фрук-товый сок	Мо-ло-ко'	Дру-гие жи-дные ко-сти	Дру-гие гото-венные из круп	Блю-да, при-готов-лен-ные из круп	Тык-ва/капу-ста/мор-ковь/кар-тофель	Кон-фе-ты/слад-ости	Зе-лень	Фрук-ты	Мя-со/пти-ца/яй-ца	Ры-ба/мо-ре-про-дукты	Про-дук-ты из бо-бов	Кис-ломол-оч-ные про-дукты	Бу-ты-лоч-ное кор-мле-ние	Кол-во де-тей
0-3	47	51.8	11.8	3.3	10.9	10.9	0.0	2.9	0.0	0.0	0.0	1.2	0.0	0.0	0.0	0.0	24.1	73
4-7	11	79.5	65.8	14.8	40.2	29.3	35.1	38.1	35.7	11.3	6.9	43.1	23.8	4.0	3.4	31.2	45.3	71
8-11	0	76.1	95.9	5.3	60.7	53.6	85.2	52.8	73.9	42.7	13.2	82.0	39.6	9.9	5.3	44.7	40.0	69
12-23	0	84.9	94.5	4.3	64.2	76.4	96.3	69.6	83.2	70.7	35.1	89.6	85.9	20.2	15.8	70.5	17.3	102
Всего	13.5	74.1	69.2	6.6	45.7	43.1	57.8	43.4	51.2	34.9	15.8	57.0	41.9	9.6	7.1	39.7	30.1	315

ДЕТИ, НЕ ВСКАРМЛИВАЕМЫЕ ГРУДЬЮ

Возраст (в месяцах)	НП	Чай	Дет-ское пита-ние	Фрук-товый сок	Мо-ло-ко'	Дру-гие жи-дные ко-сти	Дру-гие гото-венные из круп	Блю-да, при-готов-лен-ные из круп	Тык-ва/капу-ста/мор-ковь/кар-тофель	Кон-фе-ты/слад-ости	Зе-лень	Фрук-ты	Мя-со/пти-ца/яй-ца	Ры-ба/мо-ре-про-дукты	Про-дук-ты из бо-бов	Кис-ломол-оч-ные про-дукты	Бу-ты-лоч-ное кор-мле-ние	Кол-во де-тей
0-11	НП	90.1	79.0	30.1	46.7	40.9	71.7	74.3	73.2	15.3	18.3	74.3	48.5	23.9	10.9	70.4	81.9	31
12-23	НП	88.2	94.3	5.9	37.8	67.9	96.2	82.6	90.9	78.3	50.3	87.2	87.2	19.5	18.3	79.4	17.0	167
24-29	НП	96.2	94.7	3.3	35.1	72.2	98.0	79.5	92.7	82.1	52.1	86.9	85.9	27.0	18.1	66.8	9.1	136
30-35	НП	85.1	91.2	5.1	30.9	73.4	93.1	78.3	90.3	76.9	54.6	88.1	78.5	33.4	26.8	70.3	9.8	118
Всего	НП	89.9	92.6	6.5	35.8	68.8	94.2	80.0	90.1	74.8	49.8	86.4	81.9	25.7	20.0	72.6	17.2	451

НП - данные неспрециментированы.

Таблица 11.6.1 Виды продуктов питания, полученные детьми за предшествующую неделю, в зависимости от социально-биологических факторов

Процент детей до 36-ти месячного возраста, принимавших отдельные продукты питания в течение последней недели, предшествовавшей интервью, в зависимости от некоторых социально-биологических факторов. Казахстан, 1999.

Социально-биологические факторы	Прос-тая вода		Дет-ское пи-тание	Фрук-товый сок	Мо-локо ¹	Дру-гие жи-вые ко-сти	Продук-ты, приго-товлен-ные из муки	Блюда, при-готов-ленные из круп	Тыква/капустя/мор-ковь/кар-тофель	Кон-фет-ты/сла-дос-ти	Зе-лень	Фрук-ты	Мя-со/пти-ца/яйца	Ры-ба/мо-ре-про-дукты	Про-дук-ты из про-бов	Кисло-мо-лоч-ные про-дукты	Буты-лоч-ное корм-ление	Кол-во де-тей
	Чай	Чай																
Пол																		
Мальчики	79.8	84.0	6.3	31.5	71.3	59.6	84.1	72.5	82.2	67.5	43.5	77.7	72.0	21.8	19.0	63.9	15.2	251
Девочки	85.9	86.4	5.7	34.4	77.0	67.3	89.5	74.9	83.6	70.2	48.3	81.5	79.0	25.6	17.8	69.9	16.4	239
Местожительство																		
Город	84.6	84.4	11.3	53.3	74.1	69.2	87.6	83.8	84.1	66.6	50.2	86.5	76.8	30.6	27.3	67.4	21.8	219
Село	81.4	85.9	1.8	16.6	74.1	58.6	86.0	65.5	81.9	70.7	42.3	74.0	74.2	18.1	11.3	66.4	11.0	272
Регион																		
г. Алматы	94.6	59.5	21.6	70.3	75.7	70.3	86.5	83.8	91.9	78.4	64.9	83.8	75.7	29.7	35.1	89.2	35.1	17
Южный	79.2	86.2	1.7	16.1	70.5	58.7	87.6	63.1	82.9	72.1	33.9	80.9	73.8	12.4	15.1	63.4	9.7	206
Западный	86.4	86.0	15.2	37.5	71.3	57.7	86.0	77.7	75.9	56.8	36.3	77.1	77.7	40.1	3.9	67.1	21.9	68
Центральный	93.6	93.4	9.6	68.3	90.7	67.2	92.2	91.0	92.2	77.2	57.2	89.0	84.3	36.4	35.4	88.2	25.5	42
Северный	80.0	87.0	1.9	40.6	76.0	72.4	83.3	78.0	81.4	61.6	61.8	71.2	72.6	23.4	13.0	57.6	18.1	106
Восточный	85.4	78.2	11.7	37.1	74.0	64.9	87.1	84.0	84.7	76.3	57.6	85.7	77.1	35.1	42.3	74.3	13.1	52
Образование матери																		
Начальное/среднее	86.0	86.7	3.0	22.8	71.4	57.8	87.0	69.2	81.0	67.6	41.6	76.5	73.9	20.9	15.0	66.2	12.6	202
Средне-специальное	80.7	86.3	8.1	37.9	76.9	67.1	87.3	76.7	85.3	69.8	50.0	80.8	75.3	27.3	20.3	66.1	18.1	206
Высшее	80.0	79.0	8.2	45.4	73.5	67.4	84.7	76.9	81.5	69.4	45.7	83.9	79.2	21.4	22.0	70.2	17.9	83
Национальность																		
Казашки	83.3	86.7	5.5	25.4	74.8	61.6	87.5	71.8	81.8	68.6	38.7	78.1	76.3	15.2	9.7	66.5	13.3	326
Русские	83.7	81.3	6.1	55.3	77.8	68.2	86.7	82.9	86.6	69.7	62.1	83.3	74.4	43.2	36.2	66.2	19.2	103
Другие	78.8	83.8	8.4	35.3	63.8	64.0	82.7	67.7	82.7	68.9	56.4	80.9	72.3	35.7	34.9	69.9	23.4	61
Всего	82.8	85.2	6.0	32.9	74.1	63.3	86.8	73.6	82.9	68.8	45.8	79.6	75.4	23.7	18.4	66.8	15.8	490

¹ Цельное, консервированное, порошковое или свежее молоко.

Таблица 1.6.2. Частота приема детьми отдельных видов продуктов за предшествующие семь дней

Среднее число дней приема отдельных видов продуктов детьми в возрасте до 36-ти месяцев в течение семи дней, предшествовавших исследованию, в зависимости от некоторых социально-биологических факторов. Казахстан, 1999.

Социально-биологические факторы	Проо-тая во-да	Чай	Дет-ское пи-тье	Фрук-товый сок	Мо-ло-ко	Дру-гие жи-вые ко-сы	Про-дукты, приго-товлен-ные из му-ки	Блю-до, приго-товлен-ные из кру-п	Тык-ва/капуст-а/мор-ковь/кар-тофель	Кон-фет-ты/слад-кие до-с-ты	Зе-ле-нь	Фрук-ты	Ма-со/пти-ца/яй-ца	Ры-ба/мор-епро-дук-ты	Про-дук-ты из бо-бов	Кисло-моло-ко	Кол-во про-дук-тов
Пол																	
Мальчики	6.5	6.7	0.3	1.4	4.8	2.8	6.7	3.6	5.7	4.0	3.0	5.4	4.3	0.5	0.6	4.0	251
Девочки	6.4	6.6	0.4	1.6	5.1	3.0	6.6	4.0	5.2	4.2	3.0	5.2	4.3	0.7	0.4	4.0	239
Местожительство																	
Город	6.5	6.5	0.7	2.5	4.7	3.3	6.5	4.6	5.4	3.9	3.1	5.5	4.6	0.8	0.8	3.9	219
Село	6.5	6.8	0.1	0.6	5.2	2.5	6.8	3.1	5.5	4.3	2.9	5.1	4.1	0.5	0.3	4.0	272
Регион																	
г. Алматы	6.8	4.7	1.3	3.0	4.8	3.9	5.6	4.9	4.9	4.0	3.6	5.2	4.1	0.7	1.0	4.6	17
Южный	6.2	6.8	0.1	0.5	4.9	2.1	6.9	2.4	6.0	4.6	2.5	5.9	4.1	0.2	0.3	3.7	206
Западный	6.9	6.8	0.7	1.7	4.7	3.0	6.6	4.3	4.3	3.2	2.0	4.5	4.6	1.5	0.1	4.2	68
Центральный	6.7	6.7	0.6	3.4	5.9	3.8	6.6	5.4	5.1	3.9	3.2	5.3	4.7	0.9	1.1	4.8	42
Северный	6.3	6.7	0.2	1.9	4.9	3.4	6.4	4.6	5.2	3.7	4.3	4.2	4.1	0.6	0.3	3.5	106
Восточный	6.8	6.1	0.7	1.8	5.2	3.5	6.7	4.9	5.9	4.7	3.3	6.0	5.2	0.8	1.4	4.8	52
Образование матери																	
Начальное/среднее	6.7	6.7	0.2	0.8	4.9	2.3	6.6	3.1	5.2	3.8	2.6	4.8	3.8	0.5	0.4	3.9	202
Средне-спец.	6.2	6.7	0.5	1.9	5.0	3.2	6.7	4.2	5.6	4.3	3.3	5.6	4.3	0.7	0.6	3.9	206
Высшее	6.5	6.3	0.6	2.1	5.1	3.5	6.6	4.5	5.7	4.6	3.2	5.8	5.6	0.6	0.6	4.3	83
Национальность																	
Казахи	6.5	6.8	0.3	1.0	5.1	2.6	6.8	3.4	5.2	4.0	2.5	5.1	4.4	0.4	0.3	4.1	326
Русские	6.6	6.3	0.4	2.9	5.0	3.7	6.6	5.3	6.0	4.4	3.9	5.7	4.4	1.1	1.0	3.6	103
Другие	6.3	6.6	0.6	1.7	4.3	2.6	6.4	3.3	5.8	4.4	4.2	5.5	3.9	0.8	0.8	3.8	61
Всего	6.5	6.6	0.4	1.5	5.0	2.9	6.7	3.8	5.4	4.1	3.0	5.3	4.3	0.6	0.5	4.0	490

1 Целыно, консервированное, порошковое или свежее молоко.

Полученные результаты указывают лишь на незначительные различия в характере дополнительного питания детей в зависимости от местожительства, региона и этнической принадлежности. К примеру, дети, проживающие в городе, больше получали детских смесей, фруктовых соков, рыбы и других морепродуктов, по сравнению с детьми, проживающими в сельской местности. Дети казахской национальности реже получали данные продукты, по сравнению с русскими детьми.

Таблица 11.7 Нутрициональный статус детей в зависимости от демографических показателей

Процент детей в возрасте 0-59 месяцев с недостаточностью питания по трем антропометрическим индексам: рост/возраст, вес/рост и вес/возраст в зависимости от демографических показателей. Казахстан, 1999.

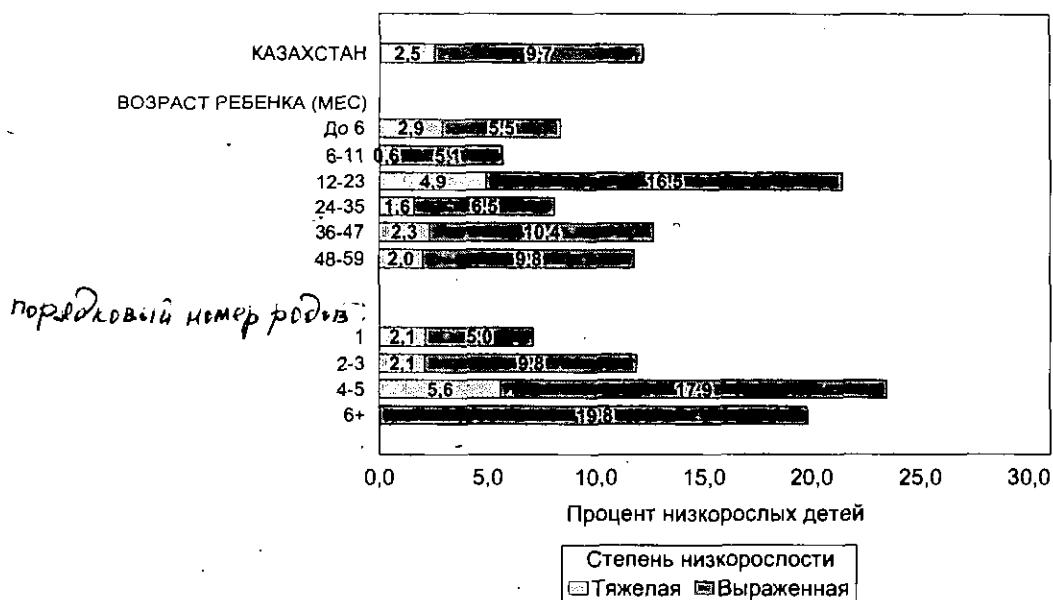
Демографические показатели	Рост/возраст		Вес/рост		Вес/возраст		Кол-во детей
	Процент ниже -3 CO	Процент ниже -2 CO ¹	Процент ниже -3 CO	Процент ниже -2 CO ¹	Процент ниже -3 CO	Процент ниже -2 CO ¹	
Возраст в месяцах							
<6	2.9	5.5	0.0	1.7	0.0	4.0	48
6-11	0.6	5.1	0.0	2.2	0.6	5.0	63
12-23	4.9	16.5	0.0	2.4	0.0	6.0	118
24-35	1.6	6.5	1.0	1.3	1.6	3.2	125
36-47	2.3	10.4	0.0	2.3	0.0	3.1	136
48-59	2.0	9.8	0.0	1.1	0.0	4.5	122
Пол							
Мальчики	1.6	8.8	0.4	3.4	0.1	3.8	294
Девочки	3.4	10.7	0.0	0.3	0.6	4.6	319
Порядок родов²							
1	2.1	5.0	0.3	2.4	0.0	4.1	204
2-3	2.1	9.8	0.0	1.9	0.0	3.6	296
4-5	5.6	17.9	0.6	0.6	2.8	6.4	86
6+	0.0	19.8	0.0	0.0	0.0	5.2	27
Всего	2.5	9.7	0.2	1.8	0.4	4.2	612

Примечание. Цифры даны по детям, родившимся в период 0-59 месяцев, предшествовавших исследованию. 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.

² Исключены первые роды.

Рисунок 11.1 Распространенность низкорослости детей в зависимости от их возраста и порядкового номера родов



ПМДК 1999

Таблица 11.8 Нутрициональный статус детей в зависимости от социально-биологических факторов

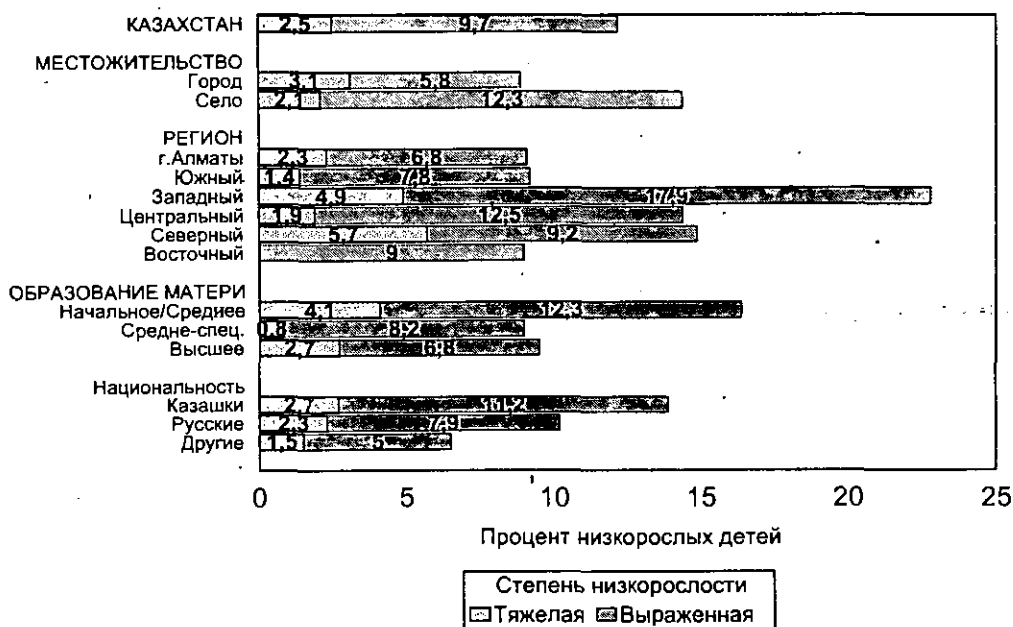
Процент детей в возрасте 0-59 месяцев с недостаточностью питания по трем антропометрическим индексам: рост/возраст, вес/рост и вес/возраст в зависимости от социально-биологических факторов. Казахстан, 1999.

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	
Местожителъство							
Город	3.1	5.8	0.2	2.4	0.8	4.8	242
Село	2.1	12.3	0.2	1.5	0.1	3.9	371
Регион							
г. Алматы	2.3	6.8	0.0	2.3	0.0	4.5	20
Южный	1.4	7.8	0.0	2.3	0.0	3.9	300
Западный	4.9	17.9	0.9	1.8	0.0	6.7	78
Центральный	1.9	12.5	1.2	5.5	1.0	3.4	43
Северный	5.7	9.2	0.0	0.0	1.9	5.7	106
Восточный	0.0	9.0	0.0	0.0	0.0	0.8	65
Образование матери							
Начальное/среднее	4.1	12.3	0.3	1.7	0.8	5.5	262
Средне-спец.	0.8	8.2	0.2	2.3	0.2	3.3	258
Высшее	2.7	6.8	0.0	0.8	0.0	3.4	93
Национальность							
Казахи	2.7	11.2	0.3	2.1	0.6	5.0	417
Русские	2.3	7.9	0.0	0.8	0.0	3.0	104
Другие	1.5	5.0	0.0	1.5	0.0	2.0	91
Всего	2.5	9.7	0.2	1.8	0.4	4.2	612

Примечание. Цифры даны по детям, родившимся в период 0-59 месяцев, предшествовавших исследованию. 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

Рисунок 11.2 Распространенность низкорослости детей в зависимости от социально-биологических факторов



ПМДК 1999

11.7 НУТРИЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС ДЕТЕЙ МЛАДШЕ ПЯТИ ЛЕТ

Данные относительно роста и веса детей, приведенные в ПМДК 1999 г., дают оценку нутриционального статуса и идентификацию подгрупп детей, в которых увеличивается риск роста заболеваемости. Недоедание приводит к увеличению заболеваемости и смертности (Pelletier et al., 1993), а также к снижению познавательных способностей, что ведет к более низкому образовательному уровню детей

(Brozek и Schurch, 1984). Во взрослой жизни накопленный эффект недоедания может привести к снижению производительности труда и частым прогулам (отсутствие на рабочем месте), в результате чего может снизиться продолжительность жизни как в индивидуальном, так и в национальном масштабах (Мировой Банк, 1993). Недоедание также может оказать эффект на следующие поколения; так, младенцы, рожденные женщинами, которые имели недостаточное питание в период раннего детства, имеют более низкие весо-ростовые показатели, чем младенцы, рожденные женщинами с нормальным уровнем питания (Villag и Rivera, 1988). Младенцы, рожденные с малым весом (меньше 2.5 кг), имеют больший риск заболеваемости и смертности, по сравнению с младенцами, рожденными с нормальным весом (IOM, 1985).

Недоедание – прямой результат как недостаточности питания, так и инфекционных заболеваний. Неадекватное питание является результатом недостаточного количества продуктов в семьях и неправильных методов их употребления. Инфекционные заболевания, особенно диарея, острые респираторные заболевания, малярия и корь являются следствием неадекватной медицинской помощи, недостаточного обеспечения водой и плохого состояния окружающей среды. Как было показано Scrimshaw и др. (1968), “результат одновременного присутствия и взаимодействия недостаточного питания и инфекционного заболевания является более серьезным для пациента, нежели отдельные их влияния на организм ребенка”.

11.8 ОЦЕНКА НУТРИЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА ДЕТЕЙ

Оценка нутриционального статуса детей в возрасте до 5 лет базируется на той концепции, что распределение показателей роста и веса детей будет соответствовать нормальному распределению, если оно характерно для населения с полноценным питанием. Данное распределение предполагает, что 68 процентов детей будут иметь рост и вес в пределах 1 стандартного отклонения от среднего значения, характерного для данной возрастной группы. Среди оставшихся 2 процента детей будут иметь показатели роста и веса меньше, чем 2 стандартных отклонения от среднего значения, характерного для данного возраста, поскольку все население имеет подобный генетический потенциал для роста (Habicht et al., 1974). Стандарты национального центра по медицинской статистике США (NCHS), соответствующие

Таблица 11.9 Антропометрические индексы в оценке статуса питания женщин

Среднее значение, стандартное отклонение и процентное распределение всех женщин по росту, весу и индексу массы тела (ИМТ). Казахстан, 1999.

Показатели	Процент	Распределение, включая пропущенных женщин
Рост (см.)		
135.0-139.9	0.1	0.1
140.0-144.9	0.4	0.2
145.0-149.9	4.3	2.1
150.0-154.9	16.9	8.2
155.0-159.9	31.0	15.0
160.0-164.9	29.2	14.1
165.0-169.9	13.0	6.3
170.0-174.9	4.1	2.0
175.0-179.9	0.9	0.5
Пропущено	-	51.6
Всего	100.0	100.0
Среднее значение	159.6	-
Стандартное отклонение	6.0	-
Кол-во женщин	2.324	4.800
Вес (кг.)		
35.0-39.9	0.6	0.3
40.0-49.9	17.4	8.4
50.0-59.9	37.5	18.2
60.0-69.9	22.9	11.1
≥70.0	21.6	10.5
Пропущено	-	51.5
Всего	100.0	100.0
Среднее значение	61.8	-
Стандартное отклонение	15.4	-
Кол-во женщин	2.245	4.634
ИМТ (кг/м²)		
12.0-15.9	0.5	0.2
16.0-16.9	0.9	0.4
17.0-18.4	6.0	2.9
18.5-20.4	19.2	9.3
20.5-22.9	25.7	12.4
23.0-24.9	15.2	7.3
25.0-26.9	10.4	5.0
27.0-28.9	7.7	3.7
29.0-29.9	1.8	0.9
≥30.0	12.6	6.1
Пропущено	-	51.8
Всего	100.0	100.0
Среднее значение	24.1	-
Стандартное отклонение	5.3	-
Кол-во женщин	2.235	4.634

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

стандартам, рекомендованным ВОЗ, использовались для оценки нутриционального статуса детей в настоящем отчете.

Следующие три стандартных индекса физического развития характеризуют нутрициональный статус ребенка :

- рост-возраст;
- вес– рост;
- вес– возраст

Каждый из данных индикаторов дает соответствующую информацию о развитии и состоянии организма, что может быть использовано при оценке нутриционального статуса.

Антропометрический индекс рост-возраст отражает ростовой показатель. Ребенок, у которого росто-возрастной индекс менее двух стандартных отклонений (-2 СО) 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 СО), то такое состояние расценивается как выраженная задержка роста.

По весо-ростовому показателю можно судить о статусе питания ребенка в настоящем. Дети, имеющие значения показателя ниже двух стандартных отклонений от средней рекомендуемой величины (-2 СО), 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 СО), то состояние такого ребенка признается как истощение выраженной степени.

По весо-возрастному индексу нельзя провести дифференциацию хронической (низкорослость) и острой (истощение) недостаточности питания. Ребенок может иметь сниженный вес относительно своего возраста за счет как задержки роста, так и истощения, а также за счет одновременно обоих проявлений недостаточности питания. По этой причине весо-возрастной индекс рассматривается в качестве интегрального показателя нутриционального статуса.

Дети, имеющие значения показателей ниже двух стандартных отклонений (-2 СО), но не ниже трех стандартных отклонений (-3 СО), расцениваются как имеющие умеренную степень недостаточности питания; если же значения показателей меньше трех стандартных отклонений (-3 СО), то это выраженная недостаточность питания. Однако ребенок может быть как низкорослым, так и истощенным, но эти два показателя имеют различную этиологию и последствия, следовательно, имеют различные пути решения.

В ПМДК 1999 г. всем детям, родившимся с января 1994 г. и проживавшим в каждом втором отобранном домовладении, было проведено измерение роста и веса¹. Ниже приведен анализ, основанный на полных и правдоподобных данных антропометрических измерений, проведенных у 612 детей в возрасте 0-59 месяцев.

11.9 Недостаточность питания детей в Казахстане

В таблице 11.7 отражен процент детей до 5-ти летнего возраста с недостаточностью питания в зависимости от некоторых демографических показателей. В целом по Казахстану 10 процентов детей характеризуются умеренной или выраженной задержкой роста, 2 процента – истощением умеренной или выраженной степени, и в 4 процентах случаях отмечалось умеренное или выраженное несоответствие веса ребенка его возрасту.

Наиболее существенные различия были обнаружены в зависимости от возраста и межродового интервала. Среди детей возрастных групп 12-23 и 36-47 месяцев недостаточность питания, оцененная по всем трем антропометрическим индексам, была более выраженной, по сравнению с другими детьми. Задержка роста чаще наблюдалась у девочек, чем у мальчиков (11 процентов и 9 процентов), в то время как истощение чаще имело место у мальчиков (Таблица 11.7).

¹ В городах: Алматы, Жезказкан и Семипалатинск измерение роста и веса проводилось детям во всех домовладениях каждого второго кластера.

Таблица 11.10 Статус питания женщин в зависимости от социально-биологических факторов

Средний рост, процент женщин с ростом ниже 145 см, средний индекс массы тела (ИМТ) и процентное распределение по ИМТ женщин в возрасте 15-49 лет в зависимости от социально-биологических факторов. Казахстан, 1999.

Социально-биологические факторы	Индекс массы тела								Кол-во женщин
	Рост			Процентное распределение женщин 15-49 лет					
	Среднее значение	Процент <145 см	Кол-во женщин	Среднее значение	<18.5	18.5-29.9	≥ 30.0	Всего	
Возраст, лет									
15-19	159.4	0.5	357	20.9	14.4	85.2	0.4	100.0	348
20-24	160.3	0.0	340	21.4	12.7	85.5	1.8	100.0	316
25-29	160.0	0.5	354	22.8	11.7	81.9	6.5	100.0	326
30-34	160.6	0.4	337	24.7	3.2	83.6	13.3	100.0	316
35-49	158.9	0.7	935	26.5	2.9	74.0	23.1	100.0	932
Местожителство									
Город	160.3	0.2	1,296	24.0	7.9	79.9	12.2	100.0	1,247
Село	158.6	0.9	1,028	24.2	6.7	79.9	13.4	100.0	991
Регион									
г. Алматы	160.1	0.3	140	23.9	8.7	78.9	12.4	100.0	136
Южный	158.9	0.6	749	23.5	7.6	82.6	9.7	100.0	716
Западный	159.4	0.5	293	23.8	8.8	79.5	11.7	100.0	279
Центральный	162.2	0.0	212	23.2	8.2	83.7	8.1	100.0	206
Северный	159.1	0.6	609	25.2	6.9	74.9	18.3	100.0	588
Восточный	160.2	0.6	320	24.3	5.4	81.3	13.3	100.0	313
Образование матери									
Начальное/среднее	158.7	0.8	960	23.8	8.2	79.6	12.1	100.0	917
Средне-спец.	159.8	0.1	889	24.6	7.1	78.1	14.8	100.0	867
Высшее	161.0	0.6	474	23.8	6.1	83.8	10.0	100.0	454
Национальность									
Казахки	158.5	0.6	1,272	23.3	8.5	82.7	8.8	100.0	1,223
Русские	161.5	0.5	690	24.9	7.1	76.6	16.2	100.0	670
Другие	159.7	0.4	362	25.5	4.0	76.1	19.9	100.0	344
Всего	159.6	0.5	2,324	24.1	7.4	79.9	12.7	100.0	2,238

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

В таблице 11.8 отражена информация о нутрициональном статусе детей в зависимости от социально-биологических характеристик матерей. Умеренная или выраженная степени задержки роста были выявлены у значительной части детей, проживающих на селе (12 процентов), в Западном и Центральном регионах (18 и 13 процентов соответственно), родившихся у женщин с начальным/средним образованием (12 процентов), и женщин казахской национальности (11 процентов). На рисунке 11.2. показаны различия в задержке роста в зависимости от социально-биологических характеристик матерей.

11.10 Статус питания женщин

В ПМДК 1999 г. были собраны данные роста и веса женщин в возрасте 15-49 лет. Как и у детей, антропометрические измерения были выполнены у подходящих для интервьюирования женщин (15-49 лет), проживавших в каждом втором отобранном домовладении². Измерение роста и веса было проведено у 2.235 женщин. В данном отчете нутрициональный статус женщин оценивался по трем показателям: рост, вес и индекс массы тела (ИМТ) – комбинированный индекс по данным роста и веса.

Рост женщин может быть ассоциирован с прошлым социально-экономическим положением и доступностью продуктов питания в детстве и отрочестве. Этот показатель является также полезным клиническим индикатором риска осложнений родов, особенно риска несоответствия размеров таза матери размерам головки плода. Женщины с ростом в пределах 140-150 см относятся к группе риска.

² В городах: Алматы, Жезказган и Семипалатинск измерение роста и веса проводилось женщинам во всех домовладениях каждого второго кластера.

В таблице 11.9 отражено процентное распределение женщин в зависимости от роста. Средний рост женщин составил 160 см. Рост меньше 145 см выявлен менее чем у одного процента женщин³.

Анализ массы тела используют для оценки степени недостаточности питания или, наоборот, ожирения. Наиболее широко распространенным является 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 недоста точности для небеременных женщин. В таблице 11.9 показано, что среднее значение ИМТ⁴ среди небеременных женщин составило $24,1 \text{ кг}/\text{м}^2$, и у 7 процентов ИМТ был ниже $18,5 \text{ кг}/\text{м}^2$.

В таблице 11.10 представлены средние значения роста и ИМТ, а также процентное распределение женщин по ИМТ в зависимости от социально-биологических факторов. Наиболее существенные различия обнаружены в проценте женщин, имеющих ИМТ менее $18,5 \text{ кг}/\text{м}^2$. Наименьшие значения ИМТ отмечались у женщин в возрасте 15-19 лет, женщин, которые проживают в городах, в Западном регионе и г. Алматы, женщин с начальным/средним уровнем образования, а также женщин – казашек.

³Если использовать как предел 150 см, то риск будет отмечаться у 6 процентов женщин.

⁴Показатели ИМТ беременных женщин исключены в связи с тем, что для точных данных срока гестации необходима адаптация, и эти данные неприменимы.

*Алмаз Т. Шарман, Бедел Т. Сарбаев,
Даулет К. Басхожаев, Даурен С. Имамбаев*

12.1 ОБЗОР ПРОБЛЕМЫ

Анемия – это состояние, характеризующееся снижением количества эритроцитов и концентрации гемоглобина в крови. Как правило, анемия является конечным проявлением пищевой недостаточности железа, фолиевой кислоты, витамина В12 и ряда других нутриентов. Хотя важнейшими этиологическими факторами являются кровотечения, инфекции, генетические нарушения или хронические заболевания, нутрициональная недостаточность, прежде всего из-за дефицита биологически доступного железа, является наиболее распространенной причиной большинства случаев анемии (INACG, 1979, 1989; DeMaeyer et al, 1989; Hercberg and Galan, 1992; Yip, 1994).

Как известно, анемия оказывает неблагоприятное влияние на здоровье женщины и детей. Показано, что, по сравнению со здоровыми женщинами, неблагоприятные исходы беременности встречаются значительно чаще среди тех, кто страдает анемией (INACG, 1989). У беременных женщин с тяжелой степенью анемии отмечаются нарушения транспорта кислорода, что может представлять серьезную опасность во время родов, особенно на фоне обширных кровотечений. Такие ситуации могут стать основной причиной материнской, а также антенатальной и перинатальной младенческой смертности (Fleming, 1987; Omar et al, 1994; Thonneau et al, 1992). Железодефицитная анемия среди детей приводит к нарушениям психомоторного развития и координации, а также к общей задержке развития (Scrimshaw, 1984; Lozoff et al, 1991). Анемия предрасполагает к возникновению инфекционных заболеваний, вызывая нарушение ряда иммунных механизмов.

Железодефицитная анемия признана одной из ведущих проблем мирового здравоохранения. Согласно данным эпидемиологических исследований, собранным в различных странах Всемирной Организацией Здравоохранения (ВОЗ), в мире около 35 процентов женщин и 43 процентов детей раннего возраста имеют анемию. В развивающихся странах анемией страдают более 50 процентов женщин и детей. В США и Европе распространенность анемии среди женщин и детей раннего возраста составляет от 7 до 12 процентов. Самые высокие показатели анемии обнаружены в Южной Азии и некоторых регионах Африки (DeMaeyer et al, 1989).

Анемия остается одной из главных проблем здравоохранения Казахстана на протяжении последних десяти лет. Программа медико-демографического исследования Казахстана 1995 года выявила чрезвычайно высокую распространенность анемии среди женщин и детей ранних лет жизни. Около половины (49 процентов) женщин и 69 процентов детей до трехлетнего возраста в республике страдают различной степенью анемии. Исследование показало, что самые высокие показатели анемии зафиксированы в близлежащих к Аральскому морю районах, которые характеризуются неблагоприятными агрохимическими загрязнениями окружающей среды и тяжелым социально-экономическим положением (Sharmanov, 1998).

Вышеприведенные данные послужили основой для разработки и реализации широкомасштабной программы по профилактике железодефицитной анемии среди женщин в этих районах. Основываясь на результатах исследований ПМДК 1995 года о распространенности анемии, Представительство ЮНИСЕФ в центрально-азиатских республиках и Казахстане (ЮНИСЕФ ЦАРК) предложило интегрированный пакет вмешательств, который включает в себя обогащение муки, универсальный прием препаратов железа, обучение и консультации по вопросам питания, а также подробную программу мониторинга и необходимых исследований. Для решения этой проблемы ЮНИСЕФ запросила поддержки у доноров. Предложенная Программа профилактики и борьбы с анемией (ПБА) состоит из следующих элементов (Gleason et al, 1998):

- обучение и усилия, направленные на доступные и приемлемые изменения в питании в условиях переходного периода экономики, проводимые как на национальном, так и на региональном уровнях;
- фортификация пшеничной муки железом;

- основное мероприятие программы – еженедельное потребление железосодержащих препаратов в течение календарного года женщинами репродуктивного возраста, включая беременных и детей 6-24 месяцев;
- другие ключевые моменты программы – контроль со стороны правительства и других заинтересованных ведомств, изучение эффективности еженедельного приема препаратов во всех целевых группах, санитарно-просветительная пропаганда через СМИ, обучение медработников и другие работы.

Главной задачей исследования анемии в ПМДК 1999 года явилось стремление далее изучить происходящие изменения в распространенности анемии среди различных групп населения. Второй задачей было желание выяснить, основываясь на оценке кривых распределения гемоглобина, является ли дефицит железа основной причиной анемии в Казахстане. Третья задача состояла в том, чтобы проанализировать тенденции развития анемии, начиная с ПМДК 1995 года.

12.2 МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ОЦЕНКИ АНЕМИИ, ИСПОЛЬЗОВАННЫЕ В ПМДК 1999 ГОДА

Как и в ПМДК 1995 года, изучение анемии в 1999 году проводилось в рамках Программы медико-демографического исследования Казахстана. Главные отличия следующие.

— Осуществление выборки. Общенациональное исследование анемии 1999 года проводилось с использованием репрезентативной выборки. Население каждого второго домовладения (каждый второй кластер в гг. Алматы, Жезказган и Семипалатинск), выбранного для интервью в ПМДК, подлежало обследованию на выявление анемии и измерению антропометрических данных.

— Тестирование детей до пяти лет. В ПМДК 1995 года гемоглобин измерялся только у детей до трехлетнего возраста, в то время как в 1999 году этот возраст был увеличен до пяти лет. В обследовании приняло участие 2.216 женщин в возрасте 15-49 лет и 574 их детей в возрасте до пяти лет.

— Обследование мужчин. В 1999 году, кроме женщин и детей, на гемоглобин была проверена и часть мужского населения. Главная цель тестирования мужчин состояла в том, чтобы выяснить, является ли недостаточность железа главной причиной анемии среди женщин и детей. Соотношение мужского гемоглобина к женскому и детскому представлено в разделе 12.6.

— Оценка применения препаратов железа. В ПМДК 1999 года изучение анемии включало применение железосодержащих препара-

Таблица 12.1 Анемия среди женщин

Процент женщин в возрасте 15-49 лет, классифицированных как имеющие анемию, в зависимости от социально-биологических факторов. Казахстан, 1999.

Социально-биологические факторы	Процент женщин с			Кол-во женщин
	Тяжелой анемией ¹	Выраженной анемией ²	Умеренной анемией ³	
Возраст, лет				
15-19	0.0	6.0	25.8	352
20-24	0.8	5.7	27.0	334
25-29	1.4	7.1	23.2	351
30-34	0.4	7.3	29.8	323
35-39	2.4	11.0	27.6	352
40-44	1.7	11.0	29.2	297
45-49	2.0	5.4	23.7	259
Местожительство				
Город	0.9	7.2	25.9	1,256
Село	1.6	8.2	27.6	1,012
Регион				
г. Алматы	0.7	6.1	17.0	127
Южный	0.2	6.6	18.5	731
Западный	3.1	11.1	31.5	285
Центральный	1.1	6.3	30.0	207
Северный	1.9	8.3	39.2	605
Восточный	0.9	7.3	18.6	313
Образование				
Нач/Среднее	0.9	7.1	28.9	951
Средне-спец	1.8	9.1	26.2	867
Высшее	0.7	6.0	22.9	451
Национальность				
Казахки	1.4	9.7	28.6	1,250
Русские	1.1	4.1	23.1	664
Другие	0.5	7.1	26.5	354
Всего	1.2	7.7	26.6	2,269

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)

тов. Задавались вопросы относительно приема женщинами препаратов железа. При изучении анемии учитывалась также продолжительность приема этих препаратов.

Согласно такой методике исследования, изучение вопросов анемии базировалось на обследовании 2.216 женщин в возрасте 15-49 лет и 574 их детей младше пяти лет. Определение уровня гемоглобина выполнялось по стандартной методике, используемой в медико-демографических исследованиях (Sharmanov, 2000). До начала проведения анализа женщины просили подписать письмо-соглашение о том, что они согласны на взятие капли крови у них и их детей для тестирования на анемию.

Для измерения гемоглобина бралась капиллярная кровь из пальца с использованием безопасных ланцетов (стерильные одноразовые инструменты, которые позволяют безболезненно производить пункцию кожи). Измерение уровня гемоглобина проводилось с помощью портативного прибора Hemocue, который состоит из фотометра, а также микрокуветы, представляющей собой одновременно приспособление для забора крови и постановки биохимической реакции. Процедуру взятия крови выполнял специально обученный медперсонал.

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. Казахстан, 1999.

Социально-биологические факторы	Процент женщин с:			Кол-во женщин
	Тяжелой анемией ¹	Выраженной анемией ²	Умеренной анемией ³	
ИМТ				
ИМТ < 18,5	1,0	7,3	29,5	163
ИМТ > 18,5	1,2	7,7	26,4	2.088
Репродукт. жизнь				
Небеременные	0,6	5,2	25,5	592
Количество родов < 2	0,7	5,9	25,1	1.053
Количество родов ≥ 2	1,6	9,2	28,0	1.212
Средний межродовый интервал < 24 мес	2,0	14,0	28,6	284
Средний межродовый интервал > 24 мес	1,7	9,8	34,7	352
Использование ВМС				
Использующие ВМС	2,5	12,0	31,4	653
Неиспользующие ВМС	0,7	5,9	24,8	1.611
Всего	1,2	7,7	26,7	2.269

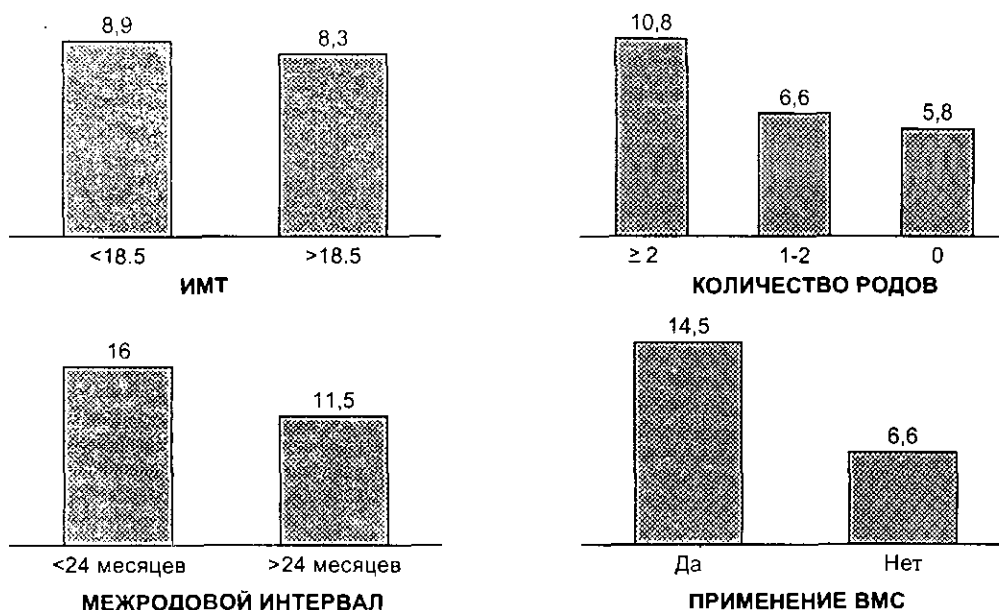
¹ Уровень гемоглобина ниже 7 г/дл

² Уровень гемоглобина 7 - 9,9 г/дл

³ Уровень гемоглобина 10 - 11,9 г/дл

Рисунок 12.1 Распространенность выраженной-тяжелой анемии среди женщин в зависимости от нутриционального статуса и характеристик репродуктивного здоровья. Казахстан, 1999

Процент выраженной-тяжелой анемии



ПМДК 1999

Анемия классифицировалась как тяжелая, выраженная и умеренная на основании критериев, установленных ВОЗ в зависимости от концентрации гемоглобина в крови (DeMaeyer et al., 1989). Тяжелая анемия соответствовала концентрации гемоглобина ниже 7 г/дл; выраженная – концентрации гемоглобина 7.0-9.9 г/дл; умеренная – концентрации гемоглобина 10.0-11.9 г/дл (10–10.9 для беременных женщин и детей до трех лет).

12.3 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АНЕМИИ СРЕДИ ЖЕНЩИН

В таблице 12.1 отражены результаты исследования по выявлению анемии среди женщин. По данным ПМДК 1999 года, в целом по всей стране 36 процентов женщин репродуктивного возраста страдают анемией различной степени, причем 8 процентов имеют выраженную, а 1 процент – тяжелую степень анемии.

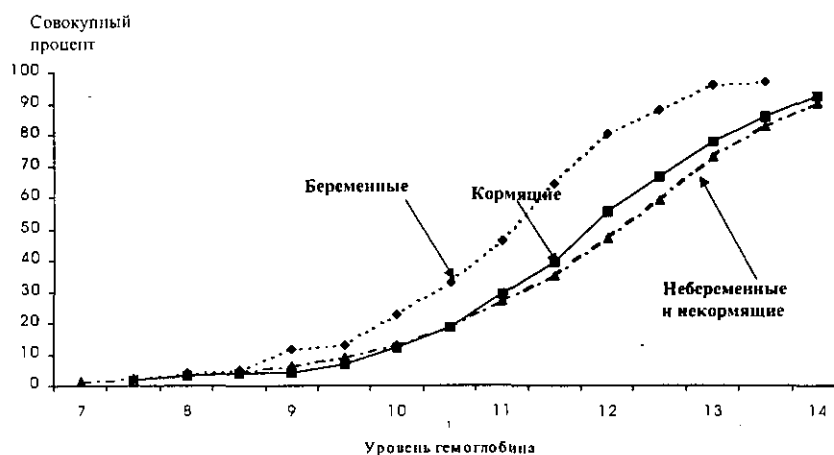
Среди всех возрастных групп самый высокий показатель выраженной и тяжелой степени анемии был зафиксирован у женщин 35-39 лет (13 процентов), а самый низкий уровень выявлен в группе женщин 15-19 лет (6 процентов). Высокий уровень выраженной и тяжелой анемии был обнаружен среди женщин Западного региона (14 процентов), в то время как в городе Алматы таких случаев было выявлено всего 7 процентов. В Южном и Центральном регионах также были диагностированы выраженная и тяжелая степени анемии.

Женщины с высшим образованием реже страдали анемией, чем женщины с начальным или средне-специальным образованием. Выраженная и тяжелая степени анемии отмечены чаще у женщин, постоянно проживающих в сельской местности, по сравнению с городскими жительницами, и среди женщин-казашек, чем в среде русских или женщин из других этнических групп.

Имеются некоторые различия в уровнях анемии в зависимости от характера пищи и репродуктивного здоровья. Таблица 12.2 и рисунок 12.1 показывают, что среди женщин частота выраженной и тяжелой анемии была высокой у женщин с индексом массы тела (ИМТ) менее 18.5, по сравнению с теми, у которых ИМТ был более высоким. Распространенность выраженной и тяжелой степени анемии встречалась чаще у женщин с двумя или более родами (11 процентов), что почти в два раза выше, чем у женщин с меньшим количеством родов или отсутствием беременностей (7 и 6 процентов соответственно). Женщины со средним межродовым интервалом менее 24 месяцев чаще страдали выраженной и тяжелой степенью анемии (16 процентов), чем женщины с межродовым интервалом больше 24 месяцев (12 процентов).

Как видно из таблицы 12.2 и рисунка 12.1, распространенность выраженной и тяжелой степени анемии среди женщин, использующих внутриматочные спирали (ВМС), в два раза выше, чем у женщин, не применяющих ВМС. Это различие объясняется повышенной кровопотерей при менструальных

Рисунок 12.2 Совокупные кривые процентного распределения концентрации гемоглобина среди беременных, кормящих, небеременных и некормящих женщин. Казахстан, 1999.



ПМДК, 1999

кровотечениях, что может привести к истощению в организме запасов железа и железодефицитной анемии (INACG, 1989, Palomo et al., 1993). Согласно результатам исследования, в момент взятия крови на гемоглобин, 42 процента замужних женщин в Казахстане использовали ВМС.

В случаях, когда дефицит железа является основной причиной анемии, группы населения, у которых потребность в железе повышена, будут больше подвержены этой болезни и чаще страдают от нее. Отрицательный баланс железа из-за несоответствия между его потребностью и потреблением часто проявляется во время беременности и роста. По причине широкой распространенности дефицита железа среди населения, беременные женщины, обеспечивающие плод значительным количеством железа, имеют больше шансов заболеть анемией, чем небеременные женщины. Тенденция снижения гемоглобина среди беременных женщин может быть проиллюстрирована при сравнении совокупных кривых процентного распределения концентрации гемоглобина беременных и небеременных женщин.

На рисунке 12.2 представлены кривые распределения уровня гемоглобина среди беременных, кормящих и небеременных/некормящих женщин. Как видно из рисунка, кривая уровня гемоглобина среди беременных сдвинута влево от соответствующей кривой небеременных женщин. Кривая уровня гемоглобина среди кормящих женщин также сдвинута влево от кривой небеременных и некормящих женщин, но в меньшей степени, чем кривая уровня гемоглобина среди беременных женщин.

Это означает, что беременные женщины имеют более низкий уровень гемоглобина, чем небеременные женщины, что отчасти связано с физиологической гемодиллюцией в течение начального периода беременности. Однако большинство различий связано, прежде всего, с постоянно возрастающими запросами растущего плода, пуповины и плаценты, а также в связи с увеличением массы эритроцитов матери (Lee, 1999). Из-за разницы между высокой потребностью железа и ее ограниченными запасами в организме во время беременности обеспечение препаратами железа особенно показано беременным и роженицам.

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. Казахстан, 1999.

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	44.4	13.1	35
20-24	51.2	23.4	285
25-29	49.3	23.2	352
30-34	42.5	19.0	253
35-39	50.6	23.4	148
40-44	48.6	18.2	50
Местожительство			
Город	54.1	24.2	523
Село	42.9	19.5	605
Регион			
г. Алматы	62.1	30.2	40
Южный	46.3	17.6	460
Западный	41.5	20.4	153
Центральный	46.1	25.0	101
Северный	54.9	24.3	244
Восточный	46.8	27.0	131
Образование			
Нач./Среднее	40.3	19.8	430
Среднее-спец	51.8	21.5	499
Высшее	55.5	25.8	199
Национальность			
Казахки	49.5	20.2	741
Русские	46.3	24.7	225
Другие	43.9	27.1	162
Всего	48.1	21.9	1,129

12.4 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 Казахстане ЮНИСЕФ ЦАРК (Gleason, et al, 1999). Правительство Казахстана поддержало программу обеспечения женщин 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. Там же, где распространенность анемии у беременных женщин превышает 40 процентов, что имеет место в Казахстане, применение препаратов железа должно продолжаться и в послеродовой период. Дополнительно к приему таблеток железа, прием 400мкг фолиевой кислоты не только предупреждает мегалобластическую анемию, но и существенно снижает риск развития аномалий нервной трубки. В областях, где встречаются паразитарные инфекции (нематоз или малярия), должны предприниматься дополнительные меры по контролю паразитарных заболеваний (Stoltzfus and Dreyfuss, 1998).

. В ПМДК 1999 года женщин спрашивали, принимали ли они железосодержащие препараты во время последней беременности. Как показано в таблице 12.3, в Казахстане 48 процентов женщин в течение последней беременности принимали препараты железа, в среднем в течение 22 дней. Применение таблеток железа наиболее характерно для г.Алматы, где принимавшие их женщины составили 62 процента, а средняя продолжительность приема – 30 дней. Западный регион имеет самый низкий процент женщин, принимавших таблетки во время последней беременности (42 процента). Важно заметить, что, как следует из таблицы 12.1, этот регион имеет также самую высокую распространенность тяжелой степени анемии (14 процентов).

Использование железосодержащих таблеток более распространено среди женщин с высшим образованием (56 процентов) и женщин, постоянно проживающих в городской местности (54 процента), по сравнению с женщинами с начальным или средним образованием (40 процентов), а также с теми, кто постоянно проживает в сельской местности (43 процента).

Таким образом, несмотря на усилия, применяемые в целях широкого использования железосодержащих препаратов, больше половины женщин в Казахстане не получали их во время последней беременности. Даже те, кто их принимал, принимали 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. Результаты ПМДК показали, что 36 процентов детей до пяти лет страдают различной степенью анемии; из них 17 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 (22 и 12 процентов соответственно). Аналогично показателям анемии среди женщин, уровень выраженной и тяжелой анемии был самый высокий среди детей, проживающих в Западном регионе (33 процента). Это, приблизительно, в три раза выше показателя распространенности

выраженной и тяжелой анемии среди детей, живущих в городе Алматы, Восточном и Южном регионах.

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-казахов, примерно, в два раза выше, чем среди русских и детей других национальностей.

Таблица 12.4 Анемия среди детей

Процент детей до пяти лет, классифицированных как имеющих анемию, в зависимости от социально-биологических факторов. Казахстан, 1999.

Социально-биологические факторы	Процент детей с:			Кол-во детей	Неизвестное кол-во
	Тяжелой анемией ¹	Выраженной анемией ²	Умеренной анемией ³		
Место жительства					
Город	0.9	11.4	17.8	245	241
Село	1.7	20.6	18.0	376	333
Регион					
г.Алматы	0.0	13.6	27.3	20	44
Южный	1.4	12.1	14.3	303	198
Западный	2.8	29.9	26.7	84	107
Центральный	3.3	21.1	34.1	43	83
Северный	0.0	24.4	14.4	106	56
Восточный	0.8	9.2	15.3	64	86
Образование матери					
Нач/Среднее	2.6	19.9	18.3	270	246
Средне-спец	0.6	14.9	18.4	255	230
Высшее	0.0	14.3	15.5	96	98
Национальность матери					
Казашки	2.0	20.0	18.3	427	395
Русские	0.0	8.9	21.9	101	111
Другие	0.0	12.0	11.9	92	68
Всего	1.4	17.0	17.9	620	574

¹ Уровень гемоглобина ниже 7 г/дл
² Уровень гемоглобина 7-9.9 г/дл
³ Уровень гемоглобина 10-10.9 г/дл

12.6 Оценка причин анемии в Казахстане: популяционный подход

Предварительно предполагалось, что основной причиной анемии в Казахстане является недостаточность железа (Sharmanov, 1998). В Программе медико-демографического исследования Казахстана на 1999 года с целью выяснения вопроса о том, является ли анемия в Казахстане, прежде всего, следствием дефицита железа, был использован новый исследовательский подход. Этот подход основан на сравнительном анализе кривых распределения уровня гемоглобина у детей, женщин и мужчин. Ниже предлагается объяснение такого подхода, часто используемый в широкомасштабных популяционных исследованиях, таких как ПМДК 1999 года.

Большинство исследований, направленных на оценку в организме статуса железа, включают взятие венозной крови и использование относительно сложных иммунологических исследований, как иммуноферментный анализ. Необходим детальный морфологический анализ, генетический скрининг и клиническое наблюдение для того, чтобы диагностировать гемоглобинопатии, например, талассемию. Выполнение этих исследований является весьма громоздким и часто требует специальных навыков. Кроме того, средства, необходимые для выполнения таких задач, обычно не пригодны в «полевой обстановке». Поэтому в популяционных исследованиях должны использоваться различные другие методики.

Другой подход в определении причин анемии среди населения состоит в том, чтобы исследовать уровни распределения гемоглобина. Этот подход помогает установить, имеются ли какие-либо группы населения, в большей степени подверженные этой болезни, как, например, женщины или дети (Yip, 1994). В случае несоразмерного сдвига кривой распределения гемоглобина дефицит железа может быть принят как главный этиологический фактор анемии. Там же, где не имеется никакого несоразмерного сдвига кривой распределения гемоглобина, все группы населения, включая совершеннолетнее мужское население, будут одинаково поражены, то есть одинаково сдвинуты кривые распределения и женского, и детского, и мужского гемоглобина. В этом случае основными причинами анемии будут рассматриваться паразитарная инвазия или другие факторы.

Для того, чтобы проверить эти предположения, достаточно отобрать относительно небольшую группу совершеннолетнего мужского населения и определить у них гемоглобин. Объем выборки должен быть достаточно большой, чтобы создать кривую распределения уровня гемоглобина, сопоставимую с таковой для женщин и детей. Обычно репрезентативная выборка около 200 мужчин совершеннолетнего возраста бывает достаточной для создания такой кривой. Считается, что такой подход выполнен и рентабелен. Он также достаточно информативен для того, чтобы выяснить, является или нет недостаточность железа главной причиной анемии среди определенной популяции населения.

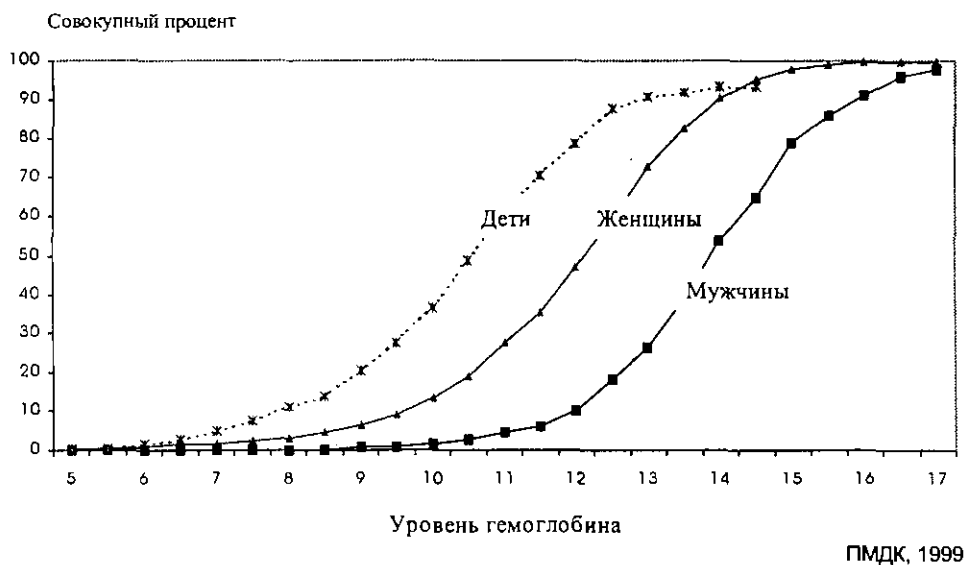
Сравнительный анализ кривых распределения уровня гемоглобина был проведен в рамках медико-демографического исследования 1999 года. В дополнение к женщинам и детям, была отобрана часть мужского населения. Общее количество мужчин, проверенных на гемоглобин, составило 539 человек.

Рисунок 12.3 демонстрирует совокупные кривые процентного распределения концентрации гемоглобина у детей, небеременных/некормящих женщин, а также мужчин. Как видно, кривые распределения уровня гемоглобина женщин и детей сдвинуты влево от кривой мужского гемоглобина. Как упомянуто выше, эта модель характерна для населения, где недостаточность железа – основной этиологический фактор анемии. Это подтверждает предварительно сделанные предположения о том, что анемия среди женщин и детей в Казахстане является, прежде всего, следствием дефицита железа.

12.7 ИЗМЕНЕНИЯ В РАСПРОСТРАНЕННОСТИ АНЕМИИ НАЧИНАЯ С 1995 ГОДА

В таблице 12.5 представлены показатели распространенности выраженной и тяжелой анемии среди женщин и детей до трех лет, взятые из данных ПМДК 1995 и 1999 гг. По сравнению с результатами исследования 1995 года, наблюдается снижение распространенности выраженной и тяжелой степени анемии как среди женщин, так и детей, в течение прошедшего четырехлетнего периода. Уровень выраженной и тяжелой степени анемии снизился с 12 до 9 процентов среди женщин и с 39 до 26 процентов среди детей до трехлетнего возраста. Наибольшее снижение заболевания наблюдается в Южном регионе, где распространенность выраженной и тяжелой анемии снизилась с 11 до 7 процентов среди женщин и с 40 до 20 процентов среди детей.

Рисунок 12.3 Совокупные кривые процентного распределения концентрации гемоглобина среди детей, небеременных и не кормящих женщин, мужчин. Казахстан, 1999.



Несмотря на общее снижение уровня анемии, демографические и социально-этнические различия в распространенности выраженной и тяжелой анемии в ПМДК 1999 года повторяются аналогично ПМДК 1995 года. Например, в обоих исследованиях уровень анемии был самый высокий среди женщин и детей, живущих в Западном регионе. Этот показатель также выше для женщин и детей казахской национальности, по сравнению с женщинами и детьми русского и другого этнического происхождения. Женщины и дети, постоянно проживающие в сельских районах, чаще страдают выраженной и тяжелой анемией, чем женщины и дети, постоянно проживающие в городах.

Рисунки 12.4 и 12.5 показывают совокупные кривые процентного распределения концентрации гемоглобина среди женщин и детей, обследованных во время ПМДК 1995 и 1999 гг. Как видно, имеется небольшой положительный сдвиг кривых распределения гемоглобина в сторону увеличения концентрации гемоглобина среди женщин и детей, обследованных в 1999 г., по сравнению с женщинами и детьми, обследованными в 1995 году. У женщин сдвиг происходит, главным образом, вокруг концентраций гемоглобина, соответствующих умеренной анемии (10 – 12 г/дл). Сдвиг кривых среди детей больше выражен и касается всех уровней анемии, включая выраженную и тяжелую.

Важно отметить, что в 1995 году исследование проводилось с июня по август, когда потребление витаминизированных пищевых продуктов ограничено, в результате чего наблюдается низкая доступность витаминов и минеральных веществ. Напротив, исследование 1999 года проводилось, главным образом, в период с июля по конец сентября, являющийся периодом созревания фруктов и овощей в Казахстане. Вероятно полагать, что такая достаточность эссенциальных нутриентов приводит к повышенному употреблению аскорбиновой кислоты и других промоторов всасывания железа. Эти сезонные различия в питании могли стать причиной снижения распространенности анемии у женщин и детей в период между исследованиями 1995 и 1999 годов.

Кроме того, снижению распространенности анемии, возможно, также способствовал положительный результат Программы профилактики и борьбы с анемией, реализованная недавно в Кызылординской области (часть Южного региона) ЮНИСЕФ ЦАРК и ЗАО "Институт питания РК". Как известно, интенсивное обеспечение железосодержащими препаратами является важным пунктом Программы ПБА, что могло принести свой вклад в улучшение состояния статуса железа в организме женщин и детей, проживающих в этой области. Очевидно, должно быть проведено более детальное исследование эффективности Программы ПБА и роли питания в снижении распространенности анемии среди женщин и детей в Казахстане.

Таблица 12.5. Выраженная-тяжелая анемия среди женщин и детей

Процент женщин в возрасте 15-49 лет и детей до трех лет с выраженной-тяжелой анемией, в зависимости от социально-биологических факторов. ПМДК 1995 и 1999 г.г.

Социально-биологические факторы	Выраженная-тяжелая анемия среди женщин				Выраженная-тяжелая анемия среди детей до трех лет			
	ПМДК 1995 г.		ПМДК 1999 г.		ПМДК 1995 г.		ПМДК 1999 г.	
	Процент ± CO	Кол-во обследо- х женщин	Процент ± CO	Кол-во обследо- х женщин	Процент ± CO	Кол-во обследо-х детей	Процент ± CO	Кол-во обследо- х детей
Возрастные группы								
15-19	6.9±1.4	657	6.0±1.6	352	НП	НП	НП	НП
20-24	12.0±1.6	557	6.5±1.7	334	НП	НП	НП	НП
25-29	11.3±1.5	514	8.4±1.8	351	НП	НП	НП	НП
30-34	13.9±1.7	539	7.7±1.7	323	НП	НП	НП	НП
35-39	13.7±1.7	552	13.4±2.0	352	НП	НП	НП	НП
40-44	10.9±1.5	521	12.7±1.8	297	НП	НП	НП	НП
45-49	15.9±1.9	344	7.4±1.9	259	НП	НП	НП	НП
Место жительства								
Город	9.7±1.5	2,058	8.1±1.8	1,256	31.4±1.7	293	18.9±2.1	137
Село	14.3±1.7	1,626	9.8±1.8	1,012	44.3±1.7	422	29.9±1.9	222
Регион								
г. Алматы	10.5±1.7	249	6.9±1.6	127	*	29	*	13
Южный	11.4±1.6	1,177	6.8±1.7	731	40.3±1.7	319	19.8±1.9	171
Западный	18.9±1.7	459	14.2±2.0	285	54.9±1.7	93	41.9±2.0	51
Северный- Восточный- Центральный	10.3±1.6	1,799	9.1±1.8	1,125	34.0±1.7	273	27.9±2.0	125
Образование								
Начальное/Среднее	13.6±1.6	1,352	7.9±1.8	951	42.0±1.7	261	31.9±2.0	166
Средне-специальное	11.7±1.6	1,681	11.0±1.9	867	38.2±1.7	340	21.5±1.8	141
Высшее	9.3±1.6	651	6.8±1.7	451	34.7±1.7	113	17.4±1.9	52
Национальность								
Казашки	16.2±1.7	1,654	11.2±1.8	1,250	49.4±1.7	420	29.9±2.1	258
Русские	7.9±1.5	1,283	5.2±1.7	664	27.5±1.5	159	10.0±1.5	61
Другие	8.5±1.2	747	7.6±1.7	354	20.2±1.5	135	22.9±1.8	40
Всего	11.7±1.6	3,684	8.9±1.8	2,269	39.0±1.7	714	25.7±2.0	359

Примечание. Звездочка указывает на то, что цифры основаны менее чем на 25 независимых случаях и могут не приниматься во внимание.
НП - данные не применимы. CO - стандартное отклонение.

Рисунок 12.4 Совокупные кривые процентного распределения концентрации гемоглобина среди небеременных и не кормящих женщин. ПМДК, 1995 и 1999.

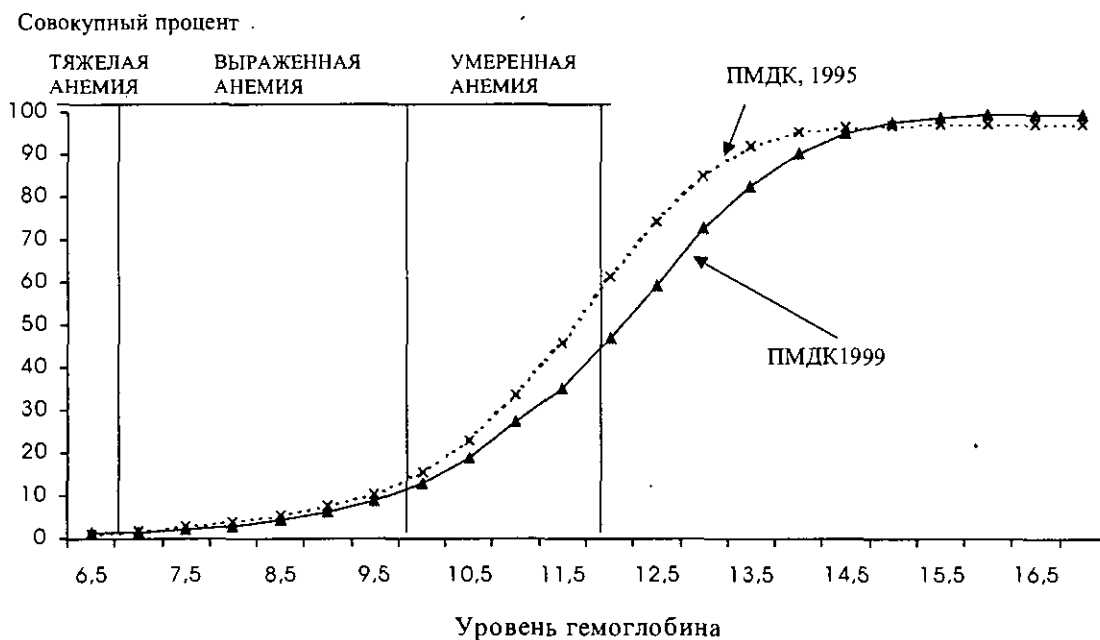
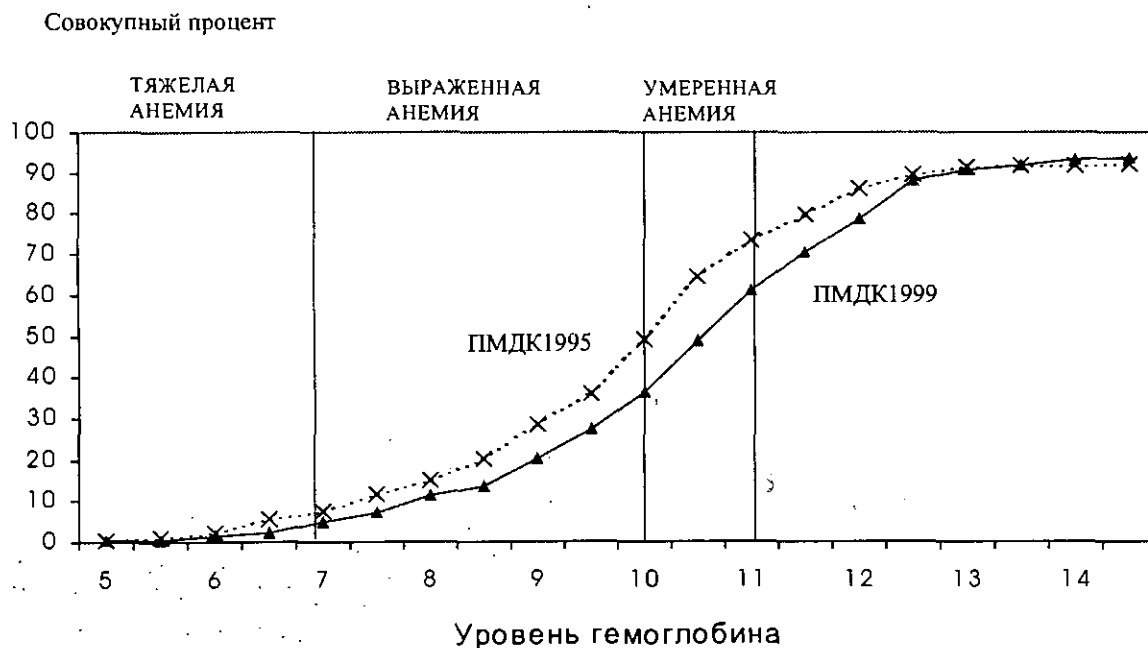


Рисунок 12.5 Совокупные кривые процентного распределения концентрации гемоглобина среди детей до трех лет. ПМДК, 1995 и 1999.



Алмаз Т. Шарман и Эльнар А. Курмангалиева

13.1 СИТУАЦИЯ ПО ПРОБЛЕМЕ ВИЧ/СПИД В КАЗАХСТАНЕ

Синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД) – это состояние, вызываемое вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) и характеризующееся широким спектром разнообразных клинических проявлений или отсутствием таковых при усугублении заболевания.

ВИЧ/СПИД – это пандемия, о случаях заболевания которым сообщается, практически, из каждой страны: Современные подсчеты показали, что случаи заболевания ВИЧ инфекцией среди взрослых составляет около 32.2 миллиона по всему миру; среди детей эта цифра составляет, приблизительно, 1.2 миллиона. По подсчетам Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ), около 10.7 миллиона взрослых и 3.2 миллиона детей, инфицированных ВИЧ, умерли с начала пандемии (Fauci and Lane, 2000).

Согласно Руководства по обзору второго поколения ВИЧ, существует три различных состояния эпидемии ВИЧ: низкий, локальный и генерализованный уровни (UNAIDS/WHO, 2000). При эпидемии низкого уровня ВИЧ-инфекция никогда не распространяется на основные слои населения. В основном, инфекция регистрируется у людей группы риска (проститутки, наркоманы, гомосексуалисты). При локальной форме эпидемии ВИЧ, она с трудом выявляется в основных группах населения, но характеризуется быстрым распространением ВИЧ-инфекции в определенных группах населения. При генерализованной форме эпидемии, ВИЧ-инфекция прочно закрепляется во всех слоях населения; распространение ВИЧ-инфекции постоянно превышает 1% среди беременных женщин.

По сравнению с другими частями света, распространение ВИЧ-инфекции в Казахстане относительно низкое; по подсчетам Республиканского центра по профилактике и борьбе со СПИД, в 1999 г. общее количество зарегистрированных случаев составило 1000. Однако правительство Казахстана считает, что реальная цифра в 10 раз превышает число официально зарегистрированных инфицированных. Из-за отсутствия налаженных систем диагностики и эффективного наблюдения официальная система отчетности по ВИЧ инфекциям в Казахстане имеет тенденцию к недооценке уровня распространения инфекции. В Казахстане 84 процента случаев ВИЧ-инфекции зарегистрированы среди наркоманов, остальные 16 процентов заразились, в основном, через гетеросексуальные контакты, переливания крови и вертикальную трансмиссию (Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИД, 2000).

В 1999 г. правительство Казахстана сообщило о 185 новых случаях ВИЧ-инфекции, что значительно ниже 437 случаев, зарегистрирован-

Таблица 13.1 Знания о СПИДе

Процентное распределение женщин и мужчин, слышавших когда-либо о СПИДе, в зависимости от социально-биологических факторов. Казахстан, 1999.

Социально-биологические факторы	Женщины		Мужчины	
	Слышала о СПИДе	Кол-во женщин	Слышал о СПИДе	Кол-во мужчин
Возраст, лет				
15-19	94.9	791	97.2	226
20-24	96.8	666	97.6	182
25-29	99.1	692	99.5	176
30-39	98.6	1,448	99.8	401
40-49	98.0	1,203	99.5	286
50-59	НП	НП	97.5	170
Семейное положение				
Замужем в наст. время	98.1	3,018	99.5	933
Была замужем	98.7	567	98.9	74
Не была замужем	96.0	1,215	97.2	433
Место жительства				
Город	99.1	2,668	99.6	790
Село	95.8	2,132	97.8	650
Регион				
г. Алматы	100.0	291	100.0	90
Южный	97.4	1,455	97.5	426
Западный	92.5	628	98.6	182
Центральный	99.7	475	99.5	139
Северный	99.1	1,259	100.0	396
Восточный	97.9	692	98.0	207
Образование				
Начальное/среднее	95.3	1,927	98.1	661
Средне-спец.	99.0	1,908	99.0	581
Высшее	99.7	965	100.0	198
Национальность				
Казахи	96.8	2,587	97.8	747
Русские	99.1	1,454	99.7	460
Другие	97.9	760	100.0	234
Всего	97.7	4,800	98.8	1,440

НП- данные неприменимы

Таблица 13.2.1. Знание путей избежания заражения СПИДа (женщины).

Процент женщин, осведомленных о специфических путях избежания заражения СПИДа среди женщин, слышавших о СПИДе, и процент женщин, имеющих неверное мнение по одному из путей, в зависимости от социально-биологических факторов. Казахстан, 1999.

Социально-биологические факторы	Пути избежания заражения СПИДом														Не знает какой либо путь	Процент имеющих неверное мнение по одному из путей ¹	Кол-во женщин	
	Нет путей избежания СПИДа	Воздерживание от половых связей	Применение презерватива	Наличие постоянного полового партнера	Ограничение кол-ва половых партнеров	Избегать половых отпешес протитут-ками	Избегать половых отпешений с гомосексуалистами	Избегать половых отпешений с паркомалами	Избегать передачи кровни	Избегать инъекций	Избегать поцелуев	Избегать укусов комаров	Избегать лечения у знахарей	Другое				
Возраст, лет																		
15-19	2.8	12.3	38.5	35.5	9.6	4.0	2.2	9.5	7.9	11.6	0.9	0.1	0.2	16.5	30.8	1.1	751	
20-24	3.3	13.5	40.2	40.5	11.8	2.9	2.5	6.9	11.5	17.3	0.8	0.0	0.2	16.2	24.4	1.1	645	
25-29	3.1	14.9	40.6	48.8	11.5	4.6	2.2	7.8	9.8	14.7	1.6	0.3	0.3	19.0	21.8	1.7	685	
30-39	2.4	16.3	35.9	55.1	13.8	5.5	2.2	8.3	12.9	16.0	1.4	0.6	0.6	20.1	17.4	1.9	1,428	
40-49	2.8	13.9	33.2	56.5	13.4	3.7	1.7	6.3	10.7	16.8	0.7	0.1	0.2	17.4	19.0	0.8	1,179	
Семейное положение																		
Замужем в наст. время	2.7	14.1	34.5	53.6	12.5	4.2	1.9	6.7	11.2	15.3	1.1	0.3	0.3	19.1	20.3	1.3	2,962	
Была замужем	2.7	16.0	42.0	48.1	12.7	4.7	1.3	9.2	10.0	16.6	0.6	0.1	0.3	13.0	20.5	1.0	559	
Не была замужем	3.1	14.6	40.6	39.2	12.2	4.4	3.1	9.7	10.5	15.5	1.3	0.2	0.5	18.1	25.3	1.6	1,167	
Место жительства																		
Город	2.6	13.0	43.7	52.2	14.7	5.1	3.0	10.9	14.2	18.3	0.9	0.3	0.4	19.6	16.2	1.3	2,646	
Село	3.0	16.3	28.1	45.7	9.5	3.2	1.0	3.7	6.6	11.9	1.3	0.2	0.3	16.3	28.5	1.5	2,043	
Регион																		
г. Алматы	2.4	18.2	45.1	49.1	13.5	5.0	4.7	14.8	19.2	21.2	0.8	0.8	0.5	19.2	11.9	1.7	291	
Южный	2.9	24.7	23.5	43.8	7.3	0.5	0.7	2.8	3.8	9.6	1.4	0.0	0.0	9.6	30.1	1.4	1,417	
Западный	2.4	26.7	45.8	41.7	16.0	3.5	2.4	6.9	13.5	19.6	0.2	0.1	0.0	9.2	16.1	0.2	581	
Центральный	1.8	7.7	44.3	53.7	10.9	3.1	0.6	10.2	13.6	12.2	0.2	0.1	1.3	16.1	14.9	1.5	474	
Северный	2.0	1.2	39.7	55.5	13.3	7.5	1.9	8.6	13.5	19.0	1.5	0.6	0.6	37.7	16.7	1.7	1,248	
Восточный	5.2	9.9	43.6	53.4	19.1	7.3	5.2	12.4	13.5	17.6	1.3	0.2	0.1	8.9	26.0	1.4	678	
Образование																		
Начальное/среднее	3.7	14.3	31.4	40.0	10.9	2.9	1.4	5.5	5.9	10.0	0.8	0.0	0.1	13.1	32.5	0.9	1,837	
Средне-спец.	2.4	13.1	39.4	54.1	12.8	4.8	1.9	8.3	12.9	17.2	0.9	0.1	0.1	19.5	16.4	1.0	1,888	
Высшее	1.9	17.4	42.6	58.0	14.5	6.0	3.8	10.9	16.4	22.6	2.2	1.2	1.3	25.2	10.7	3.0	963	
Национальность																		
Казахки	2.8	18.3	29.7	44.2	11.9	3.3	1.8	5.6	7.4	12.0	1.2	0.3	0.4	14.5	27.5	1.5	2,504	
Русские	3.0	9.0	47.7	54.4	12.9	5.9	2.9	11.7	16.3	21.0	0.8	0.2	0.2	21.8	14.4	1.1	1,441	
Другие	2.4	12.1	40.2	56.9	13.3	4.5	1.7	7.3	12.1	16.5	1.3	0.2	0.4	23.3	15.5	1.4	743	
Всего	2.8	14.4	36.9	49.4	12.4	4.3	2.1	7.7	10.9	15.5	1.1	0.3	0.3	18.2	21.5	1.3	4,688	

¹ Включены: избегать поцелуев, укусов комаров и другое, избегать лечения у знахарей.

Таблица 13.2.2 Знания путей избежания заражения СПИДа (мужчины)

Процент мужчин, осведомленных о специфических путях избежания заражения СПИДа среди мужчин, слышавших о СПИДе, и процент мужчин, имеющих неверное мнение по одному из путей, в зависимости от социально-биологических факторов. Казахстан, 1999.

Социально-биологические факторы	Пути избежания заражения СПИДа															Кол-во мужчин	
	Нет путей избежания СПИДа	Воздержаться от половых связей	Применение презерватива	Наличие постоянного полового партнера	Ограничение кол-ва половых партнеров	Избегать половых сношений с проститутками	Избегать половых сношений с гомосексуалистами	Избегать половых сношений с наркоманами	Избегать переливания крови	Избегать инъекций	Избегать поцелуев	Избегать укусов комаров	Избегать лечения у знахарей	Другое	Не знает какого пути		
Возраст, лет																	
15-19	0.0	16.6	70.5	17.0	12.2	23.9	0.8	18.4	18.5	20.9	1.4	0.0	0.0	4.8	16.0	1.4	220
20-24	2.4	12.1	70.6	37.1	14.5	32.4	3.1	9.8	27.1	36.0	4.2	0.3	0.6	5.3	14.0	4.5	177
25-29	4.7	6.8	77.2	39.6	14.0	36.9	2.9	8.9	22.6	28.8	1.8	0.0	0.0	8.3	9.2	1.8	175
30-39	1.6	9.4	69.4	55.1	15.9	25.5	2.6	9.6	21.7	29.3	1.2	0.0	0.0	5.2	9.7	1.2	400
40-49	3.0	12.6	72.4	57.7	13.7	26.2	3.5	15.1	19.4	24.4	0.2	0.5	0.0	7.5	9.2	0.5	285
50-59	1.9	12.8	57.0	46.0	15.7	27.0	1.6	8.6	19.6	27.4	2.5	0.0	0.0	6.3	18.9	2.5	165
Семейное положение																	
Женат в наст. время	2.3	8.9	70.2	53.9	16.1	29.7	2.7	12.0	22.6	29.2	1.3	0.1	0.0	6.3	10.0	1.4	928
Был женат	5.7	18.8	63.9	40.4	9.4	10.1	1.9	5.2	10.7	19.1	0.0	0.0	0.7	8.0	20.6	0.7	73
Не был женат	1.1	16.1	70.0	24.5	11.8	26.8	2.1	12.8	20.2	25.4	2.7	0.1	0.1	5.5	15.3	2.7	421
Местожительство																	
Город	2.7	12.8	75.8	42.7	13.6	25.8	3.4	14.0	17.8	26.1	1.4	0.2	0.1	9.8	9.7	1.5	787
Село	1.5	10.1	62.5	46.8	15.6	30.4	1.3	9.3	25.5	29.4	2.0	0.0	0.0	1.6	15.1	2.0	635
Регион																	
г. Алматы	2.4	19.0	63.7	40.5	13.7	22.0	8.9	7.7	11.3	30.4	1.2	0.6	0.0	19.0	10.1	1.2	90
Южный	1.6	18.0	47.7	39.7	11.9	48.2	1.4	1.8	53.5	48.5	4.5	0.0	0.0	4.9	17.8	4.5	415
Западный	0.8	3.9	87.1	47.9	0.9	58.3	4.1	24.4	13.2	40.2	0.8	0.5	0.0	0.9	6.9	1.3	180
Центральный	1.0	25.4	77.7	34.0	24.7	15.6	6.6	5.9	7.4	8.4	0.4	0.4	0.7	27.0	4.1	0.7	139
Северный	3.0	1.6	86.6	60.1	23.1	7.0	0.0	23.8	6.3	8.8	0.0	0.0	0.0	0.0	10.0	0.0	396
Восточный	3.3	11.8	64.6	29.8	8.4	10.8	2.6	4.1	5.4	22.1	0.8	0.0	0.0	5.3	15.7	0.8	293
Образование																	
Начальное/среднее	1.5	13.6	65.5	37.7	10.4	29.5	1.5	10.5	21.7	25.1	1.7	0.0	0.1	4.8	15.9	1.7	649
Средне-спец.	2.8	8.8	73.7	48.9	17.3	25.8	2.7	12.2	19.9	27.8	2.0	0.1	0.1	5.3	9.8	2.0	575
Высшее	2.3	12.6	72.7	54.3	19.5	28.4	5.1	15.4	23.8	35.0	0.5	0.7	0.0	13.1	6.3	1.0	198
Национальность																	
Казахи	2.2	14.3	62.8	42.0	11.6	37.7	2.2	8.4	27.3	34.1	2.1	0.1	0.0	5.1	14.8	2.2	730
Русские	2.7	6.2	76.9	46.0	18.4	15.4	3.0	13.9	11.7	18.7	0.6	0.1	0.1	7.7	9.3	0.6	458
Другие	1.0	13.7	78.1	49.6	15.8	21.5	2.5	18.7	21.2	24.6	2.2	0.2	0.2	6.3	9.2	2.4	234
Всего	2.1	11.6	69.8	44.5	14.5	27.8	2.5	11.9	21.3	27.6	1.6	0.1	0.1	6.1	12.1	1.7	1,422

¹ Включены: избегать поцелуев, укусов комаров и другое, избегать лечения у знахарей.

ных в 1997 г. во время вспышки ВИЧ в Казахстане среди наркоманов в городе Темиртау Карагандинской области. Эта область до сих пор остается наиболее уязвимым регионом Казахстана, где общее количество зарегистрированных ВИЧ-инфекций в 1999 г. составило 833 случая (Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИД, 2000). Таким образом, несмотря на то, что этот регион Казахстана может быть квалифицирован как имеющий локальную форму эпидемии (г. Темиртау), страна в целом находится в состоянии ВИЧ/СПИД эпидемии низкого уровня.

Тревожным сигналом стали показатели увеличения заболеваемости сифилисом, гонореей, трихомониазом и другими болезнями, передающимися половым путем (БППП), которые являются важными факторами, predisposing к распространению ВИЧ эпидемии. По данным Научно-исследовательского кожно-венерологического института РК, в 1999 г. были зарегистрированы следующие показатели заболеваемости сифилисом, гонореей и хламидиозом – 181.9, 81.7 и 31.2 на 100,000 населения соответственно. Показатель заболеваемости сифилисом, который, согласно ВОЗ, является ключевым индикатором эпидемии БППП, вырос с 1.4 на 100,000 населения в 1990 году до 181.9 на 100,000 населения в 1999 году. Несмотря на некоторое понижение уровня заболеваемости с 268.9 случаев на 100,000 населения в 1997 году до 181.9 случаев на 100,000 населения в 1999 году уровень распространения сифилиса остается высоким, и в настоящий момент составляет 640 на 100,000 населения (Научно – исследова-

Таблица 13.3.1 Знание действительных путей избежания заражения СПИДа (женщины)

Процентное распределение женщин относительно их знаний путей избежания ВИЧ/СПИДа в зависимости от социально-биологических факторов. Казахстан, 1999

Социально-биологические факторы	Знание путей избежания заражения ВИЧ/СПИДа					Кол-во женщин
	Нет путей избежания ВИЧ/СПИДа		Пути избежания ВИЧ/СПИДа			
	Не знает о ВИЧ/СПИДе	Знает о ВИЧ/СПИДе, но не знает, как избежать	Один путь	Два или более путей	Всего	
Возраст, лет						
15-19	5.1	33.0	26.8	35.1	100.0	791
20-24	3.2	27.7	28.5	40.6	100.0	666
25-29	0.9	25.5	28.0	45.5	100.0	692
30-39	1.4	21.4	33.2	44.0	100.0	1,448
40-49	2.0	22.7	33.2	42.1	100.0	1,203
Семейное положение						
Замужем в наст. время	1.9	24.2	32.2	41.7	100.0	3,018
Была замужем	1.3	22.6	30.0	46.2	100.0	567
Не была замужем	4.0	28.5	27.4	40.1	100.0	1,215
Местожительство						
Город	0.9	19.5	31.6	48.1	100.0	2,668
Село	4.2	32.1	29.7	34.0	100.0	2,132
Регион						
г. Алматы	0.0	13.7	29.4	56.9	100.0	291
Южный	2.6	33.9	32.2	31.3	100.0	1,455
Западный	7.5	20.2	28.4	44.0	100.0	628
Центральный	0.3	19.4	31.4	48.9	100.0	475
Северный	0.9	21.4	34.9	42.8	100.0	1,259
Восточный	2.1	26.6	22.3	49.0	100.0	692
Образование						
Начальное/среднее	4.7	35.6	27.4	32.4	100.0	1,927
Средне-спец.	1.0	19.8	33.3	45.9	100.0	1,908
Высшее	0.3	14.8	32.4	52.6	100.0	965
Национальность						
Казашки	3.2	31.7	30.2	34.8	100.0	2,587
Русские	0.9	17.0	30.4	51.7	100.0	1,454
Другие	2.1	18.0	33.2	46.7	100.0	760
Всего	2.3	25.1	30.7	41.8	100.0	4,800

Таблица 13.3.2 Знание действительных путей избежания заражения СПИДа (мужчины)

Процентное распределение мужчин относительно их знания путей избежания заражения ВИЧ/СПИДа в зависимости от социально-биологических факторов. Казахстан, 1999.

Социально-биологические факторы	Знания о путях избежания заражения ВИЧ/СПИДа					Кол-во мужчин
	Нет путей избежания ВИЧ/СПИДа		Пути избежания ВИЧ/СПИДа			
	Не знает о ВИЧ/СПИДе	Знает о ВИЧ/СПИД, но не знает, как избежать	Один путь	Два или более путей	Всего	
Возраст, лет						
15-19	2.8	16.9	21.7	58.6	100.0	226
20-24	2.4	14.1	19.2	64.3	100.0	182
25-29	0.5	9.5	21.3	68.7	100.0	176
30-39	0.2	10.6	18.7	70.6	100.0	401
40-49	0.5	9.7	16.0	73.9	100.0	286
50-59	2.5	19.1	16.0	62.5	100.0	170
Семейное положение						
Женат в наст. время	0.5	10.4	17.3	71.8	100.0	933
Был женат	1.1	20.4	19.2	59.3	100.0	74
Не был женат	2.8	16.4	21.6	59.2	100.0	433
Местожительство						
Город	0.4	10.5	20.3	68.7	100.0	790
Село	2.2	15.3	16.7	65.8	100.0	650
Регион						
г. Алматы	0.0	10.1	26.8	63.1	100.0	90
Южный	2.5	17.6	9.1	70.8	100.0	426
Западный	1.4	7.2	10.9	80.5	100.0	182
Центральный	0.5	6.8	34.5	58.2	100.0	139
Северный	0.0	10.7	15.4	73.9	100.0	396
Восточный	2.0	16.4	37.4	44.2	100.0	207
Образование						
Начальное/среднее	1.9	16.4	16.0	65.7	100.0	661
Средне-спец.	1.0	10.0	21.5	67.6	100.0	581
Высшее	0.0	8.4	19.4	72.1	100.0	198
Национальность						
Казахи	2.2	15.1	14.4	68.3	100.0	747
Русские	0.3	10.6	26.9	62.1	100.0	460
Другие	0.0	9.2	16.3	74.6	100.0	234
Всего	1.2	12.7	18.7	67.4	100.0	1,440

тельский кожно-венерологический институт РК, 2000). Драматический рост БППП с 1990 года является предрасполагающим фактором для развития хотя и более медленной, но более генерализованной гетеросексуальной передачи ВИЧ-инфекции, тогда как современная картина ВИЧ-эпидемии в Казахстане характеризуется передачей этой инфекции среди наркоманов.

Настоящее и будущее состояние ВИЧ/СПИД эпидемии и других БППП в Казахстане во многом зависят от социально-экономических потрясений, переживаемых населением страны, роста бедности и экономического неравенства, миграции рабочей силы, роста наркомании и проституции, изменений сексуального поведения и норм морали. По этим причинам для контроля ВИЧ/СПИД эпидемии в Казахстане и претотвращения ее распространения необходимо собрать дополнительную информацию по поведенческим и демографическим характеристикам населения.

Во время проведения Медико-демографического исследования Казахстана (ПМДК) в 1999 году использовался модуль анкеты по ВИЧ/СПИД и другими БППП. В результате была собрана информация у женщин и мужчин относительно их знаний о передаче ВИЧ-инфекций и других БППП. Данная

Таблица 13.4 Осведомленность о СПИДе

Процентное распределение женщины и мужчины, знающих о ВИЧ/СПИДе, по их ответу на вопрос "Возможно ли что человек, выглядящий здоровым, может оказаться зараженным вирусом СПИДа?", в зависимости от социально-биологических факторов. Казахстан, 1999.

Социально-биологические факторы	Женщины ответили на вопрос				Кол-во женщин	Мужчины ответили на вопрос				Кол-во мужчин
	Да	Нет	Не знает/пропущено	Всего		Да	Нет	Не знает/пропущено	Всего	
Возраст, лет										
15-19	63.4	16.4	20.2	100.0	751	71.1	8.8	20.1	100.0	220
20-24	67.7	13.4	18.9	100.0	645	64.7	12.5	22.8	100.0	177
25-29	71.1	13.0	15.9	100.0	685	66.7	10.3	23.1	100.0	175
30-39	70.5	11.7	17.8	100.0	1,428	64.5	14.2	21.3	100.0	400
40-49	67.8	11.9	20.2	100.0	1,179	71.3	10.3	18.5	100.0	285
50-59						61.3	17.2	21.5	100.0	165
Семейное положение										
В браке в наст. время	69.4	11.8	18.9	100.0	2,962	65.2	13.9	20.9	100.0	928
Был(а) в браке	67.9	13.9	18.2	100.0	559	64.7	13.8	21.5	100.0	73
Не был(а) в браке	66.2	15.4	18.4	100.0	1,167	70.6	8.3	21.0	100.0	421
Местожительство										
Город	73.2	12.4	14.5	100.0	2,646	71.1	12.0	16.9	100.0	787
Село	62.2	13.7	24.1	100.0	2,043	61.4	12.5	26.0	100.0	635
Регион										
г. Алматы	65.3	18.1	16.7	100.0	291	65.5	12.5	22.0	100.0	90
Южный	62.0	14.7	23.3	100.0	1,417	63.4	13.4	23.2	100.0	415
Западный	73.3	9.9	16.8	100.0	581	64.4	8.8	26.8	100.0	180
Центральный	73.2	18.4	8.4	100.0	474	69.5	18.1	12.5	100.0	139
Северный	70.9	10.4	18.7	100.0	1,248	69.4	11.8	18.7	100.0	396
Восточный	71.0	10.5	18.5	100.0	678	69.6	9.5	20.9	100.0	203
Образование										
Начальное/среднее	60.0	14.0	26.0	100.0	1,837	63.9	11.2	24.9	100.0	649
Средне-спец.	71.4	13.0	15.6	100.0	1,888	69.4	14.5	16.1	100.0	575
Высшее	78.6	10.7	10.7	100.0	963	68.8	9.1	22.1	100.0	198
Образование										
Казахи	63.0	14.2	22.7	100.0	2,504	63.7	11.2	25.0	100.0	730
Русские	76.6	11.1	12.3	100.0	1,441	70.2	13.2	16.7	100.0	458
Другие	70.6	12.1	17.3	100.0	743	69.8	13.5	16.7	100.0	234
Всего	68.4	12.9	18.7	100.0	4,688	66.8	12.2	21.0	100.0	1,422

глава суммирует показатели об уровнях соответствующих знаний, восприятия и поведения на национальном уровне и внутри географических и социально-экономических подгрупп населения Казахстана.

13.2 Знания о ВИЧ/СПИДе и методах профилактики инфицирования ВИЧ

Во время ПМДК в 1999 году респондентам мужчинам и женщинам задавались вопросы о том, слышали ли они когда-нибудь о таком заболевании, как СПИД. Данные, представленные в таблице 13.1, показывают, что знание СПИДа почти одинаковое среди всех групп населения в Казахстане.

Респондентам также задавались следующие вопросы: «Можно ли избежать заражения вирусом СПИДа?» и «Что человек может сделать, чтобы избежать СПИДа?». Данные вопросы помогли выявить процентное соотношение респондентов, которые могут определить методы защиты против ВИЧ-инфекции. Также они помогли узнать, насколько общим является заблуждение относительно заражения ВИЧ/СПИД.

Таблицы 13.2.1 и 13.2.2 показывают процент женщин и мужчин, знающих специфические пути избежания ВИЧ/СПИД. Около 3 процентов женщин и 2 процента мужчин ответили, что нет путей избежания заражения ВИЧ/СПИД. Пятьдесят процентов женщин и 45 процентов мужчин отметили необходимость иметь только одного полового партнера для избежания ВИЧ/СПИД. Наиболее часто мужчины

Таблица 13.5.1 Социальные аспекты профилактики и ухода за больными СПИД (женщины)

Процентное распределение женщин, знающих о СПИДе, по их ответу на вопросы по различным социальным аспектам профилактики и ухода за больными СПИДом, в зависимости от социально-биологических факторов. Казахстан, 1999.

Социально-биологические факторы	Уверена, что лицам инфицированным вирусом, СПИДа следует хранить свой статус в тайне			Будет ухаживать за родственником, заболевшим СПИДом, в собственном доме			Кол-во женщин
	Да	Нет	Не знает/пропущено	Да	Нет	Не знает/пропущено	
Возраст, лет							
15-19	30.9	57.4	11.8	34.9	34.8	30.3	751
20-24	36.7	53.0	10.3	39.0	34.6	26.5	645
25-29	37.1	52.2	10.7	45.0	31.1	23.9	685
30-39	40.5	49.7	9.7	40.2	30.5	29.4	1,428
40-49	47.9	44.8	7.3	44.1	27.0	28.9	1,179
Семейное положение							
Замужем в наст. время	41.1	49.3	9.6	40.7	32.0	27.3	2,962
Была замужем	43.6	48.0	8.4	45.4	25.7	28.9	559
Не была замужем	34.8	54.7	10.5	39.2	30.8	30.1	1,167
Местожителство							
Город	42.3	47.5	10.2	42.8	27.3	29.9	2,646
Село	36.6	54.5	9.0	38.4	35.6	26.1	2,043
Регион							
г. Алматы	38.5	50.2	11.3	49.4	20.6	30.0	291
Южный	31.2	61.8	7.1	31.7	46.3	22.0	1,417
Западный	33.6	59.5	6.8	33.7	36.1	30.2	581
Центральный	41.5	49.8	8.7	49.0	22.8	28.2	474
Северный	52.8	36.0	11.2	47.1	23.1	29.9	1,248
Восточный	38.8	46.6	14.6	45.4	19.1	35.5	678
Образование							
Начально-среднее	34.8	54.1	11.0	36.5	36.0	27.5	1,837
Средне-спец.	43.9	47.0	9.1	44.3	28.0	27.6	1,888
Высшее	41.3	50.5	8.2	42.3	27.0	30.6	963
Национальность							
Казахки	33.9	57.4	8.7	34.4	38.7	27.0	2,504
Русские	47.1	42.6	10.3	50.2	19.0	30.8	1,441
Другие	45.8	42.5	11.6	44.6	28.0	27.5	743
Всего	39.8	50.5	9.7	40.9	30.9	28.2	4,688

называли использование презервативов, как метод избежания инфекции; в частности, 70 процентов мужчин указали на использование презервативов, как метод предотвращения ВИЧ/СПИДа, в то время как только 37 процентов женщин заявили о таком методе. Среди других правильных методов профилактики ВИЧ/СПИД были названы следующие: ограничение половых партнеров (12 процентов женщин и 15 процентов мужчин); воздержание от полового контакта (14 процентов женщин и 12 процентов мужчин); избежание половых отношений с проститутками (4 процента женщин и 28 процентов мужчин); избежание от половых отношений с гомосексуалистами (2 процента женщин и 3 процента мужчин).

Представляет интерес тот факт, что значительное количество женщин и мужчин в Казахстане знают о высоком риске половых отношений с наркоманами (8 процентов женщин и 12 процентов мужчин). Многим женщинам и мужчинам также известно о возможности заражения ВИЧ/СПИД через пере-

Таблица 13.5.2 Социальные аспекты профилактики и ухода за больными СПИД (мужчины)

Процентное распределение мужчин, знающих о СПИДе, по их ответу на вопросы о различных социальных аспектах профилактики и ухода за больными СПИДом, в зависимости от социально-биологических факторов. Казахстан, 1999.

Социально-биологические факторы	Уверен, что лицам инфицированным вирусом СПИДа, следует хранить свой статус в тайне			Будет ухаживать за заболевшим СПИДом, в собственном доме			Кол-во мужчин
	родственником,		Не знает/пропущено			Не знает/пропущено	
	Да	Нет		Да	Нет		
Возраст, лет							
15-19	25.3	63.8	10.9	55.6	18.7	25.8	220
20-24	21.4	74.3	4.3	69.7	12.7	17.6	177
25-29	24.9	66.5	8.6	60.8	18.1	21.2	175
30-39	29.7	60.9	9.4	67.1	15.0	17.9	400
40-49	24.5	67.2	8.4	63.2	12.4	24.4	285
50-59	27.4	62.0	10.6	66.9	13.1	20.0	165
Семейное положение							
Женат в наст. время	27.4	64.5	8.1	65.6	14.8	19.6	928
Был женат	32.9	53.2	13.9	68.6	17.7	13.7	73
Не был женат	22.0	68.3	9.7	60.0	14.6	25.4	421
Местожителство							
Город	31.9	58.4	9.7	65.4	18.0	16.6	787
Село	18.9	73.3	7.8	62.5	11.0	26.5	635
Регион							
г. Алматы	31.0	53.6	15.5	56.5	20.8	22.6	90
Южный	8.3	81.2	10.5	59.4	13.6	27.0	415
Западный	7.5	84.8	7.7	67.7	1.6	30.8	180
Центральный	48.0	43.3	8.7	63.8	19.8	16.4	139
Северный	32.1	63.0	4.9	74.0	13.3	12.7	396
Восточный	50.1	38.4	11.5	54.5	26.6	18.8	203
Образование							
Начальное/среднее	23.0	66.6	10.5	61.7	17.1	21.1	649
Средне-спец.	28.1	65.0	7.0	66.9	13.7	19.4	575
Высшее	30.6	60.4	8.9	63.5	11.0	25.5	198
Национальность							
Казахи	17.4	73.1	9.5	63.0	14.5	22.5	730
Русские	35.5	55.3	9.2	65.4	16.6	18.0	458
Другие	34.6	59.1	6.3	64.9	12.7	22.3	234
Всего	26.1	65.1	8.8	64.1	14.9	21.0	1,422

ливание крови и регулярные инъекции. О предотвращении переливания крови упоминали 11 процентов женщин и 21 процент мужчин, в то время как на избежание инъекций указали 16 процентов женщин и 28 процентов мужчин.

Неверная информированность о путях передачи ВИЧ/СПИД довольно редко встречается среди женщин и мужчин Казахстана. Только 1 процент женщин и 2 процента мужчин заявили о том, что предохранение от поцелуев является одним из методов защиты от заражения ВИЧ/СПИД. Менее 1 процента мужчин и женщин считали, что инфекция может передаваться через укусы комара или при обращении к знахарям.

Знание путей предохранения от ВИЧ/СПИД зависит от уровня образования и местожительства. Как мужчины, так и женщины со средне-специальным или высшим образованием чаще заявляли о моделях сексуального поведения (как, например, использование презервативов, половые отношения только с одним партнером). Эти методы лучше известны русским женщинам и мужчинам, чем лицам казахской национальности.

Таблица 13.6 Обсуждение с партнером вопросов, касающихся путей профилактики инфицирования ВИЧ

Процентное распределение женщин и мужчин, состоящих в браке или проживающих вместе, и знающих о ВИЧ/СПИДе, по факту обсуждения со своим партнером вопросов профилактики инфицирования ВИЧ, в зависимости от социально-биологических факторов. Казахстан, 1999.

Социально-биологические факторы	Обсуждение путей профилактики инфицирования ВИЧ с партнером (женщины)				Кол-во женщин	Обсуждение путей профилактики инфицирования ВИЧ с партнершей (мужчины)				Кол-во мужчин
	Да	Нет	Не знает пропущено	Всего		Да	Нет	Не знает пропущено	Всего	
Возраст, лет										
20-24	36.1	63.9	0.0	100.0	343	16.6	78.8	4.5	100.0	57
25-29	42.5	57.1	0.4	100.0	501	26.0	74.0	0.0	100.0	118
30-39	42.1	57.5	0.4	100.0	1,147	34.2	65.3	0.5	100.0	343
40-49	33.8	65.8	0.4	100.0	913	29.1	70.5	0.4	100.0	253
50-59	НП	НП	НП	НП	НП	13.4	86.6	0.0	100.0	156
Местожителство										
Город	41.8	57.9	0.4	100.0	1,584	32.1	67.2	0.7	100.0	529
Село	34.7	64.9	0.4	100.0	1,378	20.7	78.8	0.5	100.0	399
Регион										
г. Алматы	47.4	52.3	0.3	100.0	159	31.2	67.9	0.9	100.0	58
Южный	44.3	55.2	0.5	100.0	907	21.1	78.4	0.5	100.0	262
Западный	31.8	68.0	0.2	100.0	368	35.4	64.2	0.5	100.0	122
Центральный	39.7	59.9	0.4	100.0	281	33.8	65.7	0.5	100.0	92
Северный	38.1	61.4	0.5	100.0	833	28.7	70.3	1.0	100.0	260
Восточный	28.1	71.7	0.2	100.0	414	22.4	77.6	0.0	100.0	134
Образование										
Начальное/среднее	32.8	67.0	0.1	100.0	1,020	19.5	79.5	1.1	100.0	351
Средне-спец.	39.1	60.6	0.4	100.0	1,355	29.8	69.8	0.4	100.0	421
Высшее	47.0	52.2	0.9	100.0	586	37.6	62.4	0.0	100.0	156
Национальность										
Казахи	36.9	62.6	0.5	100.0	1,566	22.4	77.1	0.5	100.0	454
Русские	38.9	60.7	0.4	100.0	897	33.3	66.5	0.2	100.0	304
Другие	42.7	57.3	0.0	100.0	498	29.1	69.4	1.5	100.0	170
Всего	38.5	61.1	0.4	100.0	2,962	27.2	72.2	0.6	100.0	928

НП- данные неприменимы

Таблицы 13.3.1 и 13.3.2 суммируют знания о путях избежания заражения ВИЧ/СПИД в зависимости от социально-биологических факторов. Таблицы указывают, что 25 процентов женщин и 13 процентов мужчин заявили о том, что они не знают путей предохранения от заражения ВИЧ/СПИД. Процент таких женщин и мужчин выше среди проживающих в сельских регионах (Южный регион) и имеют среднее образование, по сравнению с городскими.

Кроме того таблицы показывают, что 31 процент женщин и 19 процентов мужчин знают единственный надежный метод предотвращения заражения ВИЧ/СПИД – это половое воздержание, использование презервативов и половые отношения только с одним надежным партнером. Сорок два процента женщин и шестьдесят семь процентов мужчин знали два или более надежных путей защиты заражения от ВИЧ/СПИД. О них наиболее часто заявляли респондентки, проживающие в городах и в г. Алматы, а также имевшие высшее образование и русские по национальности. Среди респондентов мужчин знание двух или более путей защиты от ВИЧ/СПИД наиболее распространено среди женатых мужчин, проживающих в Западном регионе и имеющих высшее образование.

Суть концепции предотвращения ВИЧ/СПИД состоит в знании того, что человек может заразиться ВИЧ-инфекцией, имея секс с незнакомым человеком, внешне выглядящий здоровым. В ПМДК 1999 года задавался вопрос о том, возможно ли, чтобы человек, выглядящий здоровым, оказался зараженным вирусом СПИД. Результаты представлены в таблице 13.4. Тринадцать процентов женщин и 12 процентов мужчин ответили на этот вопрос отрицательно, а именно – человек, выглядящий здоровым, не может иметь вирус СПИД. Женщины, проживающие в городе Алматы и в Центральном регионе, а

Таблица 13.7.1 Знание признаков и симптомов БППП (женщины)

Процентное распределение женщин по знанию признаков и симптомов болезней, передающихся половым путем (БППП) за исключением СПИДа, в зависимости от социально-биологических факторов. Казахстан, 1999.

Социально-биологические факторы	Знания специфических признаков/симптомов БППП				Всего	Кол-во женщин
	Не знает о БППП	Не знает каких-либо симптомов БППП	Знает один симптом	Знает два или более симптомов		
Возраст, лет						
15-19	36.0	42.2	4.2	17.6	100.0	791
20-24	17.7	37.8	5.8	38.7	100.0	666
25-29	14.6	36.6	5.2	43.6	100.0	692
30-39	12.4	35.0	4.4	48.2	100.0	1,448
40-49	13.4	37.2	6.3	43.2	100.0	1,203
Семейное положение						
Замужем в наст. время	14.6	37.0	5.2	43.1	100.0	3,018
Была замужем	9.4	33.5	5.2	51.9	100.0	567
Не была замужем	28.7	40.0	4.9	26.4	100.0	1,215
Местожителство						
Город	10.5	35.4	5.8	48.3	100.0	2,668
Село	26.4	39.8	4.3	29.4	100.0	2,132
Регион						
г. Алматы	5.0	32.1	8.8	54.1	100.0	291
Южный	32.0	31.9	4.7	31.4	100.0	1,455
Западный	23.2	37.8	3.7	35.2	100.0	628
Центральный	8.3	38.9	8.6	44.2	100.0	475
Северный	6.1	44.2	4.7	45.0	100.0	1,259
Восточный	14.8	37.1	4.0	44.0	100.0	692
Образование						
Начальное/среднее	29.7	41.0	4.3	25.0	100.0	1,927
Средне-спец.	11.1	36.6	5.2	47.2	100.0	1,908
Высшее	6.2	31.5	6.8	55.5	100.0	965
Национальность						
Казахки	26.6	37.1	4.4	31.9	100.0	2,587
Русские	4.3	38.2	5.9	51.6	100.0	1,454
Другие	12.4	36.5	6.2	44.9	100.0	760
Всего	17.6	37.3	5.1	39.9	100.0	4,800

также мужчины, проживающие в Центральном регионе, наиболее часто дезинформированы по данному вопросу – 18 процентов женщин и мужчин в Центральном регионе не знают, что человек, который выглядит здоровым, может быть носителем ВИЧ-инфекции.

13.3 СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ПРОФИЛАКТИКИ И УХОДА ЗА ИНФИЦИРОВАННЫМИ ВИЧ/СПИД

Социальные аспекты профилактики и ухода за больными ВИЧ/СПИД включают, среди прочих, общественное порицание больных СПИД, негативное отношение к тем, кто является носителем СПИД. Это осуждение связано с тем фактом, что ВИЧ/СПИД ассоциируется в глазах общественности с маргинализированными группами, такими как наркоманы, проститутки и гомосексуалисты. Такое “клеймение” иногда выражается в открытой дискриминации, что вызывает особую озабоченность, так как это затрудняет усилия по предотвращению ВИЧ/СПИД.

Существует несколько видов порицания и дискриминации в отношении людей с ВИЧ/СПИД. Например, формирование отношения к людям, инфицированным ВИЧ/СПИД, может характеризоваться ответами, данными на ряд гипотетических вопросов. Такие вопросы включают готовность проявлять заботу о родственнике, который заразился вирусом, вызывающим СПИД; знают ли респонденты людей, зараженных вирусом СПИД и следует ли больному ВИЧ/СПИД хранить свое заболевание в тайне.

Таблица 13.7.2 Знание признаков и симптомов БППП (мужчины)

Процентное распределение мужчин по знанию признаков и симптомов болезней, передающихся половым путем (БППП) за исключением СПИДа, в зависимости от социально-биологических факторов. Казахстан, 1999.

Социально-биологические факторы	Знания специфических признаков/симптомов БППП				Всего	Кол-во мужчин
	Не знает о БППП	Не знает каких-либо симптомов БППП	Знает один симптом	Знает два или более симптомов		
Возраст, лет						
15-19	15.9	31.7	9.0	43.4	100.0	226
20-24	6.1	19.4	10.0	64.5	100.0	182
25-29	2.7	21.4	13.1	62.8	100.0	176
30-39	4.4	22.4	10.1	63.0	100.0	401
40-49	3.5	21.8	10.1	64.6	100.0	286
50-59	9.5	35.1	5.9	49.6	100.0	170
Семейное положение						
Женат в наст. время	4.4	24.1	9.8	61.8	100.0	933
Был женат	4.4	23.1	10.5	62.0	100.0	74
Не был женат	11.9	26.4	9.8	52.0	100.0	433
Местожительство						
Город	5.4	25.8	10.3	58.5	100.0	790
Село	8.1	23.5	9.2	59.2	100.0	650
Регион						
г. Алматы	4.2	32.1	9.5	54.2	100.0	90
Южный	8.0	25.9	6.5	59.6	100.0	426
Западный	2.6	46.5	10.9	39.9	100.0	182
Центральный	9.2	39.7	12.7	38.5	100.0	139
Северный	3.8	5.7	0.7	89.8	100.0	396
Восточный	12.2	26.4	31.2	30.2	100.0	207
Образование						
Начальное/среднее	9.6	28.0	9.0	53.4	100.0	661
Средне-спец.	4.6	21.8	11.0	62.5	100.0	581
Высшее	2.6	22.3	9.0	66.1	100.0	198
Национальность						
Казахи	9.2	29.6	8.6	52.5	100.0	747
Русские	3.4	19.7	13.2	63.7	100.0	460
Другие	4.7	19.0	6.9	69.4	100.0	234
Всего	6.6	24.7	9.8	58.8	100.0	1,440

Таблицы 13.5.1 и 13.5.2 показывают, что 40 процентов женщин и 26 процентов мужчин в Казахстане уверены, что человеку, инфицированному ВИЧ, следует держать эту информацию в тайне. Такое мнение наиболее распространено среди городских мужчин и женщины со средним-специальным или высшим образованием, русского или другого этнического происхождения.

Пятьдесят три процента женщин, проживающих на Севере страны, уверены, что эта информация должна держаться в тайне, по сравнению с менее чем 42 процентами женщин, проживающих в других регионах РК. Среди мужчин приблизительно 50 процентов, проживающих в Центральном и Восточном регионах Казахстана, уверены, что информация о ВИЧ/СПИД должна держаться в тайне, тогда как так считают только 8 процентов мужчин, проживающих на Юге и Западе страны.

Сорок один процент женщин и 64 процента мужчин ответили, что они стали бы заботиться о родственнике, который заразился ВИЧ. Не наблюдалось большой разницы в ответах на данный вопрос среди женщин и мужчин различных групп населения. Однако около 31 процента женщин и 15 процентов мужчин ответили, что они не стали бы проявлять заботу о родственнике, инфицированном ВИЧ.

Обсуждение путей профилактики ВИЧ/СПИД с партнером является важным аспектом поведения человека. Как видно из таблицы 13.6, во время проведения исследования 39 процентов замужних

Таблица 13.8.1. Количество половых партнеров (женщины, состоящие в браке)

Процентное распределение женщин, состоящих в настоящее время в браке, по количеству половых партнеров за последние 12 месяцев, включая и исключая супруга/сожителя, в зависимости от социально-биологических характеристик. Казахстан, 1999.

Социально-биологические факторы	Количество партнеров, включая супруга				Количество партнеров, исключая супруга				Кол-во женщин
	0	1	2+	Всего	0	1	2+	Всего	
Возраст, лет									
15-19	0.0	98.6	1.4	100.0	93.9	6.1	0.0	100.0	63
20-24	0.6	98.0	1.4	100.0	96.9	3.0	0.2	100.0	353
25-29	0.3	98.4	1.3	100.0	97.8	2.0	0.2	100.0	506
30-39	0.4	98.7	0.9	100.0	98.4	1.5	0.0	100.0	1,163
40-49	2.5	97.0	0.5	100.0	98.7	1.0	0.3	100.0	933
Местожительство									
Город	1.3	97.2	1.4	100.0	97.3	2.5	0.2	100.0	1,596
Село	0.7	98.9	0.3	100.0	99.1	0.8	0.1	100.0	1,422
Регион									
г. Алматы	2.0	96.0	2.0	100.0	95.7	3.7	0.6	100.0	159
Южный	0.6	98.8	0.6	100.0	99.0	0.8	0.1	100.0	926
Западный	1.1	98.0	0.9	100.0	98.3	1.5	0.2	100.0	394
Центральный	0.7	99.1	0.2	100.0	98.2	1.8	0.0	100.0	281
Северный	1.4	97.4	1.2	100.0	97.9	2.1	0.0	100.0	837
Восточный	1.2	97.7	1.1	100.0	97.5	2.1	0.3	100.0	422
Образование									
Начальное/среднее	1.0	98.4	0.6	100.0	98.5	1.4	0.1	100.0	1,064
Средне-спец.	1.2	97.7	1.1	100.0	97.8	2.0	0.3	100.0	1,367
Высшее	0.7	98.3	1.0	100.0	98.4	1.5	0.1	100.0	587
Национальность									
Казашки	0.6	98.8	0.6	100.0	99.1	0.9	0.0	100.0	1,607
Русские	2.3	96.4	1.3	100.0	96.6	3.0	0.4	100.0	904
Другие	0.3	98.6	1.1	100.0	98.1	1.8	0.1	100.0	507
Всего	1.1	98.0	0.9	100.0	98.2	1.7	0.2	100.0	3,018

женщин и 27 процентов женатых мужчин заявили, что они обсуждали пути профилактики передачи ВИЧ со своими супругами или партнерами. Этот процент выше среди городских женщин и мужчин, имеющих средне-специальное или высшее образование, русского или другого национального происхождения.

13.4 ЗНАНИЕ ПРИЗНАКОВ И СИМПТОМОВ ДРУГИХ БОЛЕЗНЕЙ, ПЕРЕДАЮЩИХСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ

Как уже обсуждалось ранее, *болезни, передающиеся половым путем* являются одной из насущных проблем здравоохранения Казахстана. Наличие таких болезней, 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 ПМДК 1999 года задавались вопросы о том, слышали ли они о других инфекциях, передаваемых половым путем, кроме СПИДа. Если они отвечали «да», тогда у них спрашивали, какие признаки и симптомы таких инфекций они знают у женщин и у мужчин. Как показано в таблице 13.7.1, 18 процентов женщин ответили, что они не слышали ни о каких БППП, кроме ВИЧ/СПИД. Процент таких женщин выше среди тех, которые никогда не были замужем и проживают в сельской местности на Юге или Западе страны. Как правило, такие женщины имели низкие уровни образования и являлись казашками по национальности.

Пять процентов женщин в Казахстане знают один симптом БППП, в то время как 40 процентов знают два или более симптомов БППП, такие как боль внизу живота, выделения из наружных поло-

Таблица 13.8.2. Количество половых партнеров (мужчины, состоящие в браке).

Процентное распределение мужчин, состоящих в данное время в браке, по количеству половых партнеров за последние 12 месяцев, включая и исключая супруг /сожительниц, в зависимости от социально-биологических характеристик. Казахстан, 1999.

Социально-биологические факторы	Количество партнеров, включая супругу			Всего	Количество партнеров, исключая супругу			Всего	Кол-во мужчин
	0	1	2+		0	1	2+		
Возраст, лет									
20-24	0.0	85.7	14.3	100.0	77.6	21.5	0.9	100.0	57
25-29	0.0	88.6	11.4	100.0	87.5	8.7	3.8	100.0	118
30-39	0.5	88.9	10.6	100.0	89.1	9.0	1.8	100.0	343
40-49	2.4	89.7	7.9	100.0	92.1	6.0	1.9	100.0	254
50-59	6.6	89.8	3.7	100.0	96.3	3.3	0.4	100.0	160
Местожителство									
Город	1.0	88.2	10.8	100.0	88.1	10.0	1.8	100.0	529
Село	3.4	90.0	6.6	100.0	93.0	5.2	1.8	100.0	404
Регион									
г. Алматы	2.8	84.4	12.8	100.0	86.2	11.9	1.8	100.0	58
Южный	2.0	93.0	5.0	100.0	93.7	3.2	3.0	100.0	266
Западный	0.5	83.3	16.3	100.0	83.7	14.0	2.3	100.0	122
Центральный	0.0	91.4	8.6	100.0	90.8	6.2	3.0	100.0	92
Северный	3.4	85.4	11.2	100.0	87.8	11.4	0.8	100.0	260
Восточный	2.0	93.5	4.5	100.0	95.5	4.5	0.0	100.0	135
Образование									
Начальное/среднее	2.8	92.1	5.1	100.0	94.0	4.5	1.5	100.0	352
Средне-спец.	1.4	87.6	10.9	100.0	89.1	9.3	1.7	100.0	425
Высшее	2.0	85.6	12.4	100.0	85.1	12.1	2.8	100.0	156
Национальность									
Казахи	2.2	89.9	7.9	100.0	91.9	6.8	1.3	100.0	458
Русские	2.1	87.1	10.8	100.0	89.2	8.1	2.7	100.0	304
Другие	1.5	89.9	8.6	100.0	87.9	10.7	1.4	100.0	170
Всего	2.0	89.0	9.0	100.0	90.3	7.9	1.8	100.0	933

вых органов, жжение при мочеиспускании. Знание симптомов БППП выше среди женщин старшего возраста, замужних на момент опроса либо ранее бывших замужем, проживающих в городской местности, а также в городе Алматы и Центральном регионе. Сведомленность о симптомах БППП была выше среди женщин с высшим образованием и среди женщин русской национальности.

Информация о знании БППП и их симптомов среди мужчин представлена в таблице 13.7.2. Эти знания были более высоки среди мужчин, чем среди женщин и только 7 процентов мужчин при проведении ПМДК 1999 года не слышали о БППП. Десять процентов мужчин знают один симптом БППП, в то же время 59 процентов знают два или более симптомов БППП. При этом знание симптомов БППП было высоким среди всех групп мужского населения в Казахстане. Относительно высокий уровень знания о симптомах БППП отмечался среди мужчин, проживающих в Северном регионе, 90 % из которых знают два или более симптомов БППП.

Низкий уровень знаний о БППП и их симптомах наблюдался среди молодых женщин и мужчин в возрастной группе 15-19 лет, по сравнению с другими группами. Тридцать шесть процентов женщин этой возрастной группы ответили, что они не слышали о БППП, и сорок два процента сообщили о незнании симптомов БППП. Среди мужчин 15-19 лет, 16 процентов ответили, что они не слышали о БППП, а 32 процента лиц не знали ни одного признака БППП. Такой низкий уровень знания о БППП и их симптомах среди женщин и мужчин молодого возраста вызывает повышенную озабоченность из-за значимости молодежи в формировании будущих ВИЧ эпидемий. Следовательно, программы по профилактике ВИЧ/СПИД в Казахстане, помимо того, что они направлены на половое воспитание молодежи, должны быть так же нацелены на повышение знаний молодежи о БППП и их симптомах.

13.5 СЕКСУАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ

Содействие безопасному сексуальному поведению является наиболее важной областью программ профилактики ВИЧ/СПИД. Этот компонент в программах профилактики включает пожизненное взаимное моногамное партнерство, сокращение чрезмерного количества сексуальных контактов вне брака и использование презервативов. С начала эпидемии ВИЧ/СПИД в Казахстане ожидался ее рост, как результат гетеросексуальных контактов, поэтому основное внимание направлено на половое поведение, являющееся ключевым компонентом программ профилактики ВИЧ/СПИД. Информация по половому поведению важна для разработки и контроля за выполнением такой программы, направленной на предотвращение распространения инфекции ВИЧ/СПИД и других БППП.

В ПМДК 1999 г. были включены вопросы о половой активности респондентов со своими супругами и другими партнерами. Такие вопросы помогли определить долю состоящих/несостоящих в браке респондентов, которые имели половые отношения за последние 12 месяцев с партнерами, несостоящими в браке и не живущими вместе. Эта информация – важный индикатор для профилактики ВИЧ/СПИДа и других БППП, потому что распространение таких инфекций зависит от незащищенного полового контакта с людьми, кто также имеет других партнеров. Результаты представлены в таблицах 13.8.1 и 13.8.2.

Как видно, около 2 процентов женщин, в настоящее время состоящих в браке, ответили, что за последние 12 месяцев они имели одного или более половых партнеров вне брака. Этот процент не намного ниже (4 процента) половых контактов среди женщин, проживающих в г. Алматы. В Казахстане мужчины имеют большую тенденцию к внебрачным контактам, чем женщины. В среднем 10 процентов в настоящее время женатых мужчин заявили, что за последние 12 месяцев они имели половой контакт с одной или более партнершей. Двадцать два процента женатых мужчин в возрастной группе 20-24 года имели за последние 12 месяцев один или более половых отношений с партнершами вне брака. Этот процент выше среди русских мужчин, проживающих в городской местности, в г. Алматы, Западных и Северных регионах и имеющих среднее – специальное или высшее образование.

Таблицы 13.9.1 и 13.9.2 показывают соотношение незамужних женщин и неженатых мужчин, имевших половые отношения за последние 12 месяцев, с учетом количества партнеров и в соответствии с социально-биологическими факторами. Партнеры, которые не живут вместе и имеют половые отношения от случая к случаю, наиболее вероятно контактируют и с другими партнерами в течение года. Естественно, что такое партнерство несет более высокий риск передачи ВИЧ и других БППП, чем партнерство, не связанное с широкой сексуальной сетью.

Двадцать четыре процента незамужних женщин и двадцать девять процентов неженатых мужчин имели в течение последних 12 месяцев половую связь с одним партнером. Четыре процента незамужних женщин и двадцать два процента неженатых мужчин ответили, что за последние 12 месяцев имели два или больше сексуальных партнеров.

Таблица 13.9.1 Количество половых партнеров (незамужние женщины).

Процентное распределение незамужних женщин по количеству половых партнеров за последние 12 месяцев. Казахстан, 1999.

Социально-биологические факторы	Количество партнеров			Всего	Кол-во женщин
	0	1	2+		
Возраст, лет					
15-19	90.4	8.0	1.6	100.0	728
20-24	72.4	23.0	4.5	100.0	313
25-29	49.0	43.8	7.2	100.0	186
30-39	46.7	46.7	6.6	100.0	285
40-49	71.3	27.1	1.6	100.0	271
Местожителство					
Город	65.8	29.7	4.5	100.0	1,073
Село	84.0	14.0	2.0	100.0	709
Регион					
г. Алматы	57.6	34.0	8.3	100.0	132
Южный	82.5	15.0	2.5	100.0	529
Западный	77.5	20.2	2.4	100.0	234
Центральный	68.5	28.6	2.9	100.0	195
Северный	66.5	29.8	3.7	100.0	422
Восточный	71.7	24.1	4.2	100.0	270
Образование					
Начальное/среднее	82.4	15.3	2.2	100.0	863
Средне-спец.	61.4	34.0	4.6	100.0	541
Высшее	68.2	27.0	4.7	100.0	378
Национальность					
Казахки	84.7	13.2	2.0	100.0	979
Русские	55.4	38.9	5.7	100.0	550
Другие	66.1	29.5	4.3	100.0	253
Всего	73.0	23.5	3.5	100.0	1,782

Респондентам ПМДК 1999 года также задавались вопросы о том, пользовались ли они презервативами во время последнего полового контакта с супругом, сожителем или другим партнером. Результаты представлены в таблицах 13.10.1 и 13.10.2. Около 5 процентов женщин и 8 процентов мужчин сообщили об использовании ими презерватива во время последнего полового контакта с супругом или сожителем. Более высокий процент мужчин, по сравнению с женщинами, сообщили об использовании презерватива во время последнего полового контакта с другими партнерами, не проживающими вместе (58 и 19 процентов соответственно).

13.6 ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В настоящее время низкий уровень ВИЧ эпидемии в Казахстане дает уникальную возможность раннего целенаправленного вмешательства для предотвращения дальнейшего распространения инфекции. Однако рост заболеваемости ВИЧ инфекцией, так же как и прогрессирующий рост уровня других БППП, предполагает, что такая возможность может быстро себя исчерпать.

Разработка мониторинговых программ ВИЧ/СПИД и БППП зависит от наличия основной информации по уровню знаний и отношению к ВИЧ/СПИД и другим БППП среди различных групп населения. Такая информация поможет выявить слабые звенья в цепи передачи ВИЧ и предоставить другие данные, которые помогут разработать целенаправленную программу вмешательства для предотвращения распространения инфекции.

Полученные данные при проведении ПМДК 1999 г. показывают, что знания о ВИЧ/СПИДе среди женщин и мужчин Казахстана почти универсальны, и большое число населения знают один или более хорошо доказанных путей профилактики этого заболевания, таких как использование презервативов и ограничение числа половых партнеров.

В Казахстане существует некое "клеймение", связанное с ВИЧ/СПИДом. Доказательством этому служит то, что 40 процентов женщин и 26 процентов мужчин предпочитают хранить в тайне информацию о зараженности ВИЧ/СПИД. Процентное соотношение женщин и мужчин, не желающих проявлять заботу и ухаживать за родственниками больных СПИДом было 31 и 15 процентов, соответственно.

Несмотря на значительное преобладание болезней, передающихся половым путем (БППП), по сравнению с ВИЧ/СПИДом, 18 процентов женщин и 7 процентов мужчин в Казахстане сообщили, что они не слышали о таких заболеваниях. Среди тех, кто знает о БППП, около 40 процентов женщин и около 59 процентов мужчин называли один или более симптомов, такие как боль в низу живота, выделения из наружных половых органов, жжение при мочеиспускании. Относительно низкий уровень знаний о симптомах БППП среди молодых женщин и мужчин вызывает повышенную озабоченность из-за значимости молодежи в будущем распространении ВИЧ/СПИДа и других БППП в Казахстане.

Поскольку распространение ВИЧ/СПИДа и других БППП зависит от незащищенных половых отношений с многочисленными партнерами, вызывает повышенную озабоченность тот факт, что 10 процентов женатых мужчин сообщили именно о таких половых отношениях, а 22 процента неженатых

Таблица 13.9.2 Количество половых партнеров (неженатые мужчины).

Процентное распределение неженатых мужчин по количеству половых партнеров за последние 12 месяцев. Казахстан, 1999.

Социально-биологические факторы	Количество партнеров			Всего	Кол-во мужчин
	0	1	2+		
Возраст, лет					
15-19	73.5	14.4	12.1	100.0	225
20-24	29.2	40.8	30.0	100.0	124
25-29	17.3	36.9	45.8	100.0	58
30-39	34.1	37.4	28.5	100.0	58
40-49	29.1	56.6	14.3	100.0	32
Местожительство					
Город	42.1	33.9	24.0	100.0	261
Село	56.5	23.5	20.1	100.0	246
Регион					
г. Алматы	23.7	40.7	35.6	100.0	32
Южный	62.4	24.6	13.0	100.0	160
Западный	64.1	22.8	13.0	100.0	60
Центральный	36.8	46.3	16.9	100.0	47
Северный	41.0	20.3	38.7	100.0	136
Восточный	41.1	42.9	16.0	100.0	72
Образование					
Начальное/среднее	61.0	24.7	14.3	100.0	309
Средне-спец.	33.9	34.3	31.8	100.0	156
Высшее	17.9	38.6	43.5	100.0	42
Национальность					
Казахи	51.9	28.5	19.7	100.0	289
Русские	44.6	27.4	28.1	100.0	155
Другие	47.3	34.2	18.5	100.0	63
Всего	49.1	28.8	22.1	100.0	507

Таблица 13.10.1. Использование презерватива (женщины)

Процент женщин, имевших половые отношения в прошлом году и использовавших презервативы во время последнего полового акта с супругом/сожителем, не сожителем и с любым другим партнером, в зависимости от социально-биологических факторов. Казахстан, 1999.

Социально-биологические факторы	Супруг или сожитель		Не сожитель		Другой партнер	
	Использование презерватива	Кол-во женщин	Использование презерватива	Кол-во женщин	Использование презерватива	Кол-во женщин
Возраст, лет						
15-19	3.0	63	35.1	71	20.1	133
20-24	4.8	350	22.0	91	8.5	437
25-29	6.7	505	27.0	101	10.2	600
30-39	4.4	1,158	11.7	162	5.3	1,310
40-49	3.5	909	5.0	84	3.6	987
Семейное положение						
Замужем в наст. время	4.5	2,986	0.0	28	4.5	2,986
Была замужем	-	0	9.1	281	9.1	281
Не была замужем	-	0	35.0	200	35.0	200
Местожителство						
Город	6.3	1,574	17.7	391	8.7	1,942
Село	2.6	1,412	22.1	118	4.1	1,525
Регион						
г. Алматы	10.9	156	27.9	59	15.8	212
Южный	2.6	920	9.9	98	3.3	1,013
Западный	3.8	390	11.2	57	4.8	443
Центральный	3.2	278	14.2	62	5.2	340
Северный	5.5	825	23.2	151	8.3	967
Восточный	6.3	417	23.2	81	9.2	493
Образование						
Начальное/среднее	3.4	1,053	12.2	158	4.6	1,205
Средне-спец.	4.4	1,350	20.9	225	6.8	1,559
Высшее	6.8	583	22.9	126	9.8	703
Национальность						
Казашки	2.7	1,598	17.5	159	4.1	1,747
Русские	7.4	883	18.1	257	9.9	1,128
Другие	5.3	505	22.5	92	8.1	591
Всего	4.5	2,986	18.7	509	6.7	3,467

тых мужчин имели многочисленных половых партнеров. Данные также свидетельствуют, что около 81 процента женщин и 42 процента мужчин не использовали презерватив во время последнего полового акта с другими партнерами. Такое поведение несет более высокий риск передачи ВИЧ и других БППП.

Основная информация о знаниях, направленных на ВИЧ/СПИД и другие БППП, а также данные о половом поведении могут помочь формированию внутренних программ, сфокусированных на общественных группах, наиболее подверженных риску инфекции. Например, данные ПМДК 1999 г. показывают, что образовательные программы, повышающие знания о БППП, должны быть, в первую очередь, нацелены на женщин и мужчин возрастной группы 15-19 лет, тогда как программы содействия безопасному половому поведению должны быть предпочтительно направлены на мужчин русской национальности, возрастной группы 20-29 лет, проживающих в городах, особенно в г. Алматы, и мужчин, проживающих в Северном регионе.

Поскольку эпидемия ВИЧ/СПИДа характеризовалась высокой распространенностью этой инфекции в некоторых регионах Казахстана (г. Темиртау Карагандинской области), общенациональные исследования, такого рода как ПМДК 1999 г., должны стать дополнением к широкому анализу исследований полового поведения и распространенности ВИЧ среди населения в эпидемиологически неблагополучных регионах.

Таблица 13.10.2 Использование презерватива (мужчины)

Процент мужчин, имевших половые отношения в прошлом году и использовавших презервативы во время последнего полового акта с супругой/сожительницей, не сожительницей и с любой другой партнершей, в зависимости от социально-биологических факторов. Казахстан, 1999.

Социально-биологические факторы	Супруга или сожительница		Не сожительница		Другая партнерша	
	Использование презерватива	Кол-во женщин	Использование презерватива	Кол-во женщин	Использование презерватива	Кол-во мужчин
Возраст, лет						
15-19	0.0	1	72.6	60	72.0	60
20-24	10.8	57	59.9	96	41.4	145
25-29	10.7	114	62.9	57	24.4	166
30-39	7.7	337	55.8	70	13.3	379
40-49	10.0	242	37.4	37	12.5	271
50-59	3.8	149	14.7	7	4.1	151
Семейное положение						
Женат в наст. время	8.2	899	46.5	69	8.3	914
Был женат	-	0	45.7	56	45.7	56
Не был женат	-	0	65.7	202	65.7	202
Место жительства						
Город	10.7	516	54.1	200	21.3	675
Село	4.9	383	64.8	127	18.3	497
Регионы						
г. Алматы	21.4	55	69.6	30	35.1	81
Южный	5.3	255	40.3	67	11.8	321
Западный	4.7	119	81.2	39	17.8	143
Центральный	5.0	90	36.5	35	13.2	122
Северный	10.7	249	66.1	107	27.2	331
Восточный	9.1	132	56.4	49	20.7	174
Образование						
Начальное/среднее	8.7	337	52.8	133	19.5	463
Средне-спец.	6.6	413	61.0	145	19.0	522
Высшее	11.7	148	65.2	49	23.8	188
Национальность						
Казахи	5.1	442	61.2	169	18.8	587
Русские	10.5	291	56.9	112	22.4	384
Другие	12.4	166	50.9	45	19.0	201
Всего	8.2	899	58.3	327	20.0	1,172

Алмаз Т. Шарман и Дина Е. Абитаева

14.1 ТУБЕРКУЛЕЗ: ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И СТРАТЕГИЯ ЛЕЧЕНИЯ

Заболевание туберкулезом обусловлено бактериями *Mycobacterium tuberculosis*. Обычно при туберкулезе поражаются легкие, хотя более чем в 1/3 случаев в процесс могут вовлекаться и другие органы. При использовании правильной схемы лечения практически все больные туберкулезом, вызванным штаммами, чувствительными к антитуберкулезным препаратам, выздоравливают. Без соответствующего лечения более половины больных туберкулезом умирают в течение пяти лет. Заражение обычно происходит воздушно-капельным путем через капельки слизи, которые выделяет больной легочной формой туберкулеза.

Туберкулез является наиболее актуальной проблемой в здравоохранении; ежегодно от туберкулеза умирает 3 миллиона человек (Всемирная Организация Здравоохранения, 1998 г.). Неблагоприятная эпидемиологическая ситуация во многом обусловлена кризисом в системе здравоохранения, ростом эпидемии ВИЧ/СПИД, а также широким распространением мультирезистентных форм туберкулеза. В 1993 году Всемирная Организация Здравоохранения (ВОЗ) предприняла беспрецедентный шаг, объявив туберкулез глобальной мировой проблемой. Установлено, что при отсутствии контроля над этой болез-

Таблица 14.1.1 Осведомленность о туберкулезе и выявление туберкулеза (женщины)

Процент женщин, осведомленных о туберкулезе (ТБ) и путях его передачи, а также выявление туберкулеза в зависимости от социально-биологических факторов. Казахстан. 1999.

Социально-биологические факторы	Путь передачи ТБ				Есть член семьи, болеющий ТБ	Наличие частого контакта с больным ТБ	Кол-во женщин
	Слышали о ТБ	Через воздух, при кашле	Другой путь передачи	Не знает путь передачи ТБ			
Возраст, лет							
15-19	97.3	65.3	1.5	16.3	9.8	19.1	791
20-24	98.1	69.2	2.3	11.6	8.5	19.8	666
25-29	98.4	72.1	2.0	8.6	9.4	24.6	692
30-34	99.5	71.0	0.7	8.6	12.6	23.2	698
35-39	99.2	71.0	1.0	5.2	12.3	25.7	749
40-44	98.9	70.3	1.4	6.9	11.6	23.7	681
45-49	99.0	76.4	0.4	5.5	14.6	27.2	522
Местожительство							
Город	99.1	77.7	1.1	6.8	9.9	23.1	2,668
Село	97.9	61.3	1.6	12.1	12.7	23.2	2,132
Регион							
г. Алматы	99.4	83.2	1.4	4.6	7.1	18.4	291
Южный	98.4	65.3	2.2	14.6	11.1	16.1	1,455
Западный	97.7	75.8	0.8	5.6	15.4	31.5	628
Центральный	98.3	84.0	0.0	6.4	6.8	23.3	475
Северный	99.3	65.4	1.7	7.1	12.5	29.5	1,259
Восточный	98.5	72.5	0.4	8.7	9.6	20.7	692
Образование матери							
Начальное/среднее	97.5	60.8	1.7	15.5	11.5	19.7	1,927
Средне-спец.	99.0	74.3	1.1	6.2	11.6	25.5	1,908
Высшее	99.8	82.1	1.0	2.4	9.6	25.3	965
Национальность							
Казахки	98.2	68.2	1.2	10.5	12.8	22.1	2,587
Русские	99.2	75.9	1.4	6.4	9.7	24.8	1,454
Другие	98.8	67.7	1.9	10.2	8.3	23.6	760
Всего	98.6	70.5	1.3	9.2	11.1	23.2	4,800

Таблица 14.1.2. Осведомленность о туберкулезе и выявление туберкулеза (мужчины)

Процент мужчин, осведомленных о туберкулезе (ТБ) и путях его передачи, а также выявление туберкулеза в зависимости от социально-биологических факторов. Казахстан, 1999.

Социально-биологические факторы	Путь передачи ТБ				Есть член семьи, болевший ТБ	Наличие частого контакта с больным ТБ	К-во мужчин
	Слышали о ТБ	Через воздух при кашле	Другой путь передачи	Не знает путь передачи ТБ			
Возраст, лет							
15-19	98.6	69.9	0.6	15.8	8.0	14.3	226
20-24	99.3	77.1	0.0	14.7	15.8	31.2	182
25-29	99.3	78.6	0.5	11.5	6.7	26.5	176
30-34	98.9		73.1	1.8	8.9	7.2	34.7
35-39	99.4	84.9	1.4	3.6	7.6	27.3	229
40-44	99.7	80.7	0.5	6.8	10.0	27.0	164
45-49	100.0	84.1	1.1	3.0	6.7	31.8	122
50-54	100.0	79.6	0.0	4.9	15.0	36.4	104
55-59	98.8	70.6	0.0	16.2	8.3	21.6	65
Местожителство							
Город	99.4	82.5	0.6	7.0	8.3	26.8	790
Село	99.1	72.1	0.9	12.5	10.5	27.8	650
Регион							
г. Алматы	98.8	81.5	0.6	9.5	5.4	18.5	90
Южный	99.7	63.4	1.7	18.8	7.1	29.8	426
Западный	100.0	98.5	0.0	1.5	14.1	8.0	182
Центральный	97.8	73.8	0.4	10.4	5.9	16.7	139
Северный	100.0	82.9	0.0	4.5	10.0	41.1	396
Восточный	97.6	80.6	1.1	6.4	12.2	23.6	207
Образование мужчины							
Начальное/Среднее	98.9	71.9	0.3	12.2	10.6	23.3	661
Средне-спец.	99.5	79.7	1.5	8.8	8.5	30.6	581
Высшее	99.7	92.2	0.0	2.5	7.4	30.8	198
Национальность							
Казахи	99.0	75.1	0.8	11.8	12.1	26.2	747
Русские	99.6	81.9	0.7	6.0	4.9	26.9	460
Другие	99.7	78.4	0.6	9.1	8.9	31.5	234
Всего	99.3	77.8	0.7	9.5	9.3	27.3	1,440

нию до 2020 года будут вновь инфицированы более миллиарда человек, 200 миллионов человек заболеют, и 70 миллионов умрут от туберкулеза (Всемирная Организация Здравоохранения, 2000 г.).

Туберкулез является актуальной проблемой и в Казахстане: показатель болезненности туберкулезом в республике, по итогам 1999 г., составил 323.0 на 100 тысяч населения, а заболеваемость и смертность – 141.0 и 30.7 на 100 тысяч населения соответственно. Серьезная опасность для общества заключается в высоком распространении мультирезистентных форм туберкулеза, вызванных штаммами, устойчивыми к большинству антитуберкулезных препаратов. Мультирезистентные формы туберкулеза являются следствием неадекватного и неполного лечения, когда пациенты принимают лекарства нерегулярно или прекращают их прием раньше требуемого времени в связи с тем, что начинают чувствовать себя лучше. К сожалению, иногда врачи и другие медицинские работники прописывают не соответствующие препараты или их комбинации, а также такие лекарства, приобретение которых нереально. Хотя мультирезистентный туберкулез излечим, но для этого необходимы более длительные курсы химиотерапии (более двух лет), что требует дополнительных финансовых расходов и к тому же является токсичным для больных.

DOTS (Directly Observed Therapy Short Course) является рекомендованной ВОЗ стратегией для диагностики и лечения туберкулеза. Она состоит из пяти элементов: политические обязательства правительств, микроскопические исследования, адекватное снабжение населения лекарственными препаратами, система мониторинга, непосредственное наблюдение за лечением больных. Внедрение стратегии DOTS началось в Республике Казахстан в 1998 г, в связи с чем изменились подходы к диагностике,

классификации и лечению туберкулеза. Новые стандарты являются более эффективным и экономичным методом диагностики и лечения туберкулеза, а также предотвращают развитие эпидемии мультирезистентного туберкулеза в Казахстане.

Эффективная профилактика и успешное внедрение стратегии лечения туберкулеза зависят от многих факторов. В дополнение к основным компонентам программы DOTS, перечисленным выше, важно обеспечить общественную поддержку современных принципов лечения и соответствующего поведения населения для профилактики туберкулеза, которая заключается в информированности людей о симптомах и путях передачи данной инфекции. Также важно знать, что туберкулез излечим, и лечение может проводиться в амбулаторных условиях при соответствующем наблюдении медицинскими работниками. Уровень осведомленности населения о профилактике и лечении туберкулеза имеет важное значение для разработки соответствующих программ мониторинга с целью повышения эффективности внедрения стратегии борьбы с туберкулезом.

В ПМДК 1999 г. как женщинам, так и мужчинам задавались вопросы об их осведомленности о симптомах, путях передачи и правильном лечении туберкулеза. В данной главе изложены результаты опроса. Данные представлены на национальном уровне, а также по географическим и социально-экономическим группам населения Республики Казахстан.

Таблица 14.2.1 Осведомленность о лечении туберкулеза и готовность ухаживать за членом семьи, больным туберкулезом на дому (женщины)

Процент женщин, информированных о том, что туберкулез (ТБ) можно полностью излечить, процентное распределение женщин, осведомленных о соответствующем лечении больных ТБ, а также процент женщин, готовых ухаживать за членом семьи, больным ТБ, на дому в зависимости от социально-биологических факторов. Казахстан, 1999.

Социально-биологические факторы	Знает, что ТБ можно полностью излечить	Лечение ТБ							Кол-во больных ТБ	женщин	
		В больнице	Первоначально в больнице с последующим лечением на дому			Другое	Не знает	Готова ухаживать за членом семьи.			
			На дому	Другое	Не знает			Пропущено			Всего
Возраст, лет											
15-19	54.3	81.3	1.3	12.0	0.9	1.8	2.7	100.0	78.8	791	
20-24	65.5	79.5	1.9	13.6	0.9	2.3	1.9	100.0	83.7	666	
25-29	64.4	81.9	1.2	13.0	1.5	0.9	1.6	100.0	84.9	692	
30-34	69.0	83.1	2.1	12.6	0.9	0.6	0.6	100.0	89.5	698	
35-39	71.2	81.3	1.8	14.5	0.9	0.6	0.9	100.0	93.4	749	
40-44	74.7	82.6	2.0	12.3	1.2	0.7	1.1	100.0	92.6	681	
45-49	77.2	81.1	2.8	12.8	1.2	0.9	1.2	100.0	92.8	522	
Местожительство											
Город	70.4	80.7	2.0	14.1	1.7	0.6	0.9	100.0	88.7	2,668	
Село	63.8	82.6	1.7	11.6	0.2	1.8	2.1	100.0	86.5	2,132	
Регион											
г. Алматы	71.5	79.2	1.1	14.5	2.4	2.2	0.6	100.0	87.9	291	
Южный	63.4	84.9	2.3	9.0	0.0	2.1	1.6	100.0	85.3	1,455	
Западный	72.4	79.0	2.3	13.9	1.6	0.9	2.3	100.0	87.5	628	
Центральный	77.6	88.6	0.7	5.7	2.5	0.6	1.9	100.0	92.6	475	
Северный	66.7	80.6	1.1	16.2	1.3	0.2	0.7	100.0	88.5	1,259	
Восточный	64.4	74.8	2.8	19.0	0.9	0.9	1.6	100.0	88.0	692	
Образование матери											
Начальное/среднее	59.6	84.9	1.2	9.2	0.5	1.7	2.5	100.0	83.4	1,927	
Средне-спец.	71.0	79.4	2.5	14.9	1.4	0.9	1.0	100.0	90.1	1,908	
Высшее	76.2	79.1	1.9	16.7	1.6	0.5	0.2	100.0	91.6	965	
Национальность											
Казахи	66.9	82.3	1.7	12.1	0.8	1.3	1.9	100.0	85.2	2,587	
Русские	67.7	81.5	1.4	14.1	1.5	0.6	0.8	100.0	91.5	1,454	
Другие	68.8	79.1	3.1	13.8	1.1	1.6	1.2	100.0	89.1	760	
Всего	67.5	81.6	1.8	13.0	1.1	1.1	1.4	100.0	87.7	4,800	

14.2 Выявление туберкулеза и осведомленность о путях его передачи

В ПМДК 1999 г. как женщинам, так и мужчинам задавался вопрос о том, слышали ли они о таком заболевании, как туберкулез. Респондентов также спрашивали, болел ли туберкулезом кто-либо из членов их семьи или из близкого окружения, с кем респонденты часто контактируют.

Как демонстрируют данные, представленные в таблицах 14.1.1 и 14.1.2, осведомленность о туберкулезе в Казахстане является почти всеобщей: 99 процентов женщин и мужчин сообщили, что они слышали об этом заболевании. 11 процентов женщин и 9 процентов мужчин сообщили интервьюерам, что в их семьях были лица, болевшие туберкулезом. Процент таких сообщений был выше среди женщин и мужчин из сельской местности, среди жителей Западного и Северного регионов, лиц с начальным и средним образованием, а также среди респондентов казахской национальности, по сравнению с другими группами населения.

Двадцать три процента женщин и 27 процентов мужчин сообщили, что среди их окружения (родственники, коллеги и близкие друзья) имелись больные туберкулезом. Процент лиц, имевших частый контакт с больными туберкулезом вне семьи, был выше среди женщин, проживающих в Западном и Северном регионах, а также среди мужчин, проживающих в Южном и Северном регионах Казахстана.

Таблица 14.2.2 Осведомленность о лечении туберкулеза и готовность ухаживать за членом семьи, больным туберкулезом на дому (мужчины)

Процент мужчин, информированных о том, что туберкулез (ТБ) можно полностью излечить, процентное распределение мужчин, осведомленных о соответствующем лечении ТБ, а также процент мужчин, готовых ухаживать за членом семьи, больным ТБ, на дому в зависимости от социально-биологических факторов. Казахстан, 1999.

Социально-биологические факторы	Знает, что ТБ можно полностью излечить	Лечение ТБ					Пропущено	Всего	Готов ухаживать за членом семьи, больным ТБ	Кол-во мужчин
		В больнице	На дому	Первоначально в больнице с последующим лечением на дому	Другое	Не знает				
Возраст, лет										
15-19	51.6	90.7	0.0	5.6	0.0	2.3	1.4	100.0	92.8	226
20-24	62.2	86.9	0.0	8.6	0.0	3.7	0.7	100.0	94.1	182
25-29	61.2	88.7	0.3	8.4	0.0	1.8	0.7	100.0	95.8	176
30-34	61.8	86.2	0.3	9.8	1.2	1.4	1.1	100.0	94.7	172
35-39	66.9	86.0	0.5	10.4	0.6	2.0	0.6	100.0	95.8	229
40-44	63.9	85.8	0.0	11.1	0.0	2.7	0.3	100.0	96.1	164
45-49	66.9	91.1	0.0	8.5	0.0	0.4	0.0	100.0	94.6	122
50-54	64.9	84.5	2.5	11.0	2.0	0.0	0.0	100.0	99.0	104
55-59	68.3	87.8	0.8	7.3	0.0	2.1	2.0	100.0	96.0	65
Местожителство										
Город	63.7	87.5	0.7	9.5	0.5	1.2	0.7	100.0	95.5	790
Село	60.3	87.8	0.0	8.2	0.2	2.9	0.9	100.0	94.8	650
Регион										
г. Алматы	63.7	81.5	0.6	11.9	0.0	4.2	1.8	100.0	88.7	90
Южный	70.5	85.6	0.5	7.6	1.3	4.8	0.3	100.0	96.7	426
Западный	20.1	98.9	0.0	0.6	0.0	0.5	0.0	100.0	96.3	182
Центральный	64.4	79.7	0.8	15.9	0.0	1.4	2.2	100.0	95.3	139
Северный	75.6	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	94.3	396
Восточный	54.3	66.0	0.8	30.2	0.0	0.6	2.4	100.0	95.1	207
Образование мужчины										
Начальное/среднее	59.3	87.6	0.0	8.4	0.3	2.6	1.1	100.0	94.3	661
Средне-спец.	60.8	88.9	0.2	8.4	0.6	1.5	0.5	100.0	95.7	581
Высшее	75.9	84.0	2.1	12.2	0.0	1.2	0.5	100.0	96.2	198
Национальность										
Казахи	59.9	87.0	0.2	9.0	0.2	2.7	1.0	100.0	96.3	747
Русские	65.3	86.7	0.7	9.4	0.9	1.7	0.6	100.0	93.7	460
Другие	63.4	91.3	0.2	8.0	0.0	0.2	0.3	100.0	94.2	234
Всего	62.2	87.6	0.4	8.9	0.4	2.0	0.7	100.0	95.2	1,440

В таблице также показано, что 71 процент женщин и 78 процентов мужчин могли правильно назвать путь передачи туберкулеза, а именно через воздух при кашле. 9 процентов женщин и 10 процентов мужчин не могли назвать путь передачи туберкулеза.

14.3 ЛЕЧЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА И ГОТОВНОСТЬ УХАЖИВАТЬ ЗА БОЛЬНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

В ПМДК 1999 г. респондентам также задавались вопросы относительно лечения туберкулеза. Как показано в таблицах 14.2.1 и 14.2.2, 68 процентов женщин и 62 процента мужчин знали, что туберкулез можно полностью излечить с помощью лекарств. На вопрос о том, когда человек впервые обнаруживает, что он заболел туберкулезом, где он должен лечиться – в больнице, на дому или вначале в больнице с последующим лечением на дому, 82 процента женщин и 88 процентов мужчин ответили, что лечение должно проводиться в больнице. 13 процентов женщин и 9 процентов мужчин считали, что такие лица должны вначале лечиться в больнице, а затем продолжить лечение дома. Процент женщин, которые считают, что такая последовательность в лечении правильная, был выше в г. Алматы, Западном, Северном и Восточном регионах и относительно низкий – в Южном и Центральном регионах. Только 2 процента женщин и менее 1 процента мужчин считали, что туберкулез можно лечить на дому.

В таблице также показано, что 88 процентов женщин и 95 процентов мужчин согласны были бы взять домой после выписки из больницы члена своей семьи, больного туберкулезом, для дальнейшего продолжения лечения. Этот процент был одинаково высокий среди всех групп населения Казахстана.

Таблица 14.3.1. Осведомленность о симптомах туберкулеза (женщины)

Процент женщин, осведомленных о симптомах туберкулеза, в зависимости от социально-биологических факторов. Казахстан, 1999.

Социально-биологические факторы	Симптомы туберкулеза											Кол-во женщин
	Кашель более трех недель	Жар	Кровь в мокроте	Потеря аппетита	Ночная потливость	Боль в груди	Повыш. утомляемость	Похудание	Сонливость	Другое	Пропущено	
Возраст, лет												
15-19	50.2	13.5	6.4	12.1	4.2	4.8	4.3	7.2	8.5	7.3	0.0	791
20-24	53.1	19.9	10.3	17.6	9.7	4.9	4.5	10.1	12.9	5.6	0.0	666
25-29	59.3	17.5	14.5	18.1	9.8	6.9	9.3	9.9	18.7	6.7	0.0	692
30-34	57.3	23.1	15.2	20.8	8.8	9.1	11.4	10.3	15.9	8.5	0.0	698
35-39	57.6	23.8	14.9	21.0	9.3	6.6	9.9	10.8	19.5	4.4	0.1	749
40-44	57.0	24.2	12.5	18.5	10.2	6.2	9.5	9.7	18.2	6.7	0.0	681
45-49	55.2	23.6	14.7	20.8	9.1	7.5	9.8	8.5	19.8	7.8	0.2	522
Местожительство												
Город	58.9	21.6	13.1	19.7	10.5	7.9	10.7	9.6	18.5	7.2	0.1	2,668
Село	51.5	19.4	11.6	16.4	6.3	4.7	5.3	9.3	12.8	6.0	0.0	2,132
Регион												
г. Алматы	64.9	22.3	12.3	18.7	13.4	10.1	13.5	8.0	19.7	7.7	0.0	291
Южный	56.7	15.3	5.4	17.9	5.9	4.9	5.8	9.5	10.4	7.9	0.0	1,455
Западный	62.3	30.0	7.0	28.9	12.4	10.0	9.2	17.0	17.9	5.3	0.0	628
Центральный	49.0	18.8	24.6	19.4	17.2	5.9	6.4	11.9	13.3	2.3	0.1	475
Северный	54.7	21.1	17.9	13.8	7.1	6.4	9.8	7.0	20.6	9.7	0.0	1,259
Восточный	49.5	22.7	14.2	16.3	5.9	5.7	9.0	6.3	17.9	2.5	0.1	692
Образование матери												
Начальное/среднее	49.9	16.5	9.1	13.8	5.1	4.9	4.1	9.0	9.8	5.4	0.0	1,927
Средне-спец.	57.9	21.4	13.7	20.4	9.2	6.3	9.8	9.1	18.0	7.0	0.1	1,908
Высшее	62.5	27.3	16.5	22.7	14.5	10.2	13.6	11.3	24.3	8.6	0.0	965
Национальность												
Казахки	53.9	19.8	10.9	17.9	7.8	7.1	7.1	10.7	13.5	5.4	0.0	2,587
Русские	57.9	23.4	14.7	18.4	10.6	5.9	10.3	8.2	19.0	7.5	0.1	1,454
Другое	57.0	17.7	13.6	19.0	7.7	5.6	8.4	7.7	18.7	9.4	0.0	760
Всего	55.6	20.6	12.5	18.2	8.6	6.5	8.3	9.5	16.0	6.7	0.0	4,800

Таблица 14.3.2. Осведомленность о симптомах туберкулеза (мужчины)

Процент мужчин, осведомленных о симптомах туберкулеза, в зависимости от социально-биологических факторов. Казахстан, 1999.

Социально-биологические факторы	Симптомы туберкулеза											К-во мужчин
	Кашель более трех недель	Жар	Кровь в мокроте	Потеря аппетита	Ночная потливость	Боль в груди	Повыш. утомляемость	Похудание	Сонливость	Другое	Пропущено	
Возраст, лет												
15-19	40.0	34.0	7.4	7.7	16.9	2.9	8.4	5.2	8.9	3.5	26.1	226
20-24	49.6	40.6	15.5	9.6	20.8	10.4	5.4	9.5	16.0	4.4	16.3	182
25-29	46.2	37.4	15.6	9.4	15.7	6.6	17.9	10.2	17.4	2.4	16.6	176
30-34	53.6	34.2	9.6	10.4	21.5	8.1	11.5	7.5	17.5	5.1	11.7	172
35-39	46.5	40.5	18.8	12.5	27.0	8.1	10.6	9.1	20.0	3.7	8.2	229
40-44	48.0	48.5	18.7	10.1	22.1	10.4	19.1	8.6	18.4	1.6	7.4	164
45-49	45.8	49.3	9.7	8.5	22.5	5.9	9.5	16.9	15.2	5.4	10.1	122
50-54	52.1	51.6	13.2	11.0	13.1	3.5	16.7	14.2	24.1	9.3	7.6	104
55-59	41.0	39.1	11.3	14.4	16.0	13.0	13.4	7.7	26.4	3.7	23.8	65
Местожительство												
Город	45.4	41.2	18.3	9.5	22.5	9.0	12.5	10.9	19.0	4.3	11.8	790
Село	48.8	40.2	7.8	10.8	17.4	5.4	11.5	7.6	14.8	3.8	17.1	650
Регион												
г. Алматы	62.5	29.8	13.7	8.3	26.2	9.5	10.1	10.7	13.7	4.2	11.3	90
Южный	77.5	26.1	3.3	16.3	11.3	5.8	8.7	12.4	21.3	9.1	19.7	426
Западный	7.7	72.5	5.1	11.7	23.9	11.7	14.9	10.7	11.5	3.4	17.6	182
Центральный	67.1	16.8	8.2	4.5	10.5	3.2	2.0	4.1	4.3	4.9	18.6	139
Северный	15.4	57.6	21.6	4.0	30.0	8.3	20.0	0.7	23.8	0.0	9.0	396
Восточный	58.8	31.6	30.4	12.2	20.0	6.6	8.8	21.8	10.7	1.5	8.3	207
Образование мужчины												
Начальное/среднее	46.0	38.2	10.3	10.2	17.7	5.4	9.0	9.6	14.8	4.2	18.7	661
Средне-спец.	46.2	41.5	14.4	10.1	21.2	8.9	16.0	9.6	18.5	2.6	12.3	581
Высшее	52.3	47.1	22.0	9.8	25.1	9.2	10.5	8.3	20.8	7.9	5.1	198
Национальность												
Казахи	50.4	39.2	11.2	13.2	17.9	8.6	10.4	11.1	17.8	4.5	16.3	747
Русские	42.7	44.4	18.0	7.1	24.5	5.2	11.9	8.1	15.0	3.7	10.4	460
Другие	44.4	38.8	12.5	6.0	18.9	7.7	17.5	6.7	19.1	3.5	15.1	234
Всего	47.0	40.8	13.6	10.1	20.2	7.4	12.0	9.4	17.1	4.1	14.2	1,440

14.4 ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ О СИМПТОМАХ ТУБЕРКУЛЕЗА

В ПМДК 1999 г. респондентам задавались следующие вопросы: «Как Вы думаете, по каким признакам или симптомам можно определить больных туберкулезом?» и «При каких симптомах туберкулеза Вы бы обратились за медицинской помощью?». Результаты ответов представлены в таблицах 14.3.1 и 14.3.2.

56 процентов женщин и 47 процентов мужчин без помощи интервьюера правильно назвали «кашель более 3 недель» как симптом туберкулеза. Среди других симптомов туберкулеза 21 процент женщин и 41 процент мужчин отметили жар, 13 процентов женщин и 14 процентов мужчин – кровь в мокроте, 9 процентов женщин и 20 процентов мужчин – ночную потливость.

Правильное определение симптомов туберкулеза соотносилось с уровнем образования респондентов и чаще имело место среди женщин и мужчин, проживающих в городах, и в частности, в г. Алматы по сравнению с другими группами населения.

В таблицах 14.4.1 и 14.4.2 представлена информация о проценте респондентов, сообщивших специфические симптомы туберкулеза, при которых они обратились бы за медицинской помощью. Перечисление этих симптомов соответствует образцам ответов при перечислении симптомов туберкулеза, известных респондентам. К примеру, «кашель более 3 недель» как симптом, при котором респонденты обратились бы за медицинской помощью, был назван 55 процентами женщин и 51 процентом мужчин. 21 процент женщин и 42 процента мужчин в качестве такого симптома назвали жар, 21 процент женщин и 16 процентов мужчин – кровь в мокроте, и 8 процентов женщин и 20 процентов мужчин – ночную потливость.

Таблица 14.4.1 Симптомы туберкулеза, при которых женщины обратятся за медицинской помощью

Среди женщин, назвавших один или более симптомов туберкулеза, процент сообщивших симптомы, при которых они обратятся за медицинской помощью, в зависимости от социально-биологических факторов. Казахстан, 1999.

Социально-биологические факторы	Симптомы туберкулеза											К-во женщин
	Капель более трех недель	Жар	Кровь в мокроте	Потеря аппетита	Ночная потливость	Боль в груди	Повыш. утомляемость	Похудание	Сонливость	Другое	Пропущено	
Возраст, лет												
15-19	59.0	16.7	16.0	17.8	4.9	6.2	4.9	11.1	11.9	8.8	0.0	526
20-24	52.4	22.5	21.2	24.3	8.3	5.9	5.4	14.4	14.7	8.7	0.0	510
25-29	53.3	19.2	24.2	23.9	7.7	5.5	7.3	15.6	15.9	6.5	0.2	574
30-34	57.5	20.5	25.0	24.7	6.8	7.5	9.2	13.3	15.0	7.9	0.2	591
35-39	56.9	22.9	22.0	26.4	7.9	6.8	9.2	16.1	20.8	6.2	0.0	639
40-44	56.0	23.0	18.9	27.1	8.7	7.0	9.9	18.2	19.5	6.8	0.0	578
45-49	50.5	23.2	20.8	30.2	7.9	9.5	9.3	13.7	24.5	4.9	0.0	435
Местожителство												
Город	55.2	22.1	22.0	26.0	8.6	7.6	9.5	15.4	18.8	6.6	0.1	2,279
Село	55.3	19.7	20.2	23.2	5.8	5.8	5.7	13.7	15.4	7.9	0.0	1,575
Регион												
г. Алматы	56.6	21.9	23.7	25.2	10.4	9.8	10.5	11.6	22.3	7.3	0.3	265
Южный	60.4	15.1	9.5	24.3	5.5	4.3	5.6	12.1	11.4	5.0	0.0	1,036
Западный	66.5	28.4	11.8	37.5	9.5	10.1	8.2	23.2	18.0	4.6	0.0	532
Центральный	47.2	21.4	29.3	20.9	11.2	5.5	4.7	14.5	8.3	1.9	0.1	424
Северный	52.0	22.4	26.4	20.2	7.3	7.5	9.9	13.1	21.2	14.5	0.0	1,088
Восточный	46.0	22.5	36.0	25.7	5.2	6.9	9.6	16.5	25.8	2.7	0.1	510
Образование матери												
Начальное/среднее	56.9	19.2	17.5	20.1	5.4	5.9	4.9	14.3	13.4	6.2	0.0	1,336
Средне-спец.	54.3	21.0	22.4	27.7	7.5	7.1	9.0	14.9	18.0	7.4	0.1	1,625
Высшее	54.5	24.3	24.8	26.8	10.6	7.7	10.5	15.2	22.4	8.0	0.0	893
Национальность												
Казахки	57.4	20.6	18.9	25.1	7.2	7.6	7.7	15.8	16.0	6.1	0.1	1,964
Русские	51.6	22.9	23.8	24.7	8.5	6.2	8.9	14.1	19.5	8.5	0.0	1,262
Другие	55.9	19.3	23.5	24.3	6.2	5.7	6.8	12.8	17.6	7.7	0.0	628
Всего	55.3	21.1	21.3	24.9	7.5	6.9	7.9	14.7	17.4	7.1	0.1	3,854

14.5 ОБРАЩЕНИЕ В УЧРЕЖДЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА

В таблицах 14.5.1 и 14.5.2 представлена информация о проценте женщин и мужчин, которые обратились бы для лечения в учреждения здравоохранения, если бы кто-либо из членов их семьи заболел туберкулезом. Данные представлены по типам учреждений здравоохранения и в зависимости от социально-биологических факторов. Приблизительно 50 процентов женщин и 62 процента мужчин обратились бы для лечения в больницу; 16 процентов женщин и 18 процентов мужчин – в поликлинику; 10 процентов женщин и 2 процента мужчин – в Семейно-Врачебные Амбулатории (СВА).

В больницу для лечения туберкулеза более часто обращались бы женщины и мужчины, проживающие в сельской местности, в Южном и Северном регионах Казахстана, а также имеющие начальное и среднее образование, по сравнению с другими группами населения.

В системе лечебных и профилактических туберкулезных учреждений важным звеном является сеть так называемых туберкулезных диспансеров, в задачи которых входят скрининг, ранняя диагностика и лекарственное лечение больных туберкулезом. В таблицах 14.5.1 и 14.5.2 показано, что 19 процентов женщин и 16 процентов мужчин обратились бы для лечения в туберкулезный диспансер. Туберкулезные диспансеры в качестве лечебного учреждения чаще упоминались женщинами и мужчинами, проживающими в городах, и респондентами с высшим образованием, по сравнению с другими группами населения. Поразительно, что никто из мужчин в Северном регионе не назвал туберкулезный диспансер в качестве пункта медицинской помощи при туберкулезе. 86 процентов из них обратились бы для лечения в больницу, и 13 процентов – в поликлинику. Частные учреждения здравоохранения, как места лечения туберкулеза, упоминались редко; только 1 процент респондентов в случае заболевания

Таблица 14.4.2. Симптомы туберкулеза, при которых мужчины обратятся за медицинской помощью

Среди мужчин, назвавших один или более симптомов туберкулеза, процент сообщивших симптомы, при которых они обратятся за медицинской помощью, в зависимости от социально-биологических факторов. Казахстан, 1999.

Социально-биологические факторы	Симптомы туберкулеза											К-во мужчин
	Кашель более трех недель	Жар	Кровь в мокроте	Потеря аппетита	Ночная потливость	Боль в груди	Повышенная утомляемость	Похудание	Сонливость	Другое	Пропущено	
Возраст, лет												
15-19	52.0	43.7	9.8	4.4	22.6	4.3	10.1	6.6	7.5	1.3	2.0	164
20-24	57.0	40.6	19.8	6.2	17.8	6.3	5.6	13.3	11.9	1.6	1.1	150
25-29	48.4	38.2	18.1	8.4	15.9	5.2	15.4	9.5	16.1	1.2	4.3	146
30-34	55.1	36.5	10.7	8.4	20.8	7.6	10.4	6.9	15.2	2.0	3.8	150
35-39	49.0	37.5	20.4	9.9	23.2	5.9	8.5	10.0	14.3	1.0	1.4	206
40-44	48.6	48.1	21.3	7.8	21.6	7.7	15.8	10.0	14.2	1.4	1.2	151
45-49	48.1	47.1	12.1	7.1	23.7	5.7	8.1	14.3	15.1	1.8	0.7	108
50-54	51.9	49.1	15.7	11.3	11.5	4.4	18.1	11.3	17.8	1.6	0.6	97
55-59	53.7	44.1	15.6	18.7	16.5	11.0	18.9	13.7	32.1	2.3	1.1	49
Местожителство												
Город	47.2	42.1	21.8	9.8	21.5	7.6	11.9	13.9	15.4	1.6	1.8	690
Село	56.8	42.0	9.1	6.3	17.9	4.2	10.9	5.3	13.3	1.4	2.0	531
Регион												
г. Алматы	63.9	34.7	20.4	11.6	27.9	9.5	10.2	17.0	17.0	2.0	2.7	79
Южный	92.4	20.8	3.2	9.0	6.2	0.0	2.2	7.1	6.9	1.0	3.2	337
Западный	9.2	88.6	5.1	15.1	30.1	13.6	19.2	13.6	14.6	4.6	0.0	150
Центральный	64.0	19.3	23.7	7.6	13.0	5.4	2.7	16.3	6.7	5.5	3.8	110
Северный	17.7	62.5	23.7	4.3	33.0	9.1	22.0	1.4	26.2	0.0	0.0	361
Восточный	63.5	19.5	28.5	8.3	12.1	4.4	7.2	23.3	8.8	0.0	3.4	185
Образование мужчины												
Начальное/среднее	55.1	40.7	12.8	7.3	19.6	3.9	7.8	10.0	14.0	1.4	1.8	529
Средне-спец.	48.1	43.2	16.7	8.2	19.8	7.9	15.6	10.2	14.7	1.8	2.4	506
Высшее	49.6	42.5	24.9	11.3	21.2	7.7	10.5	10.6	15.1	0.6	0.9	186
Национальность												
Казахи	59.1	39.0	13.3	9.3	17.0	6.2	7.8	9.4	13.1	1.0	1.5	616
Русские	41.7	45.7	21.6	7.5	24.6	5.6	12.8	10.8	13.9	2.5	3.2	409
Другие	47.3	43.9	14.4	6.8	19.4	7.1	20.2	11.1	19.8	0.7	0.4	195
Всего	51.4	42.0	16.3	8.3	19.9	6.1	11.5	10.1	14.5	1.5	1.9	1,221

туберкулезом кого-либо из членов семьи обратится за медицинской помощью в частные учреждения здравоохранения.

14.6 ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Туберкулез в Казахстане в течение десятилетий является глобальной проблемой здравоохранения. В последнее время темпы распространения туберкулеза, особенно его лекарственноустойчивых форм, повысились, что связано с социально-экономическим кризисом, нарастанием бедности и низким уровнем жизни. С целью предупреждения дальнейшего распространения инфекции в Казахстане была принята Программа DOTS, рекомендованная ВОЗ. В связи с этим во многом изменились подходы к диагностике, классификации и лечению туберкулеза.

Как демонстрируют данные, собранные в ПМДК 1999 г., более 9 процентов мужчин и женщины в Казахстане сообщили, что кто-либо из их семей был болен туберкулезом, и более 23 процентов респондентов имели частый контакт с больным туберкулезом. Эта информация подтверждается статистическими данными правительства о высокой распространенности туберкулеза в различных регионах Казахстана.

Результаты исследования показали, что почти все респонденты слышали о таком заболевании, как туберкулез, и более чем 71 процент из них правильно назвали основной путь передачи туберку-

Таблица 14. 5.1 Обращение в учреждение здравоохранения для лечения туберкулеза (женщины)

Процент женщин, которые в случае заболевания туберкулезом (ТБ) кого-либо из членов семьи обратятся для лечения в медицинское учреждение, в зависимости от типа учреждения здравоохранения и социально-биологических факторов. Казахстан, 1999.

Социально-биологические факторы	Больница	Поликлиника	СВА	ТБ диспансер	Частная больница/клиника	Частный врач	Другое частное мед.учреждение	Другое	Не знает	Кол-во женщин
Возраст, лет										
15-19	59.4	12.4	8.4	13.6	0.6	0.1	0.0	0.1	1.4	791
20-24	54.1	16.9	8.8	14.3	0.6	0.3	0.1	0.2	1.0	666
25-29	46.3	18.1	10.5	20.3	0.3	0.5	0.0	0.3	0.5	692
30-34	47.3	17.0	10.4	20.1	0.9	0.4	0.0	0.0	0.3	698
35-39	43.2	15.9	12.7	23.2	0.6	0.1	0.2	0.2	0.4	749
40-44	47.7	16.5	10.3	21.6	0.2	0.0	0.2	0.0	0.4	681
45-49	42.9	19.3	12.2	21.3	0.7	0.0	0.0	0.6	0.1	522
Местожителство										
Город	39.5	24.5	11.2	22.1	0.4	0.3	0.0	0.2	0.3	2.668
Село	61.0	6.3	9.4	15.3	0.8	0.1	0.2	0.2	1.0	2.132
Регион										
г. Алматы	30.7	42.0	0.9	21.5	1.3	0.3	0.2	0.6	0.8	291
Южный	54.5	10.8	12.7	15.0	1.2	0.4	0.1	0.2	1.1	1.455
Западный	46.8	21.4	11.0	16.1	0.3	0.0	0.0	0.1	0.7	628
Центральный	50.2	13.0	17.7	15.9	0.1	0.0	0.0	0.2	0.1	475
Северный	51.0	15.5	4.2	25.0	0.0	0.2	0.1	0.2	0.3	1.259
Восточный	42.7	16.8	15.4	20.7	0.6	0.1	0.0	0.0	0.5	692
Образование матери										
Начальное/среднее	58.8	11.9	9.1	14.3	0.4	0.0	0.0	0.2	1.0	1.927
Средне-спец.	45.6	17.4	11.9	20.1	0.5	0.3	0.1	0.0	0.5	1.908
Высшее	36.3	23.3	10.0	26.6	1.0	0.3	0.2	0.3	0.1	965
Национальность										
Казахки	52.4	12.9	10.5	17.9	0.8	0.2	0.1	0.2	0.8	2.587
Русские	42.7	22.5	10.4	21.1	0.4	0.2	0.1	0.1	0.3	1.454
Другие	49.7	16.5	10.0	19.3	0.1	0.4	0.1	0.2	0.8	760
Всего	49.0	16.4	10.4	19.1	0.6	0.2	0.1	0.2	0.6	4.800

леза – через воздух при кашле. Приблизительно половина респондентов без помощи интервьюера сообщили, что «кашель более 3 недель» является основным симптомом туберкулеза. Значительный процент респондентов также назвали и другие важные симптомы туберкулеза, такие как жар, кровь в мокроте, ночную потливость и т. д.

Однако, несмотря на высокий уровень осведомленности населения о симптомах и путях передачи туберкулеза, только 68 процентов женщин и 62 процента мужчин знали, что туберкулез можно полностью излечить при помощи соответствующих лекарственных средств. Полное излечение туберкулеза благодаря правильно подобранной схеме лечения является важной концепцией стратегии DOTS. Другим важным звеном является возможность последующего лечения на дому под непосредственным наблюдением медицинских работников после первоначальной фазы интенсивной лекарственной терапии в больнице. В ПМДК 1999 г. только 13 процентов женщин и 9 процентов мужчин назвали такую последовательность лечения туберкулеза. Большинство респондентов (более 82 процентов) сообщили, что лечение туберкулеза должно полностью проводиться в больнице. Кроме того, более половины респондентов в случае заболевания туберкулезом кого-либо из членов их семьи намерены обратиться для лечения в больницу. Менее 19 процентов респондентов в такой ситуации обратятся в туберкулезные диспансеры и менее 18 процентов – в амбулаторные учреждения, такие как поликлиника или СВА.

Таким образом, информированность населения о лечении туберкулеза оставляет желать лучшего. Поскольку при лечении туберкулеза привлечение больных и общественная поддержка также важны, как и другие компоненты стратегии DOTS, включая политические обязательства, снабжение населения лекарственными препаратами и т. д., совершенствование уровня образованности в этой области может быть очень полезным для дальнейшего внедрения стратегии DOTS в Казахстане.

Таблица 14.5.2 Обращение в учреждение здравоохранения для лечения туберкулеза (мужчины)

Процент мужчин, которые в случае заболевания туберкулезом (ТБ) кого-либо из членов семьи обратятся для лечения в медицинское учреждение, в зависимости от типа учреждения здравоохранения и социально-биологических факторов. Казахстан, 1999.

Социально-биологические факторы	Больница	Поликлиника	СВА	ТБ диспансер	Частная больница/клиника	Частный врач	Другое	Не знает	Кол-во мужчин
Возраст, лет									
15-19	72.5	15.1	1.2	9.0	0.0	0.0	0.0	0.6	226
20-24	68.3	16.6	1.5	12.6	0.0	0.0	0.0	0.0	182
25-29	56.3	17.7	2.7	18.9	1.8	0.3	0.0	0.3	176
30-34	58.2	16.5	5.0	18.9	0.3	0.0	0.0	0.0	172
35-39	60.8	17.2	2.0	17.0	0.8	0.0	0.8	0.0	229
40-44	58.1	22.8	3.6	14.1	0.5	0.0	0.0	0.0	164
45-49	59.6	21.4	1.1	17.5	0.0	0.0	0.0	0.0	122
50-54	63.8	14.4	3.1	16.7	0.0	0.0	0.0	0.0	104
55-59	46.3	23.9	0.8	23.7	0.0	0.0	0.0	3.3	65
Местожителство									
Город	49.3	23.2	3.4	21.8	0.8	0.1	0.1	0.2	790
Село	77.2	11.4	1.2	8.1	0.0	0.0	0.2	0.3	650
Регион									
г. Алматы	39.9	31.0	0.6	23.8	1.2	0.6	0.0	0.6	90
Южный	77.5	6.7	1.6	12.2	0.0	0.0	0.3	0.3	426
Западный	11.2	54.4	0.8	32.0	0.0	0.0	0.0	0.5	182
Центральный	59.9	2.7	4.4	30.2	0.0	0.0	0.0	0.4	139
Северный	85.9	13.4	0.7	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	396
Восточный	39.2	21.7	8.3	24.9	2.6	0.0	0.3	0.4	207
Образование мужчины									
Начальное/среднее	67.4	16.3	1.7	12.2	0.3	0.1	0.0	0.6	661
Средне-спец.	59.6	20.0	2.8	15.7	0.5	0.0	0.2	0.0	581
Высшее	49.9	17.0	3.5	26.8	0.7	0.0	0.3	0.0	198
Национальность									
Казахи	61.0	17.6	1.9	17.1	0.1	0.0	0.2	0.4	747
Русские	60.2	19.5	3.6	14.5	1.2	0.1	0.0	0.3	460
Другие	67.9	15.5	1.7	13.1	0.0	0.0	0.0	0.0	234
Всего	61.9	17.9	2.4	15.6	0.4	0.0	0.1	0.3	1,440

БИБЛИОГРАФИЯ

- Агентство РК по делам здравоохранения РК, 1999. *Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность учреждений здравоохранения в 1998 году* (статистические материалы). -Алматы, 2000. -270с.
- Агентство РК по делам здравоохранения РК. 2000. *Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность учреждений здравоохранения в 1999 году* (статистические материалы). -Алматы, 2000. -273с.
- Агентство РК по статистике, 1999. *Предварительные итоги переписи населения 1999 по областям, городам, районам РК* (статистический справочник). – Алматы, Казахстан. -40с.
- Боровитс, М., О'Доэрти, Ш., Викам, Ш., и др. Концептуальная основа модели реформы здравоохранения стран Центральной Азии: сборник материалов. 1999. Алматы, Абт Ассошиэйтс.
- Вестофф Ч.Ф., Шарманов А., Салливан Д.М., Крофт Т. 1998. *Замена аборта контрацепцией в трех республиках Центральной Азии*. Калвертон, Мэрилэнд: Проект Полиси и Макро Интернэшнл Инк.
- 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.
- Министерство здравоохранения РК, 1996. *Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность учреждений здравоохранения в 1995 году* (статистические материалы). -Алматы, 1996. -240 с.
- 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.
- DeMacyr, 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.
- Hercberg, 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.
- National Center for AIDS Prevention (NCAP) [Kazakhstan]. 1999. *Prevalence and incidence of HIV infection in Kazakhstan, 1999 annual report*. Almaty, Kazakhstan: NCAP.
- National Research Institute of Skin and Venereal Diseases (NRISVD) [Kazakhstan]. 1999. *Statistics on skin and venereal diseases in Kazakhstan*. Almaty, Kazakhstan: NRISVD.
- 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. Prolacteal 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.
- Sharmanov, T., A. McAlister, and A. Sharmanov. 1996. Health care in Kazakstan. *World Health Forum* 17 (2): 197-199.
- 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.
- United Nations Development Programme (UNDP). 1998. *Human development report, Kazakhstan 1998*. Almaty, Kazakhstan: UNDP.

- 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 (WHO). 1998. *Tuberculosis fact sheet No. 104*. World Health Organization Press Office. Geneva, Switzerland: WHO.
- 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.

Мамаду Тайам и Бедел Т. Сарбаев

А.1 ВВЕДЕНИЕ

Во второй Программе медико-демографического исследования Казахстана (ПМДК), проведенной в 1999 г., была использована общенациональная выборка женщин в возрасте от 15 до 49 лет. Выборка разрабатывалась для получения информации по тенденции рождаемости и показателям детской смертности, о знании и применении методов контрацепции, показателям в области здоровья матери и ребенка. Областной состав регионов исследования определился следующим образом:

- | | |
|-------------------------|---|
| (1) город Алматы | |
| (2) Южный регион: | Алматинская, Жамбылская, Кызылординская и Южно-Казахстанская области |
| (3) Западный регион: | Актюбинская, Атырауская, Мангыстауская и Западно-Казахстанская области |
| (4) Северный регион: | Акмолинская, Костанайская, Павлодарская, и Северо-Казахстанская области |
| (5) Центральный регион: | Карагандинская область |
| (6) Восточный регион: | Восточно-Казахстанская область |

По требованию Регионального центрально-азиатского офиса USAID в городах Жезказгане и Семипалатинске, расположенных соответственно в Карагандинской и Восточно-Казахстанской областях, выборка домовладений была выполнена в большем объеме.

В дополнение к основной выборке женщин была выполнена подвыборка мужчин в возрасте от 15 до 59 лет в одной трети домовладений, которая позволила собрать данные по осведомленности и отношению мужского населения к СПИДу и другим болезням, передающимся половым путем (БППП).

А.2 РАМКИ ВЫБОРКИ

Республика Казахстан включает в себя 14 областей. По условиям ПМДК область была разделена на городскую и сельскую местности. В городской местности город подразделялся на городские районы, а городской район, в свою очередь, подразделялся на терапевтические участки. В сельской местности сельские районы подразделялись на сельсоветы, а те, в свою очередь, на аулы (села).

Статистическая выборка для ПМДК 1999 г. была основана на списках терапевтических участков и семейно-врачебных амбулаторий (ТУ), полученных от областных департаментов здравоохранения и Комитета здравоохранения МЗОиС РК (для городской местности), и списках сел, предоставленных отделом демографической статистики Агентства РК по статистике.

А.3 ХАРАКТЕРИСТИКА СТАТИСТИЧЕСКОЙ ВЫБОРКИ

Выборка ПМДК 1999 года проводилась в две стадии. Стратификация была достигнута путем деления каждого региона исследования на городскую и сельскую местности. На первой стадии отбора ТУ и аулы (села) были отобраны в качестве первичной единицы выборки (ПЕВ) городской и сельской местности соответственно. Из-за существенной разницы в размерах ТУ и аулов (сел) ПЕВ отбирались с равной вероятностью, пропорционально размеру, который определялся количеством населения. Таким образом, было завершено составление полного списка домовладений в отобранных ТУ и аулах (селах), из которых на второй стадии были статистически определены домовладения для последующего интервьюирования.

А.4 РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ВЫБОРКИ

В таблицах А.1 и А.2 представлено распределение населения Республики Казахстан в соответствии со списками ТУ и аулов (сел), использованными в структуре выборки.

Таблица А.1 Распределение населения

Регион исследования	Город	Село	Всего
город Алматы	866,848	-	866,848
Южный	1,575,179	3,029,975	4,605,154
Западный	1,087,871	893,189	1,981,060
Северный	1,830,865	1,722,782	3,553,647
Центральный	967,355	257,778	1,225,133
Восточный	952,029	633,905	1,585,934
город Жезказган	162,085	-	162,085
город Семипалатинск	305,136	-	305,136
Всего	7,280,147	6,537,629	13,817,776

Таблица А.2 Процентное распределение населения

Регион исследования	Город	Село	Всего
город Алматы	100.0	-	6.3
Южный	34.2	65.8	33.3
Западный	54.9	45.1	14.3
Северный	51.5	48.5	25.7
Центральный	79.0	21.0	8.9
Восточный	60.0	40.0	11.5
город Жезказган	100.0	-	-
город Семипалатинск	100.0	-	-
Всего	52.7	47.3	100.0

Пропорциональное распределение размеров выборки по регионам исследования представляло бы собой законченную взвешенную выборку, однако оно не позволило бы провести достоверный статистический анализ показателей здоровья населения. Накопленный опыт по сходным исследованиям показывает, что минимальная выборка, состоящая из 800-1000 женщин на регион исследования, является достаточной. Таблица А.3 показывает предложенное распределение по размерам выборки.

Таблица А.3 Предложенное распределение выборки женщин

Регион исследования	Город	Село	Всего
город Алматы	800	-	800
Южный	274	526	800
Западный	439	361	800
Северный	412	388	800
Центральный	632	168	800
Восточный	480	320	800
город Жезказган	400	-	400
город Семипалатинск	400	-	400
Всего	3,837	1,763	5,600

Количество отобранных домовладений для обеспечения желаемого размера выборки подсчитывалось следующим образом:

$$\text{Количество домовладений(ДВ)} = \frac{\text{Количество женщин}}{\text{Количество женщин на ДВ} \cdot \text{Общий уровень ответственности}}$$

Согласно ПМДК 1995 г., удельный вес женщин в возрасте 15-49 лет на домовладение равнялся 0.93, а общий уровень ответственности составлял 95 процентов (98.5 процентов по домовладениям и 96.7 процентов среди женщин). Используя эти результаты в вышеуказанной формуле, получаем количество домовладений, которое было отобрано для получения желаемого количества респондентов в выборке (Таблица А.4).

Как и в предыдущем исследовании, в ПМДК 1999 г. отбиралось 20 женщин на городской и 30 женщин на сельский кластер (т.е. 23 домовладения на городской кластер и 34 на сельский кластер) для 251 пункта выборки в целом. Распределение этих 251 пункта выборки показано ниже.

А.5 СЕГМЕНТАЦИЯ

Некоторые ТУ и аулы (села) были отобраны с очень большим количеством населения и потребовали бы значительного времени для выполнения листинга. Поэтому любые большие по объему ТУ и аулы разбивались на сегменты, один из которых сохранялся в выборке. Правило сегментации было следующим:

Регион исследования	Город	Село	Всего
город Алматы	905	-	905
Южный	310	595	905
Западный	497	408	905
Северный	466	439	905
Центральный	715	190	905
Восточный	543	362	905
город Жезказган	453	-	453
город Семипалатинск	453	-	453
Всего	4,342	1,994	6,336

Регион исследования	Город	Село	Всего
город Алматы	40	-	40
Южный	14	18	32
Западный	22	12	34
Северный	20	13	33
Центральный	31	6	37
Восточный	24	11	35
город Жезказган	20	-	20
город Семипалатинск	20	-	20
Всего	191	60	251

Количество домовладений	от 401 до 600	сегментировать на 2 части
Количество домовладений	от 601 до 800	сегментировать на 3 части
Количество домовладений	от 801 до 1000	сегментировать на 4 части
и т.д.		

Сегментация выполнялась в полевых условиях во время проведения листинговой работы.

А.6 ВЕРОЯТНОСТЬ ВЫБОРКИ

Вероятность выборки подсчитывалась для каждой стадии выборки и независимо для каждого слоя. Были использованы следующие условные обозначения:

P_{1i} : вероятность выборки i^{20} ТУ или аула на первой стадии;

P_{2i} : вероятность выборки (домовладений) в пределах i^{20} ТУ или аула на второй стадии.

Пусть a будет числом ТУ или аулов, которые были отобраны в данном слое, M_i – количеством населения (в соответствии с рамками выборки) i^{20} ТУ или аула в этом слое, и M – общее число населения в слое (в соответствии с рамками выборки). Пусть t_{ik} будет оцененным размером отобранного k^{20} сегмента в пределах i^{20} ТУ или аула. Заметим, что $t_{ik} = 1$, если сегментация не проделана, и что $\sum_{ik} t_{ik} = 1$.

Вероятность включения i^{20} ТУ или аула в выборке была подсчитана следующим образом:

На второй стадии количество домовладений b было отобрано из количества домовладений L , вновь внесенных в список i^{20} ТУ или аула (или сегмента) командой листеров ПМДК 1999 г. Затем:

$$P_{1i} = \frac{aM_i}{\sum_i M_i} \cdot t_{ik}$$

Для того, чтобы выборка была самовзвешенной в пределах слоя, общая вероятность должна быть схожей для каждого домовладения в пределах слоя, т.е. $f = P_{1i} \cdot P_{2i}$, где f является фракцией выборки, подсчитанной отдельно для каждого слоя следующим образом:

$$P_{2i} = \frac{b_i}{L_i}$$

где n является количеством домовладений, отобранных в слое, и N является количеством домовладений, которые существуют в слое на момент проведения полевых исследований 1999 г.

Отбор домовладений является систематичным с равной вероятностью, и интервал отбора был подсчитан как:

Из-за непропорционального распределения выборки к различным слоям взвешенность выборки требовалась для обеспечения действительной репрезентативности ее на общенациональном уровне.

$$f = \frac{n}{N},$$

А.7 УРОВЕНЬ ОТВЕТНОСТИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ РЕГИОНА И МЕСТОЖИТЕЛЬСТВА

Таблицы А.6.1 и А.6.2 обеспечивают детальную информацией по результатам интервьюирования домовладений и индивидуального интервьюирования в зависимости от региона и местожительства респондентов.

В целом уровень ответственности домовладений оказался на высоком уровне во всех регионах, за исключением г. Алматы (89 процентов) и в городской местности (91 процент). Данный факт может приписан к тому, что городские жители отсутствуют долгое время в своих жилищах.

А.6.1 Результаты интервьюирования домовладений и индивидуального интервьюирования (женщины)

Процентное распределение домовладений и женщин, подлежащих опросу в выборке ПМДК 1999 г., по результатам интервьюирования домовладений и индивидуального интервьюирования и уровень ответственности выборки в зависимости от региона и местожительства. Казахстан, 1999.

Результат интервьюирования и уровень ответственности выборки	Регион						Местожительство		Всего
	г.Алматы	Южный	Западный	Центральный	Северный	Восточный	Город	Село	
Отобранные домовладения									
Визит осуществлен (С)	89.0	93.8	91.5	93.2	94.4	93.8	91.4	95.7	92.7
Нет членом домовладения или лиц, способных ответить на вопросы (НР)	1.4	1.1	1.5	0.5	0.6	0.4	0.9	0.8	0.9
Получен отказ (R)	3.0	0.4	0.7	0.6	0.6	0.7	1.4	0.0	1.0
Жилище не найдено (DNF)	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.0
Все респонденты отсутствовали длительное время (НА)	4.0	2.1	3.5	1.1	1.5	1.3	2.5	1.2	2.1
Жилище пусто/не жилище (DV)	2.6	2.4	2.7	4.1	2.7	3.6	3.7	2.0	3.1
Жилище разрушено (DD)	0.0	0.0	0.2	0.5	0.1	0.1	0.1	0.3	0.2
Другое (O)	0.0	0.0	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Всего	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Количество домовладений	899	906	892	1,331	925	1,348	4,311	1,990	6,301
Уровень ответственности домовладений (HRR)¹	95.2	98.3	97.7	98.8	98.6	98.8	97.5	99.1	98.1
Подлежащие опросу женщины									
Пронтервьюированные (EWC)	96.7	98.1	95.7	98.9	97.9	99.2	97.9	97.7	97.8
Нет дома (EWNH)	1.7	0.9	2.5	0.2	1.8	0.5	1.0	1.4	1.2
Визит отложен (EWP)	0.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Получен отказ (EWR)	0.6	0.2	0.3	0.5	0.1	0.1	0.4	0.1	0.3
Частично завершен (EWPC)	0.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Невозможен (EWI)	0.3	0.6	1.1	0.3	0.1	0.0	0.3	0.6	0.4
Другое (EWO)	0.5	0.2	0.4	0.1	0.0	0.2	0.3	0.2	0.2
Всего	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Количество женщин	658	940	787	885	669	967	2,989	1,917	4,906
Уровень ответственности женщин, подлежащих опросу (EWRR)²	96.7	98.1	95.7	98.9	97.9	99.2	97.9	97.7	97.8
Общий уровень ответственности (ORR)³	92.1	96.4	93.5	97.7	96.6	98.0	95.5	96.8	95.9

Примечание. Уровень ответственности домовладений был подсчитан как отношение домовладений с осуществленным визитом к сумме домовладений с осуществленным визитом, домовладений, где не оказалось лиц, способных ответить на вопросы, домовладений, где получен отказ, и домовладений, которые не найдены. Уровень ответственности женщин, подлежащих опросу, был подсчитан как отношение всех пронтервьюированных женщин к сумме всех пронтервьюированных женщин, женщины, не оказавшихся дома на момент интервью, женщины, визит к которым был отложен, женщины, отказавшихся дать интервью, женщины, визит к которым был частично завершен, случаев, в которых шлолучить интервью было невозможно, и случаев, отмеченных в категории "другое". Общий уровень ответственности получили делением на число 100 произведения уровня ответственности домовладений и женщин, подлежащих опросу.

¹ Применяя соответствующие цифры в специфических категориях ответа домовладений, уровень ответственности домовладений (HRR) подсчитывался следующим образом:

$$\frac{C}{C + \text{НР} + R + \text{DNF}} * 100$$

² Применяя соответствующие цифры в специфических категориях ответов женщин, подлежащих опросу, уровень ответственности женщин, подлежащих опросу (EWRR), подсчитывался следующим образом:

$$\frac{\text{EWC}}{\text{EWC} + \text{EWNH} + \text{EWP} + \text{EWR} + \text{EWPC} + \text{EWI} + \text{EWO}} * 100$$

³ Общий уровень ответственности (ORR) подсчитывался следующим образом: $\text{ORR} = (\text{HRR} * \text{EWRR}) \div 100$

$$I_i = \frac{1}{P_{2i}} = \frac{P_{1i}}{f}$$

Уровень ответственности индивидуального интервьюирования был несколько ниже у мужчин по сравнению с женщинами. Уровень ответственности у мужчин ниже в г.Алматы и Северном регионе, чем в других регионах исследования Казахстана.

А.6.2 Результаты интервьюирования домовладельцев и индивидуального интервьюирования (мужчины)

Процентное распределение домовладельцев и мужчин, подлежащих опросу в выборке ПМДК 1999 г., по результатам интервьюирования домовладельцев, индивидуального интервьюирования и уровень ответственности в зависимости от региона и местожительства. Казахстан, 1999

Результат интервьюирования уровень ответственности выборки	Регион						Местожительство		
	г.Алма-ты	Юж-ный	Запад-ный	Централь-ный	Север-ный	Восточ-ный	Город	Село	Всего
Обращение домовладельцев									
Визит осуществлен (С)	94.1	92.1	89.7	98.4	100.0	96.1	93.7	96.3	94.7
Нет членов домовладения или лиц, способных ответить на вопросы (НР)	0.0	1.4	1.0	0.0	0.0	0.0	0.4	0.5	0.5
Получен отказ (R)	3.9	0.3	0.0	0.8	0.0	0.3	1.3	0.0	0.8
Жилище не найдено (DNF)	1.5	2.4	6.2	0.4	0.0	0.6	2.4	1.4	2.0
Жилище пустое/не жилище (DV)	0.5	3.8	2.7	0.4	0.0	2.7	2.1	1.7	1.9
Жилище разрушено (DD)	0.0	0.0	0.3	0.0	0.0	0.3	0.1	0.2	0.1
Всего	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Количество домовладельцев	203	290	292	248	183	334	959	591	1,550
Уровень ответственности домовладельцев (HRR)¹	96.0	98.2	98.9	99.2	100.0	99.7	98.3	99.5	98.7
Подлежащих опросу мужчины									
Пронтервьюированные (EMC)	89.8	96.2	95.0	96.2	89.1	94.9	94.8	93.1	94.1
Нет дома (EMNH)	3.7	2.7	2.5	1.4	6.7	3.1	2.3	4.3	3.1
Получен отказ (EMR)	3.2	0.0	0.7	0.3	1.0	2.0	1.2	0.9	1.1
Невозможен (EMI)	0.0	0.0	0.4	0.7	1.6	0.0	0.3	0.5	0.4
Другое (EMO)	3.2	1.0	1.4	1.4	1.6	0.0	1.3	1.3	1.3
Всего	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Количество мужчин	187	292	278	286	193	295	897	634	1,531
Уровень ответственности мужчин, подлежащих опросу (EMRR)²	89.8	96.2	95.0	96.2	89.1	94.9	94.8	93.1	94.1
Общий уровень ответственности (ORR)³	86.2	94.5	93.9	95.4	89.1	94.6	93.1	92.6	92.9

Примечание. Уровень ответственности домовладельцев был подсчитан как отношение домовладельцев с осуществленным визитом к сумме домовладельцев с осуществленным визитом, домовладельцев где не оказалось лиц, способных ответить на вопросы, домовладельцев, где получен отказ, и домовладельцев, которые не найдены. Уровень ответственности мужчин, подлежащих опросу, был подсчитан как отношение всех пронтервьюированных мужчин к сумме всех пронтервьюированных мужчин, мужчин, не оказавшихся дома на момент интервью, мужчин, визит к которым был отложен, мужчин, отказавшихся дать интервью, мужчин, визит к которым был частично завершен, случаев, в которых получить интервью было невозможно, и случаев, отмеченных в категории "другое". Общий уровень ответственности получен делением на число 100 произведений уровня ответственности домовладельцев и мужчин, подлежащих опросу.

1 Применяя соответствующие цифры в специфических категориях ответа домовладельцев, уровень ответственности домовладельцев (HRR) подсчитывался следующим образом:

$$\frac{C}{C + NP + R + DNF} * 100$$

2 Применяя соответствующие цифры в специфических категориях ответов мужчин, подлежащих опросу, уровень ответственности мужчин, подлежащих опросу (EMRR), подсчитывался следующим образом:

$$\frac{EMC}{EMC + EMNH + EMP + EMR + EMPC + EMI + EMO} * 100$$

3 Общий уровень ответственности (ORR) подсчитывался следующим образом: ORR = (HRR * EMRR) / 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 второго Медико-демографического исследования Казахстана (ПМДК) в 1999 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 ПМДК 1999 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 неизвестен, 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 ПМДК 1999 года является результатом многостадийного дизайна, и, как следствие этого, было просто необходимо использовать множество комплексных формул. Программным обеспечением, примененным в целях выявления ошибок выборки ПМДК 1999 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, $r=y/x$, где y представляет общую величину выборки, а x – общее количество случаев в группе или подгруппе, которые берутся в расчет. Для подсчета значения r 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

$$z_{hi} = y_{hi} - r \cdot x_{hi}, \quad \text{и} \quad z_h = y_h - r \cdot x_h,$$

где:

h характеризует слой, который варьирует между 1 и H ;

m_h общее количество кластеров, выбранных в h -ом слое;

- y_{hi} сумма взвешенных значений переменной y в i -ом кластере в h -ом слое;
 x_{hi} сумма всех взвешенных случаев в i -ом кластере в h -го слоя;
 f общая фракция выборки, значение которой настолько незначительно, что ее можно не брать во внимание.

Метод повторяющейся репликации Джекнайфа 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 ПМДК 1999 г. были созданы 251 репликаций. Следовательно, было создано 251 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 251 кластера;
 $r_{(i)}$ расчетная оценка, вычисленная из сокращенной выборки 250 кластеров (i -ый кластер исключается);
 k общее количество кластеров.

В дополнение к стандартной ошибке ISSA вычисляет 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 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 ПМДК 1999 г. 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, по трем этническим группам (казахской, русской и другой). Статистические значения для каждой переменной (средние, пропорции или соотношения) даны в таблице В.1. В таблицах В.2 до В.13 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 ($R \pm 2SE$) для каждой переменной. Значение DEFT является неопределенным при стандартной ошибке, полученной путем рандомизированной выборки и равняется 0 (когда величина оценки от 0 до 1). При оценке коэффициента общей рождаемости анализ количества невзвешенных случаев является неуместным, так как неизвестно значение невзвешенных величин для женщина-лет при деторождении.

Доверительный интервал (то есть, рассчитанный для *детей, родившихся у женщин в возрасте 15-49 лет*) может быть представлен следующим образом: общая средняя по национальной выборке составляет 2.924, и ее стандартная ошибка составила 0.079. Таким образом для получения 95 процентного доверительного интервала, необходимо к среднему значению прибавить, и от него отнять стандартную ошибку данной выборки, то есть, $2.924 \pm 2 \times 0.079$. Исходя из этого высока вероятность (95%) того, что истинное среднее количество детей, родившихся у женщин в возрасте от 15 до 49 лет, будет в пределах между 2.765 и 3.082.

Ошибки выборки анализируются на уровне национальной выборки женщин и двух отдельных групп величин: (1) средних и пропорций и (2) комплексных демографических показателей. Относительные стандартные ошибки (SE/R) для средних и пропорций находятся в пределах между 0.1 и 32.3%, в среднем -6.8 процентов; наивысшие значения относительных стандартных ошибок определены для очень низких величин (например, женщины, использующие таблетки в настоящий момент). Если значения очень низких величин (меньше 10 процентов) исключить, то величина средней снижалась до 3.6%. Таким образом относительные стандартные ошибки для большинства показателей по республике были незначительные, исключая значения очень малых пропорций. Относительная стандартная ошибка по коэффициенту общей уровню рождаемости невелика – 6.2 процента. Однако по показателям смертности средняя относительная стандартная ошибка была несколько выше – 18.3 процента.

Существует ряд различий относительной стандартной ошибки при оценке отдельных групп населения. К примеру, для показателя *дети, родившихся у женщин в возрасте за 40 лет*, относительные стандартные ошибки в целом по республике, по городской местности и по Южному региону соответственно составляют 2.7%, 5.0% и 5.9%.

Усредненное значение дизайн-эффекта (DEFT) для всей выборки составляет 1.21, что в связи с использованием многостадийной кластерной выборки, вариабельность повысилась на 1.1, по сравнению с аналогичной простой рандомнизированной выборкой.

Таблица В.1 Список показателей, по которым представлены данные об ошибках выборки, Казахстан, 1999.

Переменная	Данные	Население
ЖЕНЩИНЫ		
Городское местожительство	Соотношение	Все женщины 15-49 лет
Начальное/среднее образование	Соотношение	Все женщины 15-49 лет
Средне-специальное образование		Соотношение Все женщины 15-49 лет
Высшее образование	Соотношение	Все женщины 15-49 лет
Никогда не была замужем (в союзе)	Соотношение	Все женщины 15-49 лет
В настоящий момент замужем (в союзе)	Соотношение	Все женщины 15-49 лет
Возраст вступления в брак до 20 лет	Соотношение	Женщины 15-49 лет
Первый половой контакт до 18 лет		Соотношение Женщины 25-49 лет
Родившиеся дети	Среднее	Все женщины 15-49 лет
Дети, родившиеся женщинами старше 40 лет		Среднее Женщины 40-49 лет
Выжившие дети	Среднее	Все женщины 15-49 лет
Знают любой метод контрацепции		Соотношение Замужние женщины 15-49 лет
Знают любой современный метод контрацепции	Соотношение	Замужние женщины 15-49 лет
Использовали любой метод контрацепции	Соотношение	Замужние женщины 15-49 лет
Используют в настоящем любой метод	Соотношение	Замужние женщины 15-49 лет
Используют в настоящем любой современный метод	Соотношение	Замужние женщины 15-49 лет
Используют в настоящем таблетки		Соотношение Замужние женщины 15-49 лет
Используют в настоящем ВМС	Соотношение	Замужние женщины 15-49 лет
Используют в настоящем презервативы	Соотношение	Замужние женщины 15-49 лет
Используют в настоящем календарный метод		Соотношение Замужние женщины 15-49 лет
Используют в настоящем прерванный акт	Соотношение	Замужние женщины 15-49 лет
Используют источник государственного сектора	Соотношение	Замужние женщины 15-49 лет
Не хотят иметь более детей	Соотношение	Замужние женщины 15-49 лет
Хотят иметь детей по меньшей мере через 2 года	Соотношение	Замужние женщины 15-49 лет
Идеальное количество детей	Среднее	Все женщины 15-49 лет
ИМТ < 18,5	Соотношение	Женщины 15-49 лет, у которых проведено измерение
ИМТ от 18,5 до 30,0	Соотношение	Женщины 15-49 лет, у которых проведено измерение
ИМТ > 30,0	Соотношение	Женщины 15-49 лет, у которых проведено измерение
Вес/рост (< -2 СО)	Соотношение	Женщины 15-49 лет, у которых оценен уровень Нб
Тяжелая анемия	Соотношение	Женщины 15-49 лет, у которых оценен уровень Нб
Выраженная анемия	Соотношение	Женщины 15-49 лет, у которых оценен уровень Нб
Умеренная анемия	Соотношение	Женщины 15-49 лет, у которых оценен уровень Нб
Матерям оказана медицинская помощь в родах	Соотношение	Роды в течение последних 5 лет
Диарея в течении последних двух недель	Соотношение	Дети до 5 лет
Использована ОРТ-терапия (регидрон)	Соотношение	Дети до 5 лет с диареей в течение последних 2 недель
Консультация врача	Соотношение	Дети до 5 лет с диареей в течение последних 2 недель
Получили БЦЖ-вакцину	Соотношение	Дети в возрасте 12-23 месяца
Получили АКДС-вакцину (3 дозы)	Соотношение	Дети в возрасте 12-23 месяца
Получили полно-вакцину (3 дозы)	Соотношение	Дети в возрасте 12-23 месяца
Получили противокоревую вакцину	Соотношение	Дети в возрасте 12-23 месяца
Полностью вакцины рованы	Соотношение	Дети в возрасте 12-23 месяца
Вес/рост (< -2 СО)	Соотношение	Дети до 5 лет, у которых проведено измерение
Рост/возраст (< -2 СО)	Соотношение	Дети до 5 лет, у которых проведено измерение
проведено измерение		Соотношение Дети до 5 лет, у которых
Вес/возрасту (< -2 СО)		Соотношение Дети до 5 лет, у которых
проведено измерение		Соотношение Дети до 5 лет, у которых
Дети с тяжелой анемией	Соотношение	Дети до 5 лет, у которых оценен уровень Нб
Дети с выраженной анемией	Соотношение	Дети до 5 лет, у которых оценен уровень Нб
Дети с умеренной анемией	Соотношение	Дети до 5 лет, у которых оценен уровень Нб
Коэффициент обшей рождаемости (3 года)	Коэффициент	Количество родов
Показатель неонатальной смертности (10 лет) ¹		Коэффициент Количество родов
Показатель младенческой смертности (10 лет) ¹		Коэффициент Количество родов
Показатель детской смертности (10 лет) ¹	Коэффициент	Количество родов
Показатель смертности до пяти лет (10 лет) ¹		Коэффициент Количество родов
Показатель постнеонатальной смертности (10 лет) ¹	Коэффициент	Количество родов
МУЖЧИНЫ		
Городское местожительство	Соотношение	Все мужчины 15-54 лет
Начальное/среднее образование	Соотношение	Все мужчины 15-54 лет
Средне-специальное образование	Соотношение	Все мужчины 15-54 лет
Высшее образование	Соотношение	Все мужчины 15-54 лет
Никогда не был женат (в союзе)	Соотношение	Все мужчины 15-54 лет
В настоящее время женат (в союзе)	Соотношение	Все мужчины 15-54 лет
Знают любой метод контрацепции		Соотношение Женатые мужчины 15-59 лет
Знают современных методов контрацепции		Соотношение Женатые мужчины 15-59 лет
Использовали любой метод контрацепции	Соотношение	Женатые мужчины 15-59 лет
Используют в настоящем любой метод	Соотношение	Женатые мужчины 15-59 лет
Используют в настоящем любой современного метода	Соотношение	Женатые мужчины 15-59 лет
Используют в настоящем таблетки		Соотношение Женатые мужчины 15-59 лет
Используют в настоящем ВМС	Соотношение	Женатые мужчины 15-59 лет
Используют в настоящем инъекции	Соотношение	Женатые мужчины 15-59 лет
Используют в настоящем импланты	Соотношение	Женатые мужчины 15-59 лет
Используют в настоящем презервативы	Соотношение	Женатые мужчины 15-59 лет
Используют в настоящем женскую стерилизацию	Соотношение	Женатые мужчины 15-59 лет
Используют в настоящем мужскую стерилизацию	Соотношение	Женатые мужчины 15-59 лет
Используют в настоящем календарный метод		Соотношение Женатые мужчины 15-59 лет
Используют в настоящем прерванный акт	Соотношение	Женатые мужчины 15-59 лет
Не хотят иметь более детей	Соотношение	Женатые мужчины 15-59 лет
Хотят иметь детей по меньшей мере через 2 года	Соотношение	Женатые мужчины 15-59 лет
Идеальное количество детей	Среднее	Все мужчины 15-59 лет

¹Пять лет для общего уровня
НП = не применимы

Таблица В.2 Ошибки выборки для женщин - Общенациональная выборка, Казахстан, 1999.

Переменная	Значение (R)	Стандартная ошибка (SE)	Количество случаев			Относительная ошибка (SE/R)	Доверительный интервал	
			Не-взвешенное (N)	Взвешенное (WN)	Дизайн эффект (DEFT)		R-2SE	R+2SE
Городское местожительство	0.556	0.011	4800	4800	1.465	0.019	0.535	0.577
Начальное/среднее образование	0.401	0.010	4800	4800	1.369	0.024	0.382	0.421
Средне-специальное образование	0.397	0.009	4800	4800	1.270	0.023	0.379	0.415
Высшее образование	0.201	0.007	4800	4800	1.246	0.036	0.187	0.216
Никогда не была замужем (в союзе)	0.253	0.008	4800	4800	1.207	0.030	0.238	0.268
Замужем в настоящее время (в союзе)	0.629	0.008	4800	4800	1.152	0.013	0.613	0.645
Возраст вступления в брак до 20 лет	0.334	0.009	3360	3343	1.062	0.026	0.317	0.351
Первый половой контакт до 18 лет	0.108	0.006	3360	3343	1.049	0.052	0.096	0.119
Родившиеся дети	1.764	0.030	4800	4800	1.245	0.017	1.703	1.825
Дети, родившиеся у женщин старше 40 лет	2.924	0.079	1213	1203	1.484	0.027	2.765	3.082
Выжившие дети	1.629	0.026	4800	4800	1.206	0.016	1.577	1.682
Знают любой метод контрацепции	0.996	0.001	2950	3018	1.085	0.001	0.994	0.999
Знают любой современный метод	0.995	0.001	2950	3018	1.110	0.001	0.993	0.998
Использовали любой метод контрацепции	0.882	0.008	2950	3018	1.305	0.009	0.866	0.897
Используют в настоящем любой метод	0.661	0.013	2950	3018	1.488	0.020	0.635	0.687
Используют в настоящем любой совр. метод	0.527	0.015	2950	3018	1.599	0.028	0.498	0.557
Используют в настоящем таблетки	0.024	0.003	2950	3018	1.114	0.130	0.018	0.031
Используют в настоящем ВМС	0.420	0.013	2950	3018	1.450	0.031	0.393	0.446
Используют в настоящем презервативы	0.045	0.004	2950	3018	1.139	0.097	0.036	0.053
Используют в настоящем календарный метод	0.046	0.005	2950	3018	1.258	0.106	0.036	0.056
Используют в настоящем прерванный акт	0.029	0.004	2950	3018	1.383	0.148	0.020	0.037
Используют леточник госсектора	0.895	0.008	1927	1853	1.201	0.009	0.878	0.911
Не хотят иметь более детей	0.554	0.012	2950	3018	1.285	0.021	0.530	0.577
Хотят иметь детей по меньшей мере через 2 года	0.129	0.007	2950	3018	1.112	0.053	0.115	0.142
Идеальное количество детей	2.768	0.028	4522	4471	1.426	0.010	2.712	2.824
ИМТ < 18.5	0.074	0.007	2209	2238	1.308	0.099	0.059	0.088
ИМТ между 18.5 и 30.0	0.799	0.010	2209	2238	1.213	0.013	0.778	0.820
ИМТ > 30.0	0.127	0.009	2209	2238	1.319	0.073	0.109	0.146
Вес/рост (< -2 СО)	0.030	0.003	2207	2235	0.928	0.112	0.023	0.037
Тяжелая анемия	0.012	0.002	2216	2269	0.845	0.162	0.008	0.016
Выраженная анемия	0.077	0.006	2216	2269	1.037	0.077	0.065	0.085
Умеренная анемия	0.266	0.013	2216	2269	1.355	0.048	0.241	0.292
Матерям оказана медицинская помощь в родах	0.990	0.003	1345	1449	1.179	0.003	0.984	0.997
Диарея в течение последних 2 недель	0.134	0.013	1266	1354	1.346	0.096	0.108	0.160
Использована ОРТ-терапия (регидрон)	0.320	0.042	166	181	1.126	0.131	0.236	0.404
Консультация врача	0.266	0.042	166	181	1.226	0.157	0.183	0.350
Получили БЦЖ-вакцину	0.991	0.005	232	244	0.877	0.005	0.980	1.000
Получили АКДС-вакцину (3 дозы)	0.977	0.011	232	244	1.158	0.011	0.955	0.999
Получили полно-вакцину (3 дозы)	0.916	0.021	232	244	1.156	0.022	0.875	0.957
Получили противокоревую вакцину	0.865	0.023	232	244	1.028	0.026	0.820	0.910
Полностью вакцины рованы	0.805	0.024	232	244	0.962	0.030	0.757	0.854
Вес/рост (< -2 СО)	0.018	0.005	566	612	0.958	0.283	0.008	0.028
Рост/возраст (< -2 СО)	0.097	0.015	566	612	1.188	0.155	0.067	0.128
Вес/возраст (< -2 СО)	0.042	0.010	566	612	1.122	0.228	0.023	0.062
Дети с тяжелой анемией	0.014	0.004	574	620	0.954	0.323	0.005	0.023
Дети с выраженной анемией	0.170	0.016	574	620	1.020	0.092	0.139	0.201
Дети с умеренной анемией	0.179	0.017	574	620	1.109	0.096	0.145	0.213
Коэффициент общей рождаемости (3 года)	2.047	0.127	НП	13810	1.908	0.062	1.794	2.300
Показатель неонатальной смертности (10 лет) ¹	33.597	6.357	1390	1498	1.207	0.189	20.882	46.312
Показатель младенческой смертности (10 лет) ¹	61.941	8.300	1393	1501	1.239	0.134	45.341	78.542
Показатель детской смертности (10 лет) ¹	10.060	2.963	1395	1504	1.182	0.294	4.135	15.986
Показатель смертности до 5 лет (10 лет) ¹	71.378	8.799	1398	1507	1.259	0.123	53.781	88.976
Показатель постнеонатальной смертности (10 лет)	28.344	5.004	1393	1501	1.158	0.177	18.335	38.353

¹Пять лет для общего уровня
НП - данные не применимы

Таблица В.3 Ошибки выборки для женщин - Городская местность, Казахстан, 1999.

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	1.000	0.000	2927	2668	НП	0.000	1.000	1.000
Начальное/среднее образование	0.322	0.015	2927	2668	1.717	0.046	0.293	0.352
Средне-специальное образование	0.415	0.013	2927	2668	1.469	0.032	0.389	0.442
Высшее образование	0.262	0.011	2927	2668	1.348	0.042	0.241	0.284
Никогда не была замужем (в союзе)	0.261	0.010	2927	2668	1.259	0.039	0.240	0.281
Замужем в настоящее время (в союзе)	0.598	0.011	2927	2668	1.218	0.018	0.576	0.620
Возраст вступления в брак до 20 лет	0.313	0.011	2102	1902	1.127	0.036	0.291	0.336
Первый половой контакт до 18 лет	0.116	0.006	2102	1902	0.929	0.056	0.103	0.129
Родившиеся дети	1.507	0.042	2927	2668	1.587	0.028	1.423	1.592
Дети, родившиеся у женщин старше 40 лет	2.401	0.119	788	724	2.148	0.050	2.163	2.640
Выжившие дети	1.408	0.033	2927	2668	1.383	0.024	1.341	1.475
Знают любой метод контрацепции	0.998	0.001	1720	1596	0.828	0.001	0.997	1.000
Знают любой современный метод	0.998	0.001	1720	1596	0.712	0.001	0.996	0.999
Использовали любой метод контрацепции	0.897	0.009	1720	1596	1.273	0.010	0.879	0.916
Используют в настоящем любой метод	0.674	0.015	1720	1596	1.293	0.022	0.645	0.704
Используют в настоящем любой совр. метод	0.541	0.018	1720	1596	1.121	0.034	0.505	0.578
Используют в настоящем таблетки	0.037	0.005	1720	1596	1.177	0.144	0.027	0.048
Используют в настоящем ВМС	0.400	0.018	1720	1596	1.494	0.044	0.365	0.435
Используют в настоящем презервативы	0.063	0.007	1720	1596	1.211	0.113	0.049	0.077
Используют в настоящем календарный метод	0.061	0.008	1720	1596	1.360	0.128	0.046	0.077
Используют в настоящем прерванный акт	0.017	0.004	1720	1596	1.248	0.229	0.009	0.025
Используют источник госсектора	0.863	0.011	1230	1058	1.096	0.012	0.842	0.885
Не хотят иметь более детей	0.559	0.016	1720	1596	1.316	0.028	0.527	0.590
Хотят иметь детей по меньшей мере через 2 года	0.124	0.009	1720	1596	1.147	0.074	0.106	0.142
Идеальное количество детей	2.549	0.043	2821	2554	1.976	0.017	2.463	2.636
ИМТ < 18.5	0.079	0.010	1331	1247	1.324	0.124	0.060	0.099
ИМТ между 18.5 и 30.0	0.799	0.015	1331	1247	1.360	0.019	0.769	0.829
ИМТ > 30.0	0.122	0.013	1331	1247	1.403	0.103	0.097	0.147
Вес/рост (< -2 СО)	0.032	0.004	1329	1244	0.926	0.140	0.023	0.041
Тяжелая анемия	0.009	0.003	1323	1256	0.985	0.282	0.004	0.014
Выраженная анемия	0.072	0.009	1323	1256	1.212	0.120	0.055	0.089
Умеренная анемия	0.259	0.016	1323	1256	1.351	0.063	0.227	0.292
Матерям оказана медицинская помощь в родах	0.984	0.006	620	612	1.293	0.006	0.972	0.997
Диарея в течение последних 2 недель	0.148	0.017	597	583	1.132	0.112	0.115	0.181
Использована ОРТ-терапия (регидрон)	0.422	0.070	83	86	1.276	0.165	0.283	0.562
Консультация врача	0.178	0.048	83	86	1.201	0.268	0.083	0.274
Получили БЦЖ-вакцину	0.986	0.010	107	106	0.923	0.010	0.966	1.000
Получили АКДС-вакцину (3 дозы)	0.961	0.022	107	106	1.209	0.022	0.918	1.000
Получили полио-вакцину (3 дозы)	0.932	0.029	107	106	1.223	0.031	0.875	0.989
Получили противокоревую вакцину	0.901	0.033	107	106	1.180	0.036	0.836	0.966
Полностью вакцинированы	0.829	0.038	107	106	1.086	0.046	0.753	0.904
Вес/рост (< -2 СО)	0.024	0.011	239	242	1.220	0.474	0.001	0.046
Рост/возраст (< -2 СО)	0.058	0.022	239	242	1.359	0.374	0.015	0.102
Вес/возраст (< -2 СО)	0.048	0.022	239	242	1.448	0.450	0.005	0.091
Дети с тяжелой анемией	0.009	0.005	241	245	0.919	0.600	0.000	0.019
Дети с выраженной анемией	0.114	0.024	241	245	1.262	0.215	0.065	0.163
Дети с умеренной анемией	0.178	0.029	241	245	1.231	0.162	0.120	0.236
Коэффициент общей рождаемости (3 года)	1.524	0.127	НП	7625	1.770	0.083	1.271	1.778
Показатель неонатальной смертности (10 лет) ¹	25.491	5.268	1600	1541	1.324	0.207	14.955	36.027
Показатель младенческой смертности (10 лет) ¹	43.718	8.211	1602	1542	1.512	0.188	27.296	60.140
Показатель детской смертности (10 лет) ¹	6.657	2.087	1601	1542	1.075	0.314	2.482	10.831
Показатель смертности до 5 лет (10 лет) ¹	50.084	8.212	1603	1543	1.404	0.164	33.659	66.508
Показатель постнеонатальной смертности (10 лет)	18.227	5.085	1602	1542	1.624	0.279	8.058	28.396

¹Пять лет для общего уровня
НП - данные не применимы

Таблица В.4 Ошибки выборки для женщин -Сельские районы: Казахстан 1999

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	0.000	0.000	1873	2132	НП	НП	0.000	0.000
Начальное/среднее образование	0.501	0.013	1873	2132	1.159	0.027	0.474	0.527
Средне-специальное образование	0.375	0.012	1873	2132	1.035	0.031	0.352	0.398
Высшее образование	0.124	0.009	1873	2132	1.241	0.076	0.105	0.143
Никогда не была замужем (в союзе)	0.244	0.011	1873	2132	1.120	0.046	0.222	0.266
Замужем в настоящее время (в союзе)	0.667	0.012	1873	2132	1.085	0.018	0.644	0.691
Возраст вступления в брак до 20 лет	0.361	0.013	1258	1441	0.977	0.037	0.335	0.387
Первый половой контакт до 18 лет	0.096	0.010	1258	1441	1.175	0.101	0.077	0.116
Родившиеся дети	2.085	0.051	1873	2132	1.154	0.024	1.983	2.187
Дети, родившиеся у женщин старше 40 лет	3.712	0.107	425	479	1.106	0.029	3.498	3.927
Выжившие дети	1.906	0.048	1873	2132	1.230	0.025	1.810	2.002
Знают любой метод контрацепции	0.995	0.002	1230	1422	1.109	0.002	0.990	0.999
Знают любой современный метод	0.993	0.003	1230	1422	1.167	0.003	0.987	0.999
Использовали любой метод контрацепции	0.864	0.012	1230	1422	1.266	0.014	0.839	0.889
Используют в настоящем любой метод	0.646	0.022	1230	1422	1.614	0.034	0.602	0.690
Используют в настоящем любой совр. метод	0.511	0.023	1230	1422	1.630	0.045	0.465	0.558
Используют в настоящем таблетки	0.010	0.003	1230	1422	0.992	0.284	0.004	0.015
Используют в настоящем ВМС	0.442	0.020	1230	1422	1.421	0.046	0.401	0.482
Используют в настоящем презервативы	0.024	0.005	1230	1422	1.155	0.208	0.014	0.035
Используют в настоящем календарный метод	0.029	0.006	1230	1422	1.158	0.192	0.018	0.040
Используют в настоящем прерванный акт	0.042	0.008	1230	1422	1.353	0.184	0.027	0.058
Используют источник госсектора	0.937	0.014	697	795	1.481	0.015	0.909	0.964
Не хотят иметь более детей	0.548	0.018	1230	1422	1.245	0.032	0.513	0.583
Хотят иметь детей по меньшей мере через 2 года	0.134	0.010	1230	1422	1.064	0.077	0.113	0.155
Идеальное количество детей	3.060	0.041	1701	1917	1.174	0.013	2.978	3.142
ИМТ < 18.5	0.067	0.011	878	991	1.292	0.163	0.045	0.089
ИМТ между 18.5 и 30.0	0.799	0.014	878	991	1.024	0.017	0.771	0.826
ИМТ > 30.0	0.134	0.014	878	991	1.214	0.104	0.106	0.162
Вес/рост (< -2 СО)	0.028	0.005	878	991	0.922	0.185	0.017	0.038
Тяжелая анемия	0.016	0.003	893	1012	0.720	0.191	0.010	0.022
Выраженная анемия	0.082	0.008	893	1012	0.833	0.093	0.067	0.098
Умеренная анемия	0.276	0.020	893	1012	1.340	0.073	0.235	0.316
Матерям оказана медицинская помощь в родах	0.995	0.003	725	837	0.905	0.003	0.990	1.000
Дняря в течение последних 2 недель	0.123	0.019	669	771	1.439	0.152	0.085	0.160
Использована ОРТ-терапия (рег идрон)	0.226	0.049	83	95	1.073	0.217	0.128	0.324
Консультация врача	0.346	0.071	83	95	1.310	0.204	0.205	0.487
Получили БЦЖ-вакцину	0.995	0.005	125	138	0.810	0.005	0.984	1.000
Получили АКДС-вакцину (3 дозы)	0.990	0.010	125	138	1.091	0.010	0.970	1.000
Получили полно-вакцину (3 дозы)	0.904	0.029	125	138	1.076	0.032	0.846	0.962
Получили противокоревую вакцину	0.837	0.030	125	138	0.901	0.036	0.776	0.897
Полностью вакцины рованы	0.788	0.032	125	138	0.851	0.040	0.724	0.851
Вес/рост (< -2 СО)	0.015	0.004	327	371	0.588	0.268	0.007	0.022
Рост/возраст (< -2 СО)	0.123	0.020	327	371	1.051	0.163	0.083	0.163
Вес/возраст (< -2 СО)	0.039	0.007	327	371	0.708	0.193	0.024	0.053
Дети с тяжелой анемией	0.017	0.006	333	376	0.901	0.374	0.004	0.030
Дети с выраженной анемией	0.206	0.021	333	376	0.914	0.101	0.165	0.248
Дети с умеренной анемией	0.180	0.021	333	376	0.996	0.117	0.137	0.222
Коэффициент общей рождаемости (3 года)	2.664	0.213	НП	6031	1.832	0.080	2.237	3.091
Показатель неонатальной смертности (10 лет) ¹	30.723	5.776	1732	1961	1.158	0.188	19.170	42.276
Показатель младенческой смертности(10 лет) ¹	63.763	7.319	1733	1962	1.087	0.115	49.125	78.401
Показатель детской смертности (10 лет) ¹	10.082	3.253	1737	1965	1.320	0.323	3.576	16.589
Показатель смертности до 5 лет (10 лет) ¹	73.203	9.044	1738	1967	1.295	0.124	55.115	91.290
Показатель постнеонатальной смертности (10 лет) ¹	33.040	4.582	1733	1962	0.951	0.139	23.877	42.203

¹Пять лет для общего уровня
НП - данные не применимы

Таблица В.5 Ошибки выборки для женщин - Выборка по городу Алматы, Казахстан, 1999.

Переменная	Значение (R)	Стандартная ошибка (SE)	Количество случаев			Относительная ошибка (SE/R)	Доверительный Интервал	
			Не-взвешенное (N)	Взвешенное (WN)	Дизайн эффект (DEFT)		R-2SE	R+2SE
Городское местожительство	1.000	0.000	636	291	НП	0.000	1.000	1.000
Начальное/среднее образование	0.255	0.024	636	291	1.383	0.094	0.207	0.303
Средне-специальное образование	0.307	0.018	636	291	0.979	0.058	0.271	0.342
Высшее образование	0.439	0.030	636	291	1.504	0.067	0.379	0.498
Никогда не была замужем (в союзе)	0.283	0.020	636	291	1.119	0.071	0.243	0.323
Замужем в настоящее время (в союзе)	0.547	0.024	636	291	1.197	0.043	0.500	0.594
Возраст вступления в брак до 20 лет	0.287	0.021	450	206	1.005	0.075	0.244	0.330
Первый половой контакт до 18 лет	0.109	0.014	450	206	0.941	0.127	0.081	0.137
Родившиеся дети	1.230	0.043	636	291	0.962	0.035	1.143	1.316
Дети, родившиеся у женщин старше 40 лет	1.942	0.095	173	79	1.111	0.049	1.753	2.131
Выжившие дети	1.173	0.043	636	291	0.994	0.036	1.088	1.258
Знают любой метод контрацепции	0.991	0.005	348	159	0.935	0.005	0.982	1.000
Знают любой современный метод	0.991	0.005	348	159	0.935	0.005	0.982	1.000
Использовали любой метод контрацепции	0.914	0.024	348	159	1.561	0.026	0.867	0.961
Используют в настоящее время любой метод	0.701	0.030	348	159	1.240	0.043	0.640	0.762
Используют в настоящее время любой совр. метод	0.583	0.029	348	159	1.110	0.050	0.525	0.642
Используют в настоящее время таблетки	0.057	0.008	348	159	0.632	0.137	0.042	0.073
Используют в настоящее время ВМС	0.351	0.032	348	159	1.255	0.092	0.286	0.415
Используют в настоящее время презервативы	0.106	0.021	348	159	1.267	0.197	0.064	0.148
Используют в настоящее время календарный метод	0.043	0.008	348	159	0.690	0.174	0.028	0.058
Используют в настоящее время прерванный акт	0.014	0.005	348	159	0.774	0.344	0.004	0.024
Используют источник госсектора	0.857	0.026	286	131	1.262	0.031	0.804	0.909
Не хотят иметь более детей	0.534	0.023	348	159	0.852	0.043	0.489	0.580
Хотят иметь детей по меньшей мере через 2 года	0.175	0.015	348	159	0.745	0.087	0.145	0.206
Идеальное количество детей	2.443	0.047	621	284	1.002	0.019	2.349	2.537
ИМТ < 18.5	0.087	0.019	298	136	1.140	0.214	0.050	0.125
ИМТ между 18.5 и 30.0	0.789	0.029	298	136	1.220	0.037	0.731	0.846
ИМТ > 30.0	0.124	0.019	298	136	1.011	0.156	0.085	0.163
Вес/рост (< -2 СО)	0.030	0.011	297	136	1.113	0.366	0.008	0.052
Тяжелая анемия	0.007	0.005	277	127	0.992	0.700	0.000	0.017
Выраженная анемия	0.061	0.016	277	127	1.110	0.261	0.029	0.093
Умеренная анемия	0.170	0.016	277	127	0.712	0.095	0.138	0.202
Матерям оказана медицинская помощь в родах	1.000	0.000	98	45	НП	0.000	1.000	1.000
Дизария в течение последних 2 недель	0.156	0.033	96	44	0.919	0.211	0.090	0.222
Использована ОРТ-терапия (регидрон)	0.200	0.100	15	7	0.965	0.499	0.000	0.400
Консультация врача	0.067	0.056	15	7	0.861	0.835	0.000	0.178
Получили БЦЖ-вакцину	1.000	0.000	17	8	НП	0.000	1.000	1.000
Получили АКДС-вакцину (3 дозы)	1.000	0.000	17	8	НП	0.000	1.000	1.000
Получили полио-вакцину (3 дозы)	1.000	0.000	17	8	НП	0.000	1.000	1.000
Получили противокоревую вакцину	0.882	0.069	17	8	0.883	0.078	0.744	1.000
Полностью вакцинированы	0.882	0.069	17	8	0.883	0.078	0.744	1.000
Вес/рост (< -2 СО)	0.023	0.022	44	20	0.978	0.970	0.000	0.067
Рост/возраст (< -2 СО)	0.068	0.052	44	20	1.349	0.756	0.000	0.171
Вес/возраст (< -2 СО)	0.045	0.027	44	20	0.852	0.591	0.000	0.099
Дети с тяжелой анемией	0.000	0.000	44	20	НП	НП	0.000	0.000
Дети с выраженной анемией	0.136	0.059	44	20	1.000	0.436	0.018	0.255
Дети с умеренной анемией	0.273	0.076	44	20	1.161	0.280	0.120	0.426
Коэффициент общей рождаемости (3 года)	1.001	0.164	НП	832	1.200	0.163	0.674	1.328
Показатель неонатальной смертности (10 лет) ¹	24.518	7.963	289	132	0.883	0.325	8.592	40.444
Показатель младенческой смертности (10 лет) ¹	27.848	8.454	289	132	0.886	0.304	10.940	44.755
Показатель детской смертности (10 лет) ¹	5.682	4.020	289	132	1.002	0.707	0.000	13.721
Показатель смертности до 5 лет (10 лет) ¹	33.371	9.868	289	132	0.977	0.296	13.634	53.108
Показатель постнеонатальной смертности (10 лет) ¹	3.329	3.379	289	132	1.019	1.015	0.000	10.088

¹Пять лет для общего уровня
НП - данные не применимы

Таблица В.6 Ошибки выборки для женщин - Выборка по Южному региону: Казахстан, 1999.

Переменная	Значение (R)	Стандартная ошибка (SE)	Количество случаев			Относительная ошибка (SE/R)	Доверительный Интервал	
			Не-взвешенное (N)	Взвешенное (WN)	Дизайн эффект (DEFT)		R-2SE	R+2SE
Городское местожительство	0.374	0.033	922	1455	2.101	0.090	0.307	0.441
Начальное/среднее образование	0.489	0.021	922	1455	1.245	0.042	0.448	0.530
Средне-специальное образование	0.327	0.018	922	1455	1.174	0.055	0.291	0.363
Высшее образование	0.184	0.017	922	1455	1.331	0.092	0.150	0.218
Никогда не была замужем (в союзе)	0.260	0.017	922	1455	1.152	0.064	0.226	0.293
Замужем в настоящее время (в союзе)	0.636	0.017	922	1455	1.082	0.027	0.602	0.671
Возраст вступления в брак до 20 лет	0.344	0.017	603	957	0.892	0.050	0.310	0.379
Первый половой контакт до 18 лет	0.088	0.013	603	957	1.130	0.148	0.062	0.114
Родившиеся дети	2.121	0.057	922	1455	0.844	0.027	2.008	2.234
Дети, родившиеся у женщин старше 40 лет	3.812	0.223	197	316	1.381	0.059	3.366	4.258
Выжившие дети	1.895	0.044	922	1455	0.751	0.023	1.808	1.983
Знают любой метод контрацепции	1.000	0.000	590	926	НП	0.000	1.000	1.000
Знают любой современный метод	1.000	0.000	590	926	НП	0.000	1.000	1.000
Использовали любой метод контрацепции	0.836	0.019	590	926	1.260	0.023	0.797	0.874
Используют в настоящем любой метод	0.596	0.032	590	926	1.587	0.054	0.531	0.660
Используют в настоящем любой совр. метод	0.498	0.035	590	926	1.721	0.071	0.427	0.569
Используют в настоящем таблетки	0.023	0.007	590	926	1.143	0.306	0.009	0.037
Используют в настоящем ВМС	0.418	0.031	590	926	1.550	0.075	0.355	0.481
Используют в настоящем презервативы	0.022	0.007	590	926	1.200	0.332	0.007	0.036
Используют в настоящем календарный метод	0.029	0.009	590	926	1.276	0.304	0.011	0.047
Используют в настоящем прерванный акт	0.023	0.007	590	926	1.178	0.315	0.009	0.038
Используют источник госсектора	0.949	0.014	325	515	1.110	0.014	0.922	0.976
Не хотят иметь более детей	0.520	0.022	590	926	1.067	0.042	0.476	0.564
Хотят иметь детей по меньшей мере через 2 года	0.135	0.013	590	926	0.906	0.094	0.110	0.161
Идеальное количество детей	3.242	0.062	817	1294	1.294	0.019	3.119	3.366
ИМТ < 18.5	0.076	0.015	452	716	1.163	0.191	0.047	0.105
ИМТ между 18.5 и 30.0	0.826	0.023	452	716	1.296	0.028	0.780	0.872
ИМТ > 30.0	0.097	0.016	452	716	1.140	0.163	0.066	0.129
Вес/рост (< -2 СО)	0.042	0.007	452	716	0.720	0.163	0.028	0.055
Тяжелая анемия	0.002	0.002	461	731	0.936	1.003	0.000	0.006
Выраженная анемия	0.066	0.008	461	731	0.732	0.128	0.049	0.083
Умеренная анемия	0.185	0.022	461	731	1.230	0.120	0.141	0.230
Матерям оказана медицинская помощь в родах	0.986	0.006	432	660	0.977	0.006	0.975	0.997
Диарея в течение последних 2 недель	0.139	0.021	393	602	1.113	0.153	0.096	0.181
Использована ОРТ-терапия (регидрон)	0.389	0.071	53	84	0.984	0.183	0.246	0.531
Консультация врача	0.306	0.076	53	84	1.141	0.248	0.154	0.457
Получили БЦЖ-вакцину	1.000	0.000	59	92	НП	0.000	1.000	1.000
Получили АКДС-вакцину (3 дозы)	0.985	0.015	59	92	0.925	0.015	0.955	1.000
Получили полио-вакцину (3 дозы)	0.932	0.030	59	92	0.902	0.032	0.873	0.992
Получили противокоревую вакцину	0.880	0.025	59	92	0.595	0.029	0.829	0.931
Полностью вакцинированы	0.842	0.030	59	92	0.628	0.036	0.782	0.902
Вес/рост (< -2 СО)	0.023	0.009	196	300	0.809	0.378	0.006	0.040
Рост/возраст (< -2 СО)	0.078	0.020	196	300	0.994	0.260	0.037	0.119
Вес/возраст (< -2 СО)	0.039	0.011	196	300	0.793	0.279	0.017	0.061
Дети с тяжелой анемией	0.014	0.007	198	303	0.886	0.538	0.000	0.028
Дети с выраженной анемией	0.121	0.022	198	303	0.949	0.186	0.076	0.166
Дети с умеренной анемией	0.143	0.022	198	303	0.897	0.155	0.099	0.188
Коэффициент общей рождаемости (3 года)	2.858	0.307	1111	4108	1.821	0.107	2.244	3.472
Показатель неонатальной смертности (10 лет) ¹	35.747	8.056	947	1457	1.092	0.225	19.634	51.860
Показатель младенческой смертности (10 лет) ¹	77.229	10.384	948	1458	1.005	0.134	56.461	97.998
Показатель детской смертности (10 лет) ¹	12.336	4.587	947	1457	1.209	0.372	3.162	21.510
Показатель смертности до 5 лет (10 лет) ¹	88.613	11.687	948	1458	1.100	0.132	65.238	111.987
Показатель постнеонатальной смертности (10 лет)	41.483	5.977	948	1458	0.829	0.144	29.528	53.438

¹Пять лет для общего уровня
НП - данные не применимы

Таблица В.7 Ошибки выборки для женщин - Выборка по Западному региону, Казахстан, 1999.

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	0.568	0.022	753	628	1.211	0.038	0.525	0.612
Начальное/среднее образование	0.494	0.023	753	628	1.235	0.046	0.449	0.539
Средне-специальное образование	0.346	0.019	753	628	1.074	0.054	0.309	0.383
Высшее образование	0.160	0.018	753	628	1.319	0.110	0.124	0.195
Никогда не была замужем (в союзе)	0.268	0.012	753	628	0.716	0.043	0.245	0.291
Замужем в настоящее время (в союзе)	0.627	0.016	753	628	0.919	0.026	0.595	0.660
Возраст вступления в брак до 20 лет	0.284	0.027	516	435	1.343	0.094	0.230	0.337
Первый половой контакт до 18 лет	0.066	0.009	516	435	0.838	0.138	0.048	0.085
Родившиеся дети	1.894	0.078	753	628	1.182	0.041	1.738	2.050
Дети, родившиеся у женщин старше 40 лет	3.216	0.173	193	163	1.235	0.054	2.870	3.562
Выжившие дети	1.743	0.068	753	628	1.129	0.039	1.608	1.878
Знают любой метод контрацепции	0.981	0.009	472	394	1.399	0.009	0.964	0.999
Знают любой современный метод	0.977	0.010	472	394	1.495	0.011	0.957	0.998
Используют любой метод контрацепции	0.817	0.026	472	394	1.476	0.032	0.765	0.870
Используют в настоящем любой метод	0.602	0.028	472	394	1.251	0.047	0.546	0.659
Используют в настоящем любой совр. метод	0.480	0.020	472	394	0.874	0.042	0.440	0.521
Используют в настоящем таблетки	0.012	0.004	472	394	0.862	0.356	0.004	0.021
Используют в настоящем ВМС	0.419	0.019	472	394	0.848	0.046	0.380	0.458
Используют в настоящем презервативы	0.040	0.008	472	394	0.915	0.207	0.023	0.056
Используют в настоящем календарный метод	0.044	0.009	472	394	0.919	0.197	0.027	0.062
Используют в настоящем прерванный акт	0.013	0.002	472	394	0.466	0.184	0.008	0.018
Используют источник госсектора	0.916	0.022	253	215	1.248	0.024	0.872	0.959
Не хотят иметь более детей	0.574	0.027	472	394	1.187	0.047	0.520	0.628
Хотят иметь детей по меньшей мере через 2 года	0.118	0.018	472	394	1.191	0.150	0.082	0.153
Идеальное количество детей	2.932	0.052	692	581	0.944	0.018	2.829	3.036
ИМТ < 18.5	0.088	0.014	336	279	0.873	0.153	0.061	0.115
ИМТ между 18.5 и 30.0	0.795	0.020	336	279	0.902	0.025	0.755	0.835
ИМТ > 30.0	0.117	0.018	336	279	1.041	0.156	0.080	0.153
Вес/рост (< -2 СО)	0.040	0.010	336	279	0.956	0.254	0.020	0.061
Тяжелая анемия	0.031	0.009	343	285	0.973	0.295	0.013	0.049
Выраженная анемия	0.111	0.017	343	285	1.029	0.158	0.076	0.146
Умеренная анемия	0.315	0.024	343	285	0.955	0.076	0.267	0.363
Матерям оказана медицинская помощь в родах	0.991	0.006	239	193	0.983	0.006	0.979	1.000
Диария в течение последних 2 недель	0.159	0.026	226	183	1.029	0.165	0.107	0.211
Использована ОРТ-терапия (регидрон)	0.329	0.111	35	29	1.356	0.337	0.108	0.551
Консультация врача	0.230	0.069	35	29	0.903	0.313	0.082	0.359
Получили БЦЖ-вакцину	1.000	0.000	50	40	НП	0.000	1.000	1.000
Получили АКДС-вакцину (3 дозы)	0.976	0.023	50	40	1.049	0.024	0.929	1.000
Получили полио-вакцину (3 дозы)	0.856	0.059	50	40	1.156	0.069	0.738	0.974
Получили противокоревую вакцину	0.891	0.051	50	40	1.121	0.057	0.790	0.993
Полностью вакцинированы	0.772	0.070	50	40	1.154	0.091	0.631	0.912
Вес/рост (< -2 СО)	0.018	0.017	100	78	1.249	0.956	0.000	0.053
Рост/возраст (< -2 СО)	0.179	0.050	100	78	1.184	0.278	0.079	0.278
Вес/возраст (< -2 СО)	0.067	0.022	100	78	0.874	0.336	0.022	0.112
Дети с тяжелой анемией	0.028	0.016	107	84	0.982	0.576	0.000	0.061
Дети с выраженной анемией	0.299	0.044	107	84	0.943	0.147	0.211	0.388
Дети с умеренной анемией	0.267	0.053	107	84	1.212	0.199	0.161	0.373
Коэффициент общей рождаемости (3 года)	2.261	0.189	НП	1776	1.163	0.083	1.884	2.638
Показатель неонатальной смертности (10 лет) ¹	17.930	6.589	574	466	1.189	0.367	4.752	31.109
Показатель младенческой смертности (10 лет) ¹	45.659	9.989	575	467	1.123	0.219	25.681	65.637
Показатель детской смертности (10 лет) ¹	8.162	3.236	576	468	0.874	0.397	1.689	14.635
Показатель смертности до 5 лет (10 лет) ¹	53.448	11.603	577	469	1.203	0.217	30.242	76.655
Показатель постнеонатальной смертности (10 лет)	27.729	7.482	575	467	1.101	0.270	12.765	42.692

¹Пять лет для общего уровня
НП - данные не применимы

Таблица В.8 Ошибки выборки для женщин - Выборка по Центральному региону, Казахстан, 1999.

Переменная	Значение (R)	Стандартная ошибка (SE)	Количество случаев			Относительная ошибка (SE/R)	Доверительный Интервал	
			Не-взвешенное (N)	Взвешенное (WN)	Дизайн эффект (DEFT)		R-2SE	R+2SE
Городское местожительство	0.864	0.021	875	475	1.796	0.024	0.822	0.905
Начальное/среднее образование	0.293	0.013	875	475	0.853	0.045	0.266	0.319
Средне-специальное образование	0.471	0.015	875	475	0.871	0.031	0.442	0.501
Высшее образование	0.236	0.015	875	475	1.069	0.065	0.205	0.267
Никогда не была замужем (в союзе)	0.257	0.019	875	475	1.318	0.076	0.218	0.296
Замужем в настоящее время (в союзе)	0.590	0.019	875	475	1.164	0.033	0.552	0.629
Возраст вступления в брак до 20 лет	0.345	0.026	632	343	1.396	0.077	0.292	0.398
Первый половой контакт до 18 лет	0.131	0.016	632	343	1.216	0.125	0.098	0.163
Родившиеся дети	1.487	0.044	875	475	0.977	0.030	1.398	1.576
Дети, родившиеся у женщин старше 40 лет	2.254	0.087	230	125	0.956	0.039	2.079	2.428
Выжившие дети	1.399	0.041	875	475	0.978	0.029	1.317	1.480
Знают любой метод контрацепции	1.000	0.000	523	281	НП	0.000	1.000	1.000
Знают любой современный метод	1.000	0.000	523	281	НП	0.000	1.000	1.000
Использовали любой метод контрацепции	0.911	0.009	523	281	0.747	0.010	0.892	0.930
Не используют в настоящем любой метод	0.715	0.017	523	281	0.873	0.024	0.680	0.750
Используют в настоящем любой совр. метод	0.588	0.020	523	281	0.947	0.035	0.547	0.629
Используют в настоящем таблетки	0.037	0.009	523	281	1.106	0.248	0.019	0.055
Используют в настоящем ВМС	0.471	0.023	523	281	1.035	0.048	0.426	0.516
Используют в настоящем презервативы	0.039	0.010	523	281	1.146	0.249	0.020	0.058
Используют в настоящем календарный метод	0.077	0.013	523	281	1.089	0.165	0.051	0.102
Используют в настоящем прерванный акт	0.011	0.005	523	281	1.039	0.424	0.002	0.021
Используют источник гомосектора	0.941	0.013	383	208	1.042	0.013	0.916	0.966
Не хотят иметь более детей	0.601	0.020	523	281	0.914	0.033	0.562	0.640
Хотят иметь детей по меньшей мере через 2 года	0.152	0.015	523	281	0.941	0.097	0.122	0.181
Идеальное количество детей	2.394	0.034	846	459	1.049	0.014	2.326	2.463
ИМТ < 18.5	0.082	0.015	383	206	1.106	0.190	0.051	0.113
ИМТ между 18.5 и 30.0	0.840	0.022	383	206	1.165	0.026	0.797	0.884
ИМТ > 30.0	0.081	0.019	383	206	1.356	0.233	0.043	0.119
Вес/рост (< -2 СО)	0.031	0.007	383	206	0.826	0.236	0.016	0.046
Тяжелая анемия	0.011	0.006	386	207	1.062	0.515	0.000	0.022
Выраженная анемия	0.063	0.011	386	207	0.905	0.178	0.041	0.086
Умеренная анемия	0.300	0.033	386	207	1.431	0.111	0.233	0.366
Матерям оказана медицинская помощь в родах	0.993	0.007	224	118	0.876	0.007	0.979	1.000
Дняря в течение последних 2 недель	0.101	0.023	215	114	1.038	0.224	0.056	0.146
Использована ОРТ-терапия (регидрон)	0.433	0.077	22	11	0.673	0.177	0.280	0.587
Консультация врача	0.099	0.075	22	11	1.150	0.759	0.000	0.250
Получили БЦЖ-вакцину	0.967	0.033	35	18	1.066	0.034	0.901	1.000
Получили АКДС-вакцину (3 дозы)	0.938	0.043	35	18	1.044	0.046	0.852	1.000
Получили полио-вакцину (3 дозы)	0.877	0.056	35	18	0.989	0.064	0.765	0.988
Получили противокоревую вакцину	0.889	0.047	35	18	0.873	0.053	0.795	0.983
Полностью вакцинированы	0.799	0.056	35	18	0.819	0.070	0.687	0.912
Вес/рост (< -2 СО)	0.055	0.019	82	43	0.728	0.340	0.018	0.093
Рост/возраст (< -2 СО)	0.125	0.039	82	43	0.984	0.308	0.048	0.202
Вес/возраст (< -2 СО)	0.034	0.018	82	43	0.887	0.527	0.000	0.070
Дети с тяжелой анемией	0.033	0.015	83	43	0.765	0.453	0.003	0.063
Дети с выраженной анемией	0.211	0.050	83	43	1.063	0.236	0.112	0.311
Дети с умеренной анемией	0.341	0.048	83	43	0.955	0.141	0.245	0.436
Коэффициент общей рождаемости (3 года)	1.593	0.173	НП	1372	1.268	0.109	1.247	1.940
Показатель неонатальной смертности (10 лет) ¹	15.863	5.233	548	287	0.901	0.330	5.398	26.328
Показатель младенческой смертности (10 лет) ¹	39.734	8.939	549	287	1.065	0.225	21.855	57.612
Показатель детской смертности (10 лет) ¹	10.589	5.002	549	287	1.183	0.472	0.586	20.592
Показатель смертности до 5 лет (10 лет) ¹	49.902	9.846	550	288	1.041	0.197	30.209	69.595
Показатель постнеонатальной смертности (10 лет) ¹	23.871	6.604	549	287	1.024	0.277	10.662	37.080

¹Пять лет для общего уровня
НП - данные не применимы

Таблица В.9 Ошибки выборки для женщин - Выборка по Северному региону, Казахстан, 1999.

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	0.480	0.022	655	1259	1.109	0.045	0.437	0.523
Начальное/среднее образование	0.360	0.017	655	1259	0.912	0.048	0.326	0.394
Средне-специальное образование	0.470	0.016	655	1259	0.825	0.034	0.438	0.502
Высшее образование	0.170	0.011	655	1259	0.734	0.063	0.148	0.191
Никогда не была замужем (в союзе)	0.232	0.017	655	1259	1.058	0.075	0.197	0.267
Замужем в настоящее время (в союзе)	0.665	0.018	655	1259	0.982	0.027	0.628	0.701
Возраст вступления в брак до 20 лет	0.373	0.015	471	905	0.653	0.039	0.344	0.403
Первый половой контакт до 18 лет	0.132	0.010	471	905	0.618	0.073	0.113	0.152
Родившиеся дети	1.642	0.064	655	1259	1.148	0.039	1.513	1.770
Дети, родившиеся у женщин старше 40 лет	2.618	0.094	178	344	0.885	0.036	2.430	2.807
Выжившие дети	1.554	0.065	655	1259	1.260	0.042	1.424	1.683
Знают любой метод контрацепции	1.000	0.000	437	837	НП	0.000	1.000	1.000
Знают любой современный метод	1.000	0.000	437	837	НП	0.000	1.000	1.000
Использовали любой метод контрацепции	0.927	0.011	437	837	0.844	0.011	0.906	0.948
Используют в настоящем любой метод	0.697	0.023	437	837	1.067	0.034	0.650	0.744
Используют в настоящем любой совр. метод	0.505	0.031	437	837	1.300	0.062	0.443	0.567
Используют в настоящем таблетки	0.009	0.005	437	837	0.998	0.495	0.000	0.018
Используют в настоящем ВМС	0.401	0.027	437	837	1.141	0.067	0.347	0.455
Используют в настоящем презервативы	0.047	0.010	437	837	0.952	0.206	0.028	0.066
Используют в настоящем календарный метод	0.060	0.012	437	837	1.058	0.200	0.036	0.084
Используют в настоящем прерванный акт	0.060	0.012	437	837	1.068	0.202	0.036	0.085
Используют источник госсектора	0.792	0.024	247	473	0.918	0.030	0.744	0.839
Не хотят иметь более детей	0.543	0.029	437	837	1.204	0.053	0.485	0.600
Хотят иметь детей по меньшей мере через 2 года	0.122	0.016	437	837	0.998	0.129	0.090	0.153
Идеальное количество детей	2.541	0.055	613	1180	1.110	0.022	2.431	2.651
ИМТ < 18.5	0.069	0.019	305	588	1.282	0.271	0.032	0.106
ИМТ между 18.5 и 30.0	0.749	0.021	305	588	0.840	0.028	0.707	0.791
ИМТ > 30.0	0.183	0.026	305	588	1.186	0.144	0.130	0.235
Вес/рост (< -2 СО)	0.013	0.007	304	586	1.018	0.506	0.000	0.027
Тяжелая анемия	0.019	0.005	314	605	0.603	0.248	0.009	0.028
Выраженная анемия	0.083	0.016	314	605	1.027	0.193	0.051	0.115
Умеренная анемия	0.392	0.030	314	605	1.086	0.076	0.332	0.452
Матерям оказана медицинская помощь в родах	0.993	0.007	149	284	1.014	0.007	0.979	1.000
Диарея в течение последних 2 недель	0.114	0.037	141	268	1.389	0.321	0.041	0.187
Использована ОРТ-терапия (регидрон)	0.126	0.069	16	31	0.825	0.544	0.000	0.264
Консультация врача	0.247	0.083	16	31	0.768	0.337	0.081	0.413
Получили БЦЖ-вакцину	1.000	0.000	29	55	НП	0.000	1.000	1.000
Получили АКДС-вакцину (3 дозы)	0.963	0.035	29	55	1.006	0.037	0.893	1.000
Получили полио-вакцину (3 дозы)	0.900	0.060	29	55	1.072	0.067	0.780	1.000
Получили противокоревую вакцину	0.827	0.071	29	55	1.008	0.086	0.684	0.969
Полностью вакцины ровны	0.757	0.072	29	55	0.902	0.096	0.612	0.901
Вес/рост (< -2 СО)	0.000	0.000	56	106	НП	НП	0.000	0.000
Рост/возраст (< -2 СО)	0.092	0.049	56	106	1.110	0.532	0.000	0.189
Вес/возраст (< -2 СО)	0.057	0.042	56	106	1.085	0.743	0.000	0.142
Дети с тяжелой анемией	0.000	0.000	56	106	НП	НП	0.000	0.000
Дети с выраженной анемией	0.244	0.053	56	106	0.909	0.215	0.139	0.349
Дети с умеренной анемией	0.144	0.053	56	106	0.966	0.367	0.038	0.249
Коэффициент общей рождаемости (3 года)	1.719	0.178	НП	3590	1.116	0.103	1.363	2.074
Показатель неонатальной смертности (10 лет) ¹	26.401	8.194	387	737	0.933	0.310	10.012	42.790
Показатель младенческой смертности (10 лет) ¹	39.017	8.211	387	737	0.811	0.210	22.595	55.438
Показатель детской смертности (10 лет) ¹	2.231	2.270	388	739	0.996	1.018	0.000	6.771
Показатель смертности до 5 лет (10 лет) ¹	41.160	9.188	388	739	0.896	0.223	22.784	59.536
Показатель постнеонатальной смертности (10 лет)	12.615	4.811	387	737	0.861	0.381	2.993	22.238

¹Пять лет для общего уровня
НП - данные не применимы

Таблица В.10 Ошибки выборки для женщин - Выборка по Восточному региону. Казахстан, 1999.

Переменная	Значение (R)	Стандартная ошибка (SE)	Количество случаев			Средняя ошибка (SE/R)	Интервалы Уверенности	
			Не-взвешенное (N)	Взвешенное (WN)	Эффект дизайна (DEFT)		R-2SE	R+2SE
Городское местожительство	0.668	0.018	959	692	1.210	0.028	0.631	0.705
Начальное/среднее образование	0.345	0.020	959	692	1.293	0.058	0.305	0.384
Средне-спциальное образование	0.447	0.019	959	692	1.176	0.042	0.410	0.483
Высшее образование	0.208	0.017	959	692	1.314	0.083	0.174	0.243
Никогда не была замужем (в союзе)	0.249	0.012	959	692	0.861	0.048	0.225	0.273
Замужем в настоящее время (в союзе)	0.610	0.016	959	692	1.004	0.026	0.578	0.641
Возраст вступления в брак до 20 лет	0.298	0.024	688	497	1.379	0.081	0.249	0.346
Первый половой контакт до 18 лет	0.120	0.015	688	497	1.194	0.123	0.090	0.149
Родившиеся дети	1.533	0.046	959	692	0.976	0.030	1.441	1.624
Дети, родившиеся у женщин старше 40 лет	2.569	0.121	242	175	1.162	0.047	2.328	2.810
Выжили дети	1.453	0.040	959	692	0.931	0.028	1.372	1.534
Знают любой метод контрацепции	0.995	0.002	580	422	0.729	0.002	0.991	0.999
Знают любой современный метод	0.992	0.002	580	422	0.544	0.002	0.988	0.996
Использовали любой метод контрацепции	0.921	0.013	580	422	1.145	0.014	0.895	0.946
Используют в настоящем любой метод	0.738	0.022	580	422	1.197	0.030	0.694	0.781
Используют в настоящем любой совр. метод	0.618	0.026	580	422	1.284	0.042	0.566	0.670
Используют в настоящем таблетки	0.048	0.011	580	422	1.250	0.232	0.026	0.070
Используют в настоящем ВМС	0.453	0.024	580	422	1.177	0.054	0.404	0.502
Используют в настоящем презервативы	0.076	0.011	580	422	1.033	0.149	0.054	0.099
Используют в настоящем календарный метод	0.037	0.008	580	422	0.990	0.210	0.021	0.052
Используют в настоящем прерванный акт	0.011	0.004	580	422	0.869	0.347	0.003	0.018
Используют источник госсектора	0.932	0.011	433	312	0.940	0.012	0.909	0.955
Не хотят иметь более детей	0.607	0.021	580	422	1.024	0.034	0.565	0.648
Хотят иметь детей по меньшей мере через 2 года	0.105	0.016	580	422	1.245	0.151	0.073	0.137
Идеальное количество детей	2.507	0.055	933	674	1.340	0.022	2.396	2.617
ИМТ < 18,5	0.054	0.008	435	313	0.752	0.151	0.037	0.070
ИМТ между 18,5 и 30,0	0.813	0.013	435	313	0.721	0.017	0.786	0.840
ИМТ > 30,0	0.133	0.011	435	313	0.660	0.081	0.112	0.155
Вес/рост (< -2 СО)	0.025	0.007	435	313	0.867	0.257	0.012	0.039
Тяжелая анемия	0.009	0.004	435	313	0.951	0.476	0.000	0.018
Выраженная анемия	0.073	0.011	435	313	0.874	0.149	0.052	0.095
Умеренная анемия	0.186	0.022	435	313	1.186	0.119	0.142	0.230
Матерям оказана медицинская помощь в родах	0.996	0.004	203	149	0.864	0.004	0.989	1.000
Дняря в течение последних 2 недель	0.136	0.028	195	143	1.176	0.205	0.081	0.192
Использована ОРТ-терапия (регидрон)	0.287	0.097	25	20	1.118	0.339	0.093	0.482
Консультация врача	0.362	0.129	25	20	1.390	0.355	0.105	0.620
Получили БЦЖ-вакцину	0.947	0.036	42	31	1.060	0.038	0.875	1.000
Получили АКДС-вакцину (3 дозы)	1.000	0.000	42	31	НП	0.000	1.000	1.000
Получили полио-вакцину (3 дозы)	0.976	0.021	42	31	0.923	0.022	0.933	1.000
Получили противокоревую вакцину	0.835	0.061	42	31	1.077	0.073	0.713	0.957
Полностью вакцинированы	0.811	0.054	42	31	0.909	0.067	0.703	0.920
Вес/рост (< -2 СО)	0.000	0.000	88	65	НП	НП	0.000	0.000
Рост/возраст (< -2 СО)	0.090	0.026	88	65	0.883	0.292	0.037	0.142
Вес/возраст (< -2 СО)	0.008	0.008	88	65	0.842	0.974	0.000	0.024
Дети с тяжелой анемией	0.008	0.008	86	64	0.849	0.982	0.000	0.025
Дети с выраженной анемией	0.092	0.021	86	64	0.703	0.231	0.050	0.135
Дети с умеренной анемией	0.153	0.036	86	64	0.988	0.237	0.080	0.226
Коэффициент обшей рождаемости (3 года)	1.417	0.161	НП	1977	1.293	0.114	1.094	1.740
Показатель неонатальной смертности (10 лет) ¹	27.979	7.011	587	423	0.949	0.251	13.957	42.002
Показатель младенческой смертности (10 лет) ¹	36.333	9.430	587	423	1.075	0.260	17.474	55.192
Показатель детской смертности (10 лет) ¹	8.087	3.490	589	424	0.958	0.432	1.108	15.067
Показатель смертности до 5 лет (10 лет) ¹	44.126	11.456	589	424	1.153	0.260	21.215	67.038
Показатель постнеонатальной смертности (10 лет) ¹	8.354	4.750	587	423	1.287	0.569	0.000	17.854

¹Пять лет для общего уровня

НП - данные не применимы

Таблица В.11 Ошибки выборки для женщин - Выборка по этническим казахам. Казахстан, 1999

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	0.452	0.023	2545	2587	2.339	0.051	0.406	0.498
Начальное/среднее образование	0.437	0.014	2545	2587	1.441	0.032	0.409	0.465
Средне-специальное образование	0.354	0.014	2545	2587	1.456	0.039	0.326	0.382
Высшее образование	0.209	0.012	2545	2587	1.464	0.056	0.185	0.232
Никогда не была замужем (в союзе)	0.295	0.011	2545	2587	1.194	0.037	0.273	0.316
Замужем в настоящее время (в союзе)	0.621	0.011	2545	2587	1.102	0.017	0.600	0.643
Возраст вступления в брак до 20 лет	0.270	0.012	1722	1732	1.141	0.045	0.246	0.295
Первый половой контакт до 18 лет	0.059	0.008	1722	1732	1.351	0.130	0.044	0.075
Родившиеся дети	1.950	0.044	2545	2587	1.154	0.023	1.862	2.038
Дети, родившиеся у женщин старше 40 лет	3.715	0.126	532	539	1.363	0.034	3.463	3.966
Выжившие дети	1.774	0.038	2545	2587	1.123	0.021	1.698	1.850
Знают любой метод контрацепции	0.995	0.002	1553	1607	0.872	0.002	0.992	0.998
Знают любой современный метод	0.994	0.002	1553	1607	0.826	0.002	0.991	0.997
Использовали любой метод контрацепции	0.847	0.013	1553	1607	1.379	0.015	0.822	0.872
Используют в настоящем любой метод	0.640	0.020	1553	1607	1.682	0.032	0.599	0.681
Используют в настоящем любой совр. метод	0.537	0.021	1553	1607	1.621	0.038	0.496	0.578
Используют в настоящем таблетки	0.013	0.003	1553	1607	1.176	0.262	0.006	0.019
Используют в настоящем ВМС	0.465	0.018	1553	1607	1.408	0.038	0.430	0.501
Используют в настоящем презервативы	0.031	0.005	1553	1607	1.182	0.168	0.021	0.041
Используют в настоящем календарный метод	0.030	0.005	1553	1607	1.113	0.160	0.020	0.040
Используют в настоящем прерванный акт	0.017	0.004	1553	1607	1.263	0.241	0.009	0.026
Используют источник госсектора	0.932	0.012	997	962	1.525	0.013	0.907	0.956
Не хотят иметь более детей	0.528	0.017	1553	1607	1.379	0.033	0.493	0.563
Хотят иметь детей по меньшей мере через 2 года	0.149	0.010	1553	1607	1.073	0.065	0.129	0.168
Идеальное количество детей	3.094	0.037	2336	2340	1.316	0.012	3.020	3.169
ИМТ < 18.5	0.085	0.010	1176	1223	1.285	0.123	0.064	0.106
ИМТ между 18.5 и 30.0	0.828	0.015	1176	1223	1.339	0.018	0.798	0.857
ИМТ > 30.0	0.088	0.010	1176	1223	1.243	0.117	0.068	0.109
Вес/рост (< -2 CO)	0.040	0.005	1175	1223	0.890	0.128	0.029	0.050
Тяжелая анемия	0.014	0.003	1192	1250	0.870	0.208	0.008	0.021
Выраженная анемия	0.097	0.008	1192	1250	0.879	0.078	0.082	0.112
Умеренная анемия	0.286	0.018	1192	1250	1.350	0.062	0.250	0.321
Матерям оказана медицинская помощь в родах	0.988	0.004	916	1002	1.100	0.004	0.980	0.996
Диарея в течение последних 2 недель	0.137	0.015	858	933	1.251	0.109	0.107	0.167
Использована ОРТ-терапия (регидрон)	0.352	0.050	110	128	1.101	0.143	0.252	0.453
Консультация врача	0.283	0.052	110	128	1.220	0.182	0.180	0.386
Получили БЦЖ-вакцину	1.000	0.000	158	170	НП	0.000	1.000	1.000
Получили АКДС-вакцину (3 дозы)	0.986	0.010	158	170	1.085	0.010	0.967	1.000
Получили полно-вакцину (3 дозы)	0.907	0.024	158	170	1.061	0.026	0.860	0.955
Получили противокоревую вакцину	0.882	0.025	158	170	1.002	0.028	0.832	0.932
Полностью вакцинированы	0.837	0.027	158	170	0.963	0.033	0.782	0.892
Вес/рост (< -2 CO)	0.021	0.008	382	417	1.111	0.368	0.006	0.037
Рост/возраст (< -2 CO)	0.112	0.020	382	417	1.183	0.177	0.073	0.152
Вес/возраст (< -2 CO)	0.050	0.013	382	417	1.141	0.260	0.024	0.077
Дети с тяжелой анемией	0.020	0.006	395	427	0.941	0.320	0.007	0.033
Дети с выраженной анемией	0.200	0.017	395	427	0.865	0.086	0.166	0.234
Дети с умеренной анемией	0.183	0.021	395	427	1.112	0.115	0.141	0.225
Коэффициент общей рождаемости (3 года)	2.499	0.177	НП	7164	1.731	0.071	2.145	2.853
Показатель неонатальной смертности (10 лет) ¹	26.546	4.778	2195	2307	1.174	0.180	16.989	36.103
Показатель младенческой смертности (10 лет) ¹	58.200	6.678	2198	2309	1.171	0.115	44.845	71.556
Показатель детской смертности (10 лет) ¹	10.426	2.812	2198	2308	1.292	0.270	4.802	16.049
Показатель смертности до 5 лет (10 лет) ¹	68.019	7.915	2201	2311	1.318	0.116	52.190	83.849
Показатель постнеонатальной смертности (10 лет) ¹	31.654	4.312	2198	2309	1.109	0.136	23.030	40.279

¹Пять лет для общего уровня
НП - данные не применимы

Таблица В.12 Ошибки выборки для женщины - Выборка по русскому населению, Казахстан, 1999.

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	0.752	0.019	1595	1454	1.762	0.025	0.714	0.790
Начальное/среднее образование	0.325	0.015	1595	1454	1.242	0.045	0.296	0.354
Средне-специальное образование	0.467	0.015	1595	1454	1.238	0.033	0.436	0.498
Высшее образование	0.207	0.012	1595	1454	1.159	0.057	0.184	0.231
Никогда не была замужем (в союзе)	0.207	0.010	1595	1454	0.960	0.047	0.188	0.227
Замужем в настоящее время (в союзе)	0.622	0.012	1595	1454	1.016	0.020	0.597	0.647
Возраст вступления в брак до 20 лет	0.396	0.018	1145	1047	1.219	0.045	0.361	0.431
Первый половой контакт до 18 лет	1.158	0.010	1145	1047	0.908	0.062	1.138	0.177
Родившиеся дети	1.405	0.032	1595	1454	1.085	0.023	1.341	1.468
Дети, родившиеся у женщин старше 40 лет	2.118	0.061	503	468	1.221	0.029	1.996	2.240
Выжившие дети	1.334	0.030	1595	1454	1.098	0.022	1.275	1.394
Знают любой метод контрацепции	0.998	0.001	969	904	0.832	0.001	0.996	1.000
Знают любой современный метод	0.997	0.002	969	904	1.059	0.002	0.994	1.000
Используют любой метод контрацепции	0.927	0.008	969	904	0.904	0.008	0.912	0.942
Используют в настоящем любой метод	0.701	0.016	969	904	1.103	0.023	0.669	0.734
Используют в настоящем любой совр. метод	0.537	0.019	969	904	1.191	0.036	0.499	0.575
Используют в настоящем таблетки	0.044	0.007	969	904	1.003	0.150	0.031	0.057
Используют в настоящем ВМС	0.375	0.018	969	904	1.178	0.049	0.339	0.412
Используют в настоящем презервативы	0.072	0.008	969	904	0.975	0.113	0.056	0.088
Используют в настоящем календарный метод	0.070	0.012	969	904	1.445	0.169	0.046	0.094
Используют в настоящем прерванный акт	0.033	0.006	969	904	1.098	0.191	0.020	0.045
Используют источник госсектора	0.852	0.015	671	606	1.108	0.018	0.821	0.882
Не хотят иметь более детей	0.600	0.019	969	904	1.211	0.032	0.562	0.639
Хотят иметь детей по меньшей мере через 2 года	0.098	0.010	969	904	0.995	0.097	0.079	0.117
Идеальное количество детей	2.288	0.038	1560	1419	1.368	0.017	2.212	2.363
ИМТ < 18.5	0.071	0.014	745	670	1.469	0.194	0.044	0.099
ИМТ между 18.5 и 30.0	0.766	0.019	745	670	1.218	0.025	0.729	0.804
ИМТ > 30.0	0.162	0.016	745	670	1.161	0.097	0.131	0.194
Вес/рост (< -2 СО)	0.022	0.007	745	670	1.272	0.314	0.008	0.035
Тяжелая анемия	0.011	0.005	734	664	1.213	0.419	0.002	0.021
Выраженная анемия	0.041	0.008	734	664	1.148	0.206	0.024	0.058
Умеренная анемия	0.231	0.020	734	664	1.272	0.086	0.192	0.271
Матерям оказана медицинская помощь в родах	0.992	0.008	271	251	1.468	0.008	0.976	1.000
Диарея в течение последних 2 недель	0.139	0.026	257	236	1.195	0.184	0.088	0.190
Использована ОРТ-терапия (регидрон)	0.187	0.081	38	33	1.242	0.432	0.026	0.349
Консультация врача	0.225	0.091	38	33	1.308	0.405	0.043	0.407
Получили БЦЖ-вакцину	0.957	0.025	52	52	0.917	0.026	0.908	1.000
Получили АКДС-вакцину (3 дозы)	0.940	0.039	52	52	1.250	0.042	0.861	1.000
Получили полио-вакцину (3 дозы)	0.960	0.024	52	52	0.933	0.025	0.911	1.000
Получили противокоревую вакцину	0.796	0.067	52	52	1.262	0.084	0.662	0.930
Полностью вакцинированы	0.715	0.058	52	52	0.973	0.081	0.599	0.831
Вес/рост (< -2 СО)	0.008	0.006	117	104	0.682	0.698	0.000	0.020
Рост/возраст (< -2 СО)	0.079	0.026	117	104	1.013	0.323	0.028	0.131
Вес/возраст (< -2 СО)	0.030	0.021	117	104	1.293	0.695	0.000	0.071
Дети с тяжелой анемией	0.000	0.000	111	101	НП	НП	0.000	0.000
Дети с выраженной анемией	0.089	0.034	111	101	1.229	0.378	0.022	0.156
Дети с умеренной анемией	0.219	0.045	111	101	1.113	0.207	0.129	0.310
Коэффициент общей рождаемости (3 года)	1.384	0.117	НП	4664	1.197	0.085	1.150	1.618
Показатель неонатальной смертности (10 лет) ¹	33.454	9.158	696	650	1.277	0.274	15.139	51.769
Показатель младенческой смертности (10 лет) ¹	39.808	9.734	696	650	1.239	0.245	20.341	59.275
Показатель детской смертности (10 лет) ¹	3.816	1.888	697	651	0.839	0.495	0.040	7.592
Показатель смертности до 5 лет (10 лет) ¹	43.473	9.901	697	651	1.225	0.228	23.670	63.276
Показатель постнеонатальной смертности (10 лет) ¹	6.354	2.515	696	650	0.855	0.396	1.324	11.384

¹Пять лет для общего уровня

НП - данные не применимы

Таблица В.13 Ошибки выборки для женщин - Выборка по другим национальностям. Казахстан, 1999.

Переменная	Значение (R)	Стандартная ошибка (SE)	Количество случаев			Относительная ошибка (SE/R)	Доверительный Интервал	
			Не-взвешенное (N)	Взвешенное (WN)	Дизайн эффект (DEFT)		R-2SE	R+2SE
Городское местожительство	0.534	0.041	660	760	2.119	0.077	0.452	0.616
Начальное/среднее образование	0.426	0.025	660	760	1.309	0.059	0.375	0.476
Средне-специальное образование	0.411	0.021	660	760	1.079	0.050	0.370	0.452
Высшее образование	0.163	0.014	660	760	0.955	0.084	0.136	0.191
Никогда не была замужем (в союзе)	0.200	0.015	660	760	0.980	0.076	0.169	0.230
Замужем в настоящее время (в союзе)	0.667	0.021	660	760	1.126	0.031	0.626	0.709
Возраст вступления в брак до 20 лет	0.413	0.025	493	564	1.117	0.060	0.364	0.463
Первый половой контакт до 18 лет	0.163	0.017	493	564	1.037	0.106	0.128	0.197
Родившиеся дети	1.818	0.067	660	760	1.112	0.037	1.683	1.952
Дети, родившиеся у женщин старше 40 лет	2.672	0.142	178	196	1.197	0.053	2.389	2.956
Выжившие дети	1.701	0.058	660	760	1.071	0.034	1.584	1.818
Знают любой метод контрацепции	0.998	0.002	428	507	0.715	0.002	0.994	1.000
Знают любой современный метод	0.996	0.002	428	507	0.742	0.002	0.992	1.000
Использовали любой метод контрацепции	0.910	0.017	428	507	1.246	0.019	0.875	0.944
Используют в настоящем любой метод	0.655	0.025	428	507	1.065	0.037	0.606	0.704
Используют в настоящем любой совр. метод	0.477	0.028	428	507	1.163	0.059	0.421	0.533
Используют в настоящем таблетки	0.026	0.007	428	507	0.936	0.277	0.012	0.041
Используют в настоящем ВМС	0.354	0.029	428	507	1.238	0.081	0.296	0.411
Используют в настоящем презервативы	0.040	0.010	428	507	1.040	0.246	0.020	0.060
Используют в настоящем календарный метод	0.054	0.012	428	507	1.119	0.227	0.029	0.078
Используют в настоящем прерванный акт	0.059	0.016	428	507	1.440	0.280	0.026	0.091
Используют неточный госсектора	0.862	0.027	259	285	1.263	0.031	0.808	0.916
Не хотят иметь более детей	0.551	0.025	428	507	1.059	0.046	0.501	0.602
Хотят иметь детей по меньшей мере через 2 года	0.119	0.018	428	507	1.135	0.119	0.083	0.154
Идеальное количество детей	2.654	0.067	626	713	1.366	0.025	2.520	2.789
ИМТ < 18.5	0.040	0.012	288	344	1.075	0.311	0.015	0.065
ИМТ между 18.5 и 30.0	0.761	0.024	288	344	0.958	0.032	0.713	0.810
ИМТ > 30.0	0.199	0.023	288	344	0.997	0.118	0.152	0.246
Вес/рост (< -2 СО)	0.013	0.007	287	342	1.068	0.557	0.000	0.027
Тяжелая анемия	0.005	0.005	290	354	1.211	0.986	0.000	0.015
Выраженная анемия	0.071	0.017	290	354	1.115	0.237	0.037	0.105
Умеренная анемия	0.265	0.030	290	354	1.154	0.113	0.205	0.325
Матерям оказана медицинская помощь в родах	1.000	0.000	158	196	НП	0.000	1.000	1.000
Диптерия в течение последних 2 недель	0.112	0.035	151	185	1.434	0.316	0.041	0.183
Использована ОРТ-терапия (регидрон)	0.328	0.113	18	21	1.020	0.344	0.102	0.554
Консультация врача	0.229	0.104	18	21	1.050	0.454	0.021	0.437
Получили БЦЖ-вакцину	1.000	0.000	22	21	НП	0.000	1.000	1.000
Получили АКДС-вакцину (3 дозы)	1.000	0.000	22	21	НП	0.000	1.000	1.000
Получили полно-вакцину (3 дозы)	0.879	0.093	22	21	1.225	0.106	0.693	1.000
Получили противокоревую вакцину	0.895	0.061	22	21	0.863	0.069	0.772	1.000
Полностью вакцинированы	0.774	0.099	22	21	1.019	0.128	0.576	0.972
Вес/рост (< -2 СО)	0.015	0.013	67	91	0.932	0.847	0.000	0.041
Рост/возраст (< -2 СО)	0.050	0.026	67	91	1.088	0.524	0.000	0.103
Вес/возраст (< -2 СО)	0.020	0.013	67	91	0.828	0.651	0.000	0.046
Дети с тяжелой анемией	0.000	0.000	68	92	НП	0.000	0.000	0.000
Дети с выраженной анемией	0.120	0.042	68	92	1.143	0.346	0.037	0.203
Дети с умеренной анемией	0.119	0.027	68	92	0.782	0.225	0.065	0.172
Коэффициент общей рождаемости (3 года)	1.633	0.249	НП	2198	1.638	0.153	1.134	2.132
Показатель неонатальной смертности (10 лет) ¹	30.371	9.157	441	546	1.211	0.302	12.057	48.686
Показатель младенческой смертности (10 лет) ¹	59.031	13.744	441	546	1.211	0.233	31.543	86.519
Показатель детской смертности (10 лет) ¹	6.565	3.795	443	548	1.104	0.578	0.000	14.156
Показатель смертности до 5 лет (10 лет) ¹	65.208	14.008	443	548	1.175	0.215	37.191	93.225
Показатель постнеонатальной смертности (10 лет)	28.660	8.964	441	546	1.053	0.313	10.732	46.587

¹Пять лет для общего уровня
НП - данные не применимы

Таблица В.14 Ошибки выборки для мужчин - Общенациональная выборка. Казахстан, 1999.

Переменная	Значение (R)	Стандартная ошибка (SE)	Количество случаев			Относительная ошибка (SE/R)	Доверительный Интервал	
			Не-взвешенное (N)	Взвешенное (WN)	Дизайн эффект (DEFT)		R-2SE	R+2SE
Городское местожительство	0.549	0.020	1440	1440	1.497	0.036	0.510	0.588
Начальное/среднее образование	0.459	0.016	1440	1440	1.205	0.034	0.427	0.491
Средне-специальное образование	0.403	0.016	1440	1440	1.256	0.040	0.371	0.436
Высшее образование	0.138	0.009	1440	1440	1.030	0.068	0.119	0.157
Никогда не был женат (в союзе)	0.301	0.016	1440	1440	1.344	0.054	0.268	0.334
Женат в настоящее время (в союзе)	0.648	0.016	1440	1440	1.277	0.025	0.616	0.680
Знают любой метод контрацепции	0.998	0.001	938	933	0.743	0.001	0.995	1.000
Знают любой современный метод	0.995	0.002	938	933	0.687	0.002	0.992	0.998
Использовали любой метод контрацепции	0.841	0.017	938	933	1.386	0.020	0.807	0.874
Используют в настоящем любой метод	0.630	0.020	938	933	1.247	0.031	0.591	0.669
Используют в настоящем любой совр. метод	0.546	0.021	938	933	1.311	0.039	0.503	0.589
Используют в настоящем таблетки	0.026	0.006	938	933	1.106	0.221	0.015	0.038
Используют в настоящем ВМС	0.382	0.019	938	933	1.216	0.051	0.343	0.420
Используют в настоящем инъекции	0.001	0.001	938	933	1.153	1.005	0.000	0.004
Используют в настоящем импланты	0.000	0.000	938	933	НП	НП	0.000	0.000
Используют в настоящем презервативы	0.107	0.015	938	933	1.486	0.141	0.077	0.136
Используют в настоящем женскую стерилизацию	0.028	0.008	938	933	1.431	0.275	0.013	0.044
Используют в настоящем мужскую стерилизацию	0.002	0.002	938	933	1.450	0.999	0.000	0.007
Используют в настоящем календарный метод	0.034	0.007	938	933	1.206	0.210	0.020	0.048
Используют в настоящем прерванный акт	0.027	0.007	938	933	1.370	0.270	0.012	0.041
Не хотят иметь более детей	0.557	0.018	938	933	1.125	0.033	0.521	0.594
Хотят иметь детей по меньшей мере через 2 года	0.133	0.011	938	933	1.000	0.084	0.110	0.155
Идеальное количество детей	3.233	0.068	1116	1091	1.300	0.021	3.097	3.368

НП - данные не применимы

Таблица В.15 Ошибки выборки для мужчин - Городская выборка. Казахстан, 1999.

Переменная	Значение (R)	Стандартная ошибка (SE)	Количество случаев			Относительная ошибка (SE/R)	Доверительный Интервал	
			Не-взвешенное (N)	Взвешенное (WN)	Дизайн эффект (DEFT)		R-2SE	R+2SE
Городское местожительство	1.000	0.000	850	790	НП	0.000	1.000	1.000
Начальное/среднее образование	0.384	0.018	850	790	1.069	0.046	0.349	0.420
Средне-специальное образование	0.431	0.020	850	790	1.166	0.046	0.392	0.471
Высшее образование	0.185	0.015	850	790	1.125	0.081	0.155	0.215
Никогда не был женат (в союзе)	0.271	0.021	850	790	1.395	0.078	0.229	0.314
Женат в настоящее время (в союзе)	0.669	0.021	850	790	1.278	0.031	0.628	0.711
Знают любой метод контрацепции	0.997	0.002	565	529	0.762	0.002	0.993	1.000
Знают любой современный метод	0.992	0.003	565	529	0.701	0.003	0.987	0.997
Использовали любой метод контрацепции	0.879	0.017	565	529	1.259	0.020	0.845	0.914
Используют в настоящем любой метод	0.659	0.022	565	529	1.083	0.033	0.615	0.702
Используют в настоящем любой совр. метод	0.573	0.027	565	529	1.286	0.047	0.519	0.626
Используют в настоящем таблетки	0.040	0.009	565	529	1.125	0.233	0.021	0.058
Используют в настоящем ВМС	0.364	0.026	565	529	1.272	0.071	0.313	0.416
Используют в настоящем инъекции	0.000	0.000	565	529	НП	НП	0.000	0.000
Используют в настоящем импланты	0.000	0.000	565	529	НП	НП	0.000	0.000
Используют в настоящем презервативы	0.143	0.022	565	529	1.481	0.152	0.100	0.187
Используют в настоящем женскую стерилизацию	0.026	0.008	565	529	1.236	0.322	0.009	0.042
Используют в настоящем мужскую стерилизацию	0.000	0.000	565	529	НП	НП	0.000	0.000
Используют в настоящем календарный метод	0.042	0.010	565	529	1.199	0.242	0.022	0.062
Используют в настоящем прерванный акт	0.021	0.008	565	529	1.364	0.394	0.004	0.037
Не хотят иметь более детей	0.604	0.024	565	529	1.159	0.039	0.557	0.652
Хотят иметь детей по меньшей мере через 2 года	0.138	0.017	565	529	1.159	0.122	0.104	0.171
Идеальное количество детей	3.026	0.081	735	660	1.394	0.027	2.864	3.189

НП - данные не применимы

Таблица В.16 Ошибки выборки для мужчин - Сельская выборка. Казахстан, 1999.

Переменная	Значение (R)	Стандартная ошибка (SE)	Количество случаев		Дизайн эффект (DEFT)	Относительная ошибка (SE/R)	Доверительный Интервал	
			Невзвешенное (N)	Взвешенное (WN)			R-2SE	R+2SE
Городское местожительство	0.000	0.000	590	650	НП	НП	0.000	0.000
Начальное/среднее образование	0.550	0.028	590	650	1.362	0.051	0.494	0.606
Средне-специальное образование	0.369	0.027	590	650	1.346	0.073	0.315	0.423
Высшее образование	0.081	0.010	590	650	0.929	0.129	0.060	0.102
Никогда не был женат (в союзе)	0.337	0.026	590	650	1.326	0.077	0.285	0.389
Женат в настоящее время (в союзе)	0.622	0.026	590	650	1.289	0.041	0.570	0.673
Знают любой метод контрацепции	0.999	0.001	373	404	0.718	0.001	0.996	1.000
Знают любой современный метод	0.999	0.001	373	404	0.718	0.001	0.996	1.000
Использовали любой метод контрацепции	0.790	0.032	373	404	1.495	0.040	0.727	0.853
Используют в настоящем любой метод	0.593	0.036	373	404	1.411	0.061	0.521	0.664
Используют в настоящем любой совр. метод	0.511	0.035	373	404	1.333	0.068	0.441	0.580
Используют в настоящем таблетки	0.008	0.005	373	404	1.183	0.680	0.000	0.019
Используют в настоящем ВМС	0.404	0.029	373	404	1.147	0.072	0.346	0.463
Используют в настоящем инъекции	0.003	0.003	373	404	1.113	1.012	0.000	0.010
Используют в настоящем импланты	0.000	0.000	373	404	НП	НП	0.000	0.000
Используют в настоящем презервативы	0.058	0.020	373	404	1.612	0.336	0.019	0.097
Используют в настоящем женскую стерилизацию	0.031	0.014	373	404	1.573	0.452	0.003	0.060
Используют в настоящем мужскую стерилизацию	0.005	0.005	373	404	1.388	0.997	0.000	0.016
Используют в настоящем календарный метод	0.024	0.010	373	404	1.292	0.425	0.004	0.045
Используют в настоящем прерванный акт	0.035	0.013	373	404	1.346	0.368	0.009	0.060
Не хотят иметь более детей	0.495	0.027	373	404	1.040	0.054	0.441	0.549
Хотят иметь детей по меньшей мере через 2 года	0.126	0.013	373	404	0.762	0.104	0.100	0.152
Идеальное количество детей	3.548	0.123	381	431	1.253	0.035	3.301	3.795

НП - данные не применимы

Таблица В.17 Ошибки выборки для мужчин - Выборка по городу Алматы. Казахстан, 1999.

Переменная	Значение (R)	Стандартная ошибка (SE)	Количество случаев		Дизайн эффект (DEFT)	Относительная ошибка (SE/R)	Доверительный Интервал	
			Невзвешенное (N)	Взвешенное (WN)			R-2SE	R+2SE
Городской регион	1.000	0.000	168	90	НП	0.000	1.000	1.000
Начальное/среднее образование	0.351	0.028	168	90	0.752	0.079	0.296	0.407
Средне-специальное образование	0.310	0.031	168	90	0.873	0.101	0.247	0.372
Высшее образование	0.339	0.042	168	90	1.139	0.123	0.256	0.423
Никогда не был женат (в союзе)	0.268	0.036	168	90	1.050	0.134	0.196	0.340
В текущее время женат (в союзе)	0.649	0.037	168	90	1.007	0.057	0.574	0.723
Знание любого метода контрацепции	1.000	0.000	109	58	НП	0.000	1.000	1.000
Знание любого совр. метода	1.000	0.000	109	58	НП	0.000	1.000	1.000
Когда-либо использовал метод	0.908	0.029	109	58	1.046	0.032	0.850	0.966
В настоящее время использует метод	0.679	0.050	109	58	1.112	0.074	0.579	0.779
В настоящее время использует совр. метод	0.633	0.041	109	58	0.893	0.065	0.550	0.716
В настоящее время использует прот. таблетки	0.046	0.020	109	58	1.011	0.444	0.005	0.087
В настоящее время использует ВМС	0.284	0.040	109	58	0.928	0.142	0.204	0.365
В настоящее время использует инъекции	0.000	0.000	109	58	НП	НП	0.000	0.000
В настоящее время использует импланты	0.000	0.000	109	58	НП	НП	0.000	0.000
В настоящее время использует презерватив	0.294	0.045	109	58	1.030	0.154	0.203	0.384
В наст. время использует жен. стерилизацию	0.009	0.009	109	58	0.976	0.976	0.000	0.027
В наст. время использует муж. стерилизацию	0.000	0.000	109	58	НП	НП	0.000	0.000
В наст. время использует календарный метод	0.028	0.015	109	58	0.984	0.563	0.000	0.059
В наст. время использует прерв. акт	0.000	0.000	109	58	НП	НП	0.000	0.000
Не хочет больше детей	0.523	0.045	109	58	0.935	0.086	0.433	0.613
Не хочет детей по крайней мере 2 года	0.211	0.043	109	58	1.094	0.204	0.125	0.297
Идеальное количество детей	2.695	0.133	151	81	1.275	0.049	2.430	2.961

НП - данные не применимы

Таблица В.18 Ошибки выборки для мужчин - Выборка по Южному региону. Казахстан, 1999.

Переменная	Значение (R)	Стандартная ошибка (SE)	Количество случаев			Относительная ошибка (SE/R)	Доверительный Интервал	
			Невзвешенное (N)	Взвешенное (WN)	Дизайн эффект (DEFT)		R-2SE	R+2SE
Городское местожительство	0.373	0.056	281	426	1.941	0.150	0.261	0.485
Начальное/среднее образование	0.533	0.034	281	426	1.155	0.065	0.464	0.602
Средне-специальное образование	0.360	0.037	281	426	1.286	0.103	0.286	0.433
Высшее образование	0.107	0.017	281	426	0.895	0.154	0.074	0.140
Никогда не был женат (в союзе)	0.341	0.036	281	426	1.258	0.105	0.269	0.412
Женат в настоящее время (в союзе)	0.625	0.036	281	426	1.248	0.058	0.552	0.697
Знают любой метод контрацепции	1.000	0.000	175	266	НП	0.000	1.000	1.000
Знают любой современный метод	1.000	0.000	175	266	НП	0.000	1.000	1.000
Использовали любой метод контрацепции	0.801	0.039	175	266	1.286	0.049	0.723	0.879
Используют в настоящем любой метод	0.530	0.040	175	266	1.052	0.075	0.450	0.610
Используют в настоящем любой совр. метод	0.460	0.041	175	266	1.073	0.088	0.379	0.541
Используют в настоящем таблетки	0.015	0.011	175	266	1.160	0.701	0.000	0.037
Используют в настоящем ВМС	0.367	0.035	175	266	0.968	0.096	0.296	0.437
Используют в настоящем инъекции	0.005	0.005	175	266	0.945	1.018	0.000	0.015
Используют в настоящем импланты	0.000	0.000	175	266	НП	НП	0.000	0.000
Используют в настоящем презервативы	0.048	0.020	175	266	1.233	0.417	0.008	0.088
Используют в настоящем женскую стерилизацию	0.025	0.018	175	266	1.497	0.704	0.000	0.061
Используют в настоящем мужскую стерилизацию	0.000	0.000	175	266	НП	НП	0.000	0.000
Используют в настоящем календарный метод	0.023	0.014	175	266	1.206	0.603	0.000	0.050
Используют в настоящем прерванный акт	0.032	0.012	175	266	0.914	0.379	0.008	0.057
Не хотят иметь более детей	0.393	0.032	175	266	0.878	0.083	0.328	0.458
Хотят иметь детей по меньшей мере через 2 года	0.150	0.022	175	266	0.810	0.146	0.106	0.194
Идеальное количество детей	3.899	0.245	119	188	1.297	0.063	3.408	4.390

НП - данные не применимы

Таблица В.19 Ошибки выборки для мужчин - Выборка по Западному региону. Казахстан, 1999.

Переменная	Значение (R)	Стандартная ошибка (SE)	Количество случаев			Относительная ошибка (SE/R)	Доверительный Интервал	
			Невзвешенное (N)	Взвешенное (WN)	Дизайн эффект (DEFT)		R-2SE	R+2SE
Городское местожительство	0.571	0.037	264	182	1.210	0.065	0.498	0.645
Начальное/среднее образование	0.514	0.024	264	182	0.777	0.047	0.466	0.562
Средне-специальное образование	0.368	0.028	264	182	0.946	0.076	0.312	0.424
Высшее образование	0.118	0.026	264	182	1.329	0.224	0.065	0.171
Никогда не был женат (в союзе)	0.304	0.023	264	182	0.824	0.077	0.257	0.351
Женат в настоящее время (в союзе)	0.670	0.021	264	182	0.721	0.031	0.628	0.711
Знают любой метод контрацепции	0.995	0.005	178	122	0.909	0.005	0.986	1.000
Знают любой современный метод	0.995	0.005	178	122	0.909	0.005	0.986	1.000
Использовали любой метод контрацепции	0.853	0.028	178	122	1.049	0.033	0.798	0.909
Используют в настоящем любой метод	0.654	0.047	178	122	1.317	0.072	0.559	0.748
Используют в настоящем любой совр. метод	0.592	0.045	178	122	1.229	0.077	0.501	0.683
Используют в настоящем таблетки	0.014	0.010	178	122	1.118	0.709	0.000	0.034
Используют в настоящем ВМС	0.444	0.041	178	122	1.086	0.091	0.363	0.526
Используют в настоящем инъекции	0.000	0.000	178	122	НП	НП	0.000	0.000
Используют в настоящем импланты	0.000	0.000	178	122	НП	НП	0.000	0.000
Используют в настоящем презервативы	0.115	0.019	178	122	0.778	0.162	0.078	0.152
Используют в настоящем женскую стерилизацию	0.018	0.010	178	122	1.021	0.560	0.000	0.039
Используют в настоящем мужскую стерилизацию	0.000	0.000	178	122	НП	НП	0.000	0.000
Используют в настоящем календарный метод	0.014	0.010	178	122	1.162	0.743	0.000	0.034
Используют в настоящем прерванный акт	0.000	0.000	178	122	НП	НП	0.000	0.000
Не хотят иметь более детей	0.571	0.043	178	122	1.145	0.075	0.486	0.656
Хотят иметь детей по меньшей мере через 2 года	0.103	0.026	178	122	1.121	0.249	0.052	0.154
Идеальное количество детей	3.757	0.235	171	117	1.399	0.063	3.286	4.228

НП - данные не применимы

Таблица В.20 Ошибки выборки для мужчин - Выборка Центрального региона, Казахстан, 1999.

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	0.865	0.022	275	139	1.048	0.025	0.821	0.908	
Начальное/среднее образование	0.388	0.027	275	139	0.930	0.071	0.333	0.443	
Средне-специальное образование	0.435	0.032	275	139	1.060	0.073	0.372	0.498	
Высшее образование	0.177	0.029	275	139	1.258	0.164	0.119	0.235	
Никогда не был женат (в союзе)	0.254	0.033	275	139	1.264	0.131	0.187	0.320	
Женат в настоящее время (в союзе)	0.662	0.034	275	139	1.181	0.051	0.595	0.730	
Знают любой метод контрацепции	0.988	0.008	182	92	1.051	0.008	0.972	1.000	
Знают любой современный метод	0.960	0.014	182	92	0.958	0.014	0.933	0.988	
Использовали любой метод контрацепции	0.908	0.018	182	92	0.817	0.019	0.873	0.943	
Используют в настоящем любой метод	0.495	0.035	182	92	0.948	0.071	0.425	0.566	
Используют в настоящем любой совр. метод	0.435	0.039	182	92	1.065	0.090	0.357	0.514	
Используют в настоящем таблетки	0.046	0.018	182	92	1.185	0.401	0.009	0.083	
Используют в настоящем ВМС	0.301	0.040	182	92	1.163	0.132	0.222	0.381	
Используют в настоящем инъекции	0.000	0.000	182	92	НП	НП	0.000	0.000	
Используют в настоящем импланты	0.000	0.000	182	92	НП	НП	0.000	0.000	
Используют в настоящем презервативы	0.072	0.021	182	92	1.067	0.284	0.031	0.114	
Используют в настоящем женскую стерилизацию	0.016	0.009	182	92	0.981	0.578	0.000	0.034	
Используют в настоящем мужскую стерилизацию	0.000	0.000	182	92	НП	НП	0.000	0.000	
Используют в настоящем календарный метод	0.025	0.015	182	92	1.278	0.595	0.000	0.054	
Используют в настоящем прерванный акт	0.035	0.011	182	92	0.833	0.325	0.012	0.058	
Не хотят иметь более детей	0.577	0.043	182	92	1.171	0.074	0.491	0.663	
Хотят иметь детей по меньшей мере через 2 года	0.155	0.023	182	92	0.862	0.149	0.109	0.202	
Идеальное количество детей	2.993	0.090	265	135	0.907	0.030	2.813	3.174	

НП - данные не применимы

Таблица В.21 Ошибки выборки для мужчин - Выборка по Северному региону, Казахстан, 1999.

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	0.043	172	396	1.122	0.092	0.380	0.551	
Начальное/среднее образование	0.441	0.032	172	396	0.839	0.072	0.377	0.504	
Средне-специальное образование	0.442	0.034	172	396	0.894	0.077	0.375	0.510	
Высшее образование	0.117	0.017	172	396	0.704	0.148	0.082	0.152	
Никогда не был женат (в союзе)	0.287	0.035	172	396	1.004	0.121	0.218	0.357	
Женат в настоящее время (в союзе)	0.656	0.036	172	396	0.977	0.054	0.585	0.727	
Знают любой метод контрацепции	1.000	0.000	112	260	НП	0.000	1.000	1.000	
Знают любой современный метод	1.000	0.000	112	260	НП	0.000	1.000	1.000	
Использовали любой метод контрацепции	0.817	0.040	112	260	1.084	0.049	0.738	0.897	
Используют в настоящем любой метод	0.719	0.044	112	260	1.020	0.061	0.632	0.806	
Используют в настоящем любой совр. метод	0.590	0.054	112	260	1.155	0.091	0.483	0.698	
Используют в настоящем таблетки	0.018	0.012	112	260	0.964	0.675	0.000	0.042	
Используют в настоящем ВМС	0.400	0.045	112	260	0.974	0.113	0.309	0.490	
Используют в настоящем инъекции	0.000	0.000	112	260	НП	НП	0.000	0.000	
Используют в настоящем импланты	0.000	0.000	112	260	НП	НП	0.000	0.000	
Используют в настоящем презервативы	0.112	0.044	112	260	1.478	0.394	0.024	0.201	
Используют в настоящем женскую стерилизацию	0.052	0.020	112	260	0.932	0.377	0.013	0.092	
Используют в настоящем мужскую стерилизацию	0.008	0.008	112	260	0.948	0.998	0.000	0.024	
Используют в настоящем календарный метод	0.056	0.019	112	260	0.858	0.334	0.019	0.094	
Используют в настоящем прерванный акт	0.044	0.021	112	260	1.100	0.486	0.001	0.087	
Не хотят иметь более детей	0.670	0.041	112	260	0.928	0.062	0.588	0.753	
Хотят иметь детей по меньшей мере через 2 года	0.098	0.020	112	260	0.721	0.207	0.058	0.139	
Идеальное количество детей	3.070	0.113	172	396	0.953	0.037	2.845	3.295	

НП - данные не применимы

Таблица В.22 Ошибки выборки для мужчин - Выборка по Восточному региону. Казахстан, 1999.

Переменная	Значение (R)	Стандартная ошибка (SE)	Количество случаев			Относительная ошибка (SE/R)	Доверительный Интервал	
			Не-взвешенное (N)	Взвешенное (WN)	Дизайн эффект (DEFT)		R-2SE	R+2SE
Городское местожительство	0.642	0.024	280	207	0.822	0.037	0.595	0.689
Начальное/среднее образование	0.388	0.032	280	207	1.098	0.083	0.324	0.452
Средне-специальное образование	0.468	0.023	280	207	0.773	0.049	0.422	0.514
Высшее образование	0.144	0.028	280	207	1.341	0.196	0.087	0.200
Никогда не был женат (в союзе)	0.289	0.032	280	207	1.185	0.111	0.225	0.353
Женат в настоящее время (в союзе)	0.651	0.030	280	207	1.036	0.045	0.592	0.710
Знают любой метод контрацепции	0.996	0.004	182	135	0.846	0.004	0.988	1.000
Знают любой современный метод	0.996	0.004	182	135	0.846	0.004	0.988	1.000
Использовали любой метод контрацепции	0.878	0.029	182	135	1.170	0.032	0.821	0.935
Используют в настоящем любой метод	0.706	0.043	182	135	1.285	0.062	0.620	0.793
Используют в настоящем любой совр. метод	0.625	0.044	182	135	1.225	0.071	0.537	0.713
Используют в настоящем таблетки	0.051	0.017	182	135	1.018	0.327	0.018	0.084
Используют в настоящем ВМС	0.416	0.056	182	135	1.515	0.133	0.305	0.527
Используют в настоящем инъекции	0.000	0.000	182	135	НП	НП	0.000	0.000
Используют в настоящем импланты	0.000	0.000	182	135	НП	НП	0.000	0.000
Используют в настоящем презервативы	0.146	0.027	182	135	1.019	0.183	0.093	0.199
Используют в настоящем женскую стерилизацию	0.013	0.009	182	135	1.061	0.700	0.000	0.030
Используют в настоящем мужскую стерилизацию	0.000	0.000	182	135	НП	НП	0.000	0.000
Используют в настоящем календарный метод	0.042	0.016	182	135	1.048	0.371	0.011	0.074
Используют в настоящем прерванный акт	0.013	0.009	182	135	1.083	0.715	0.000	0.030
Не хотят иметь более детей	0.651	0.043	182	135	1.227	0.067	0.564	0.738
Хотят иметь детей по меньшей мере через 2 года	0.142	0.035	182	135	1.345	0.246	0.072	0.212
Идеальное количество детей	2.964	0.133	238	174	1.450	0.045	2.697	3.231

НП - данные не применимы

Таблица В.23 Ошибки выборки для мужчин - Выборка по казахскому населению. Казахстан, 1999.

Переменная	Значение (R)	Стандартная ошибка (SE)	Количество случаев			Относительная ошибка (SE/R)	Доверительный Интервал	
			Не-взвешенное (N)	Взвешенное (WN)	Дизайн эффект (DEFT)		R-2SE	R+2SE
Городское местожительство	0.440	0.036	761	747	1.972	0.081	0.369	0.511
Начальное/среднее образование	0.514	0.023	761	747	1.243	0.044	0.469	0.559
Средне-специальное образование	0.342	0.022	761	747	1.253	0.063	0.298	0.385
Высшее образование	0.144	0.015	761	747	1.140	0.101	0.115	0.173
Никогда не был женат (в союзе)	0.345	0.021	761	747	1.223	0.061	0.303	0.388
Женат в настоящее время (в союзе)	0.614	0.021	761	747	1.178	0.034	0.572	0.655
Знают любой метод контрацепции	0.998	0.002	483	458	0.776	0.002	0.994	1.000
Знают любой современный метод	0.994	0.002	483	458	0.679	0.002	0.989	0.999
Использовали любой метод контрацепции	0.785	0.020	483	458	1.084	0.026	0.744	0.826
Используют в настоящем любой метод	0.580	0.025	483	458	1.122	0.043	0.530	0.631
Используют в настоящем любой совр. метод	0.509	0.027	483	458	1.184	0.053	0.455	0.563
Используют в настоящем таблетки	0.018	0.008	483	458	1.307	0.445	0.002	0.033
Используют в настоящем ВМС	0.403	0.027	483	458	1.207	0.067	0.349	0.457
Используют в настоящем инъекции	0.003	0.003	483	458	1.187	1.010	0.000	0.009
Используют в настоящем импланты	0.000	0.000	483	458	НП	НП	0.000	0.000
Используют в настоящем презервативы	0.068	0.012	483	458	1.084	0.183	0.043	0.092
Используют в настоящем женскую стерилизацию	0.017	0.010	483	458	1.727	0.591	0.000	0.038
Используют в настоящем мужскую стерилизацию	0.000	0.000	483	458	НП	НП	0.000	0.000
Используют в настоящем календарный метод	0.041	0.013	483	458	1.395	0.307	0.016	0.066
Используют в настоящем прерванный акт	0.014	0.007	483	458	1.217	0.459	0.001	0.028
Не хотят иметь более детей	0.487	0.026	483	458	1.147	0.054	0.435	0.539
Хотят иметь детей по меньшей мере через 2 года	0.154	0.015	483	458	0.900	0.096	0.124	0.183
Идеальное количество детей	3.864	0.125	509	467	1.425	0.032	3.613	4.115

НП - данные не применимы

Таблица В.24 Ошибки выборки для мужчин - Выборка по русскому населению, Казахстан, 1999.

Переменная	Значение (R)	Стандартная ошибка (SE)	Количество случаев			Относительная ошибка (SE/R)	Доверительный Интервал	
			Не-взвешенное (N)	Взвешенное (WN)	Дизайн эффект (DEFT)		R-2SE	R+2SE
Городское местожительство	0.728	0.039	468	460	1.914	0.054	0.649	0.807
Начальное/среднее образование	0.353	0.025	468	460	1.138	0.071	0.303	0.404
Средне-специальное образование	0.510	0.028	468	460	1.204	0.055	0.454	0.565
Высшее образование	0.137	0.019	468	460	1.169	0.136	0.100	0.174
Никогда не был женат (в союзе)	0.281	0.027	468	460	1.286	0.095	0.228	0.335
Женат в настоящее время (в союзе)	0.662	0.028	468	460	1.293	0.043	0.605	0.718
Знают любой метод контрацепции	0.997	0.002	307	304	0.726	0.002	0.992	1.000
Знают любой современный метод	0.993	0.003	307	304	0.721	0.003	0.987	1.000
Использовали любой метод контрацепции	0.886	0.025	307	304	1.399	0.029	0.835	0.937
Используют в настоящем любой метод	0.684	0.032	307	304	1.218	0.047	0.619	0.749
Используют в настоящем любой совр. метод	0.553	0.041	307	304	1.428	0.073	0.472	0.634
Используют в настоящем таблетки	0.035	0.010	307	304	0.997	0.300	0.014	0.056
Используют в настоящем ВМС	0.338	0.040	307	304	1.464	0.117	0.259	0.417
Используют в настоящем инъекции	0.000	0.000	307	304	НП	НП	0.000	0.000
Используют в настоящем импланты	0.000	0.000	307	304	НП	НП	0.000	0.000
Используют в настоящем презервативы	0.151	0.023	307	304	1.105	0.150	0.106	0.196
Используют в настоящем женскую стерилизацию	0.029	0.005	307	304	0.552	0.182	0.018	0.040
Используют в настоящем мужскую стерилизацию	0.000	0.000	307	304	НП	НП	0.000	0.000
Используют в настоящем календарный метод	0.037	0.015	307	304	1.409	0.412	0.007	0.067
Используют в настоящем прерванный акт	0.049	0.020	307	304	1.595	0.402	0.010	0.088
Не хотят иметь более детей	0.666	0.030	307	304	1.118	0.045	0.606	0.727
Хотят иметь детей по меньшей мере через 2 года	0.105	0.018	307	304	1.055	0.176	0.068	0.142
Идеальное количество детей	2.604	0.066	423	423	1.155	0.025	2.473	2.736

НП - данные не применимы

Таблица В.25 Ошибки выборки для мужчин - Выборка по другим национальностям, Казахстан, 1999.

Переменная	Значение (R)	Стандартная ошибка (SE)	Количество случаев			Относительная ошибка (SE/R)	Доверительный Интервал	
			Не-взвешенное (N)	Взвешенное (WN)	Дизайн эффект (DEFT)		R-2SE	R+2SE
Городское местожительство	0.543	0.053	211	234	1.551	0.098	0.437	0.650
Начальное/среднее образование	0.491	0.043	211	234	1.254	0.088	0.404	0.577
Средне-специальное образование	0.390	0.044	211	234	1.293	0.111	0.303	0.478
Высшее образование	0.119	0.025	211	234	1.122	0.211	0.068	0.169
Никогда не был женат (в союзе)	0.198	0.034	211	234	1.254	0.174	0.129	0.267
Женат в настоящее время (в союзе)	0.730	0.039	211	234	1.262	0.053	0.653	0.807
Знают любой метод контрацепции	1.000	0.000	148	170	НП	0.000	1.000	1.000
Знают любой современный метод	1.000	0.000	148	170	НП	0.000	1.000	1.000
Использовали любой метод контрацепции	0.910	0.032	148	170	1.355	0.035	0.846	0.974
Используют в настоящем любой метод	0.668	0.051	148	170	1.325	0.077	0.565	0.771
Используют в настоящем любой совр. метод	0.633	0.051	148	170	1.290	0.081	0.531	0.736
Используют в настоящем таблетки	0.033	0.017	148	170	1.125	0.500	0.000	0.067
Используют в настоящем ВМС	0.400	0.045	148	170	1.118	0.113	0.310	0.491
Используют в настоящем инъекции	0.000	0.000	148	170	НП	НП	0.000	0.000
Используют в настоящем импланты	0.000	0.000	148	170	НП	НП	0.000	0.000
Используют в настоящем презервативы	0.132	0.041	148	170	1.482	0.313	0.049	0.215
Используют в настоящем женскую стерилизацию	0.055	0.030	148	170	1.570	0.536	0.000	0.114
Используют в настоящем мужскую стерилизацию	0.012	0.012	148	170	1.345	0.994	0.000	0.037
Используют в настоящем календарный метод	0.011	0.008	148	170	0.944	0.744	0.000	0.027
Используют в настоящем прерванный акт	0.021	0.015	148	170	1.291	0.729	0.000	0.051
Не хотят иметь более детей	0.551	0.054	148	170	1.306	0.097	0.444	0.658
Хотят иметь детей по меньшей мере через 2 года	0.125	0.036	148	170	1.309	0.286	0.053	0.196
Идеальное количество детей	3.088	0.131	184	200	1.093	0.043	2.825	3.350

НП - данные не применимы

Таблица С.1. Распределение членов домохозяйств по возрасту

Возрастное распределение членов домохозяйств в зависимости от пола (взвешенное). Казахстан, 1999.

Возраст, лет Процент	Мужчины		Женщины		Возраст, лет	Мужчины		Женщины	
	Кол-во	Процент	Кол-во	Процент		Кол-во	Процент	Кол-во	Процент
0	153	1.6	154	1.4	37	180	1.9	184	1.7
1	144	1.5	153	1.4	38	142	1.5	121	1.1
2	173	1.8	162	1.5	39	143	1.5	183	1.7
3	125	1.3	173	1.6	40	155	1.6	169	1.6
4	192	2.0	171	1.6	41	107	1.1	165	1.5
5	189	2.0	188	1.8	42	133	1.4	129	1.2
6	194	2.0	205	1.9	43	140	1.5	150	1.4
7	248	2.6	219	2.1	44	115	1.2	104	1.0
8	239	2.5	234	2.2	45	91	1.0	141	1.3
9	252	2.6	233	2.2	46	101	1.1	121	1.1
10	234	2.5	210	2.0	47	109	1.1	110	1.0
11	244	2.6	247	2.3	48	78	0.8	87	0.8
12	225	2.4	243	2.3	49	106	1.1	95	0.9
13	242	2.5	221	2.1	50	93	1.0	155	1.5
14	248	2.6	222	2.1	51	97	1.0	108	1.0
15	230	2.4	176	1.7	52	90	0.9	120	1.1
16	179	1.9	198	1.9	53	60	0.6	90	0.8
17	190	2.0	190	1.8	54	38	0.4	71	0.7
18	139	1.5	167	1.6	55	28	0.3	40	0.4
19	119	1.2	156	1.5	56	36	0.4	53	0.5
20	144	1.5	196	1.8	57	82	0.9	81	0.8
21	119	1.2	139	1.3	58	82	0.9	107	1.0
22	134	1.4	139	1.3	59	93	1.0	109	1.0
23	144	1.5	130	1.2	60	93	1.0	143	1.3
24	149	1.6	133	1.2	61	75	0.8	111	1.0
25	141	1.5	146	1.4	62	85	0.9	98	0.9
26	125	1.3	129	1.2	63	72	0.8	109	1.0
27	172	1.8	169	1.6	64	59	0.6	87	0.8
28	152	1.6	127	1.2	65	52	0.5	59	0.6
29	121	1.3	171	1.6	66	37	0.4	46	0.4
30	144	1.5	168	1.6	67	40	0.4	67	0.6
31	146	1.5	153	1.4	68	32	0.3	61	0.6
32	143	1.5	182	1.7	69	48	0.5	70	0.7
33	142	1.5	133	1.3	70+	310	3.2	630	5.9
34	128	1.3	120	1.1	Не знает/ пропущено	0	0.0	0	0.0
35	151	1.6	151	1.4					
36	145	1.5	160	1.5	Всего	9,562	100.0	10,641	100.0

Примечание. Население de facto включает всех действительных членов домохозяйства и тех, кто провел ночь, предшествующую интервью, в этом домохозяйстве.

Таблица С.2.1 Распределение проинтервьюированных и соответствующих критериям женщин в зависимости от возраста

Процентное распределение членов домовладений 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. Казахстан, 1999.

проинтервью- возраст, лет	Члены домовладений женского пола		Проинтервьюиро- ванные женщины		Процент ированных (взвешенный)
	Кол-во	Процент	Кол-во	Процент	
10-14	1,142	НП	НП	НП	НП
15-19	888	17.1	862	17.0	97.1
20-24	737	14.2	715	14.1	97.1
25-29	743	14.3	731	14.4	98.5
30-34	756	14.6	747	14.7	98.9
25-39	798	15.4	780	15.4	97.7
40-44	717	13.8	702	13.8	97.9
45-49	553	10.7	540	10.6	97.7
50-54	545	НП	НП	НП	НП
15-49	5,192	НП	5,079	НП	97.8

Примечание. Население домовладений de facto включает всех действительных членов домовладений и тех, кто провел ночь, предшествующую интервью, в этом домовладении.

НП - данные не применимы

Таблица С.2.2 Распределение проинтервьюированных и соответствующих критериям мужчин в зависимости от возраста

Процентное распределение членов домовладений мужского пола de facto в возрасте 10-65+ лет и процент (взвешенный) мужчин 15-59 лет, соответствующих критериям отбора и прошедших интервью, в зависимости от пятилетних возрастных групп. Казахстан, 1999.

проинтервью- возраст, лет	Члены домовладений мужского пола		Проинтервьюиро- ванные мужчины		Процент ированных (взвешенный)
	Кол-во	Процент	Кол-во	Процент	
10-14	363	НП	НП	НП	НП
15-19	254	15.0	243	16.1	95.8
20-24	208	12.3	195	12.9	93.9
25-29	204	12.0	188	12.4	92.1
30-34	200	11.8	186	12.3	93.2
25-39	244	14.4	231	15.2	94.7
40-44	181	10.7	169	11.2	93.5
45-49	141	8.3	127	8.4	89.9
50-54	107	6.3	103	6.8	96.7
55-59	74	4.4	71	4.7	96.9
60-64	82	4.8	0	0.0	0.0
65+	46	НП	НП	НП	НП
15-65+	1,692	НП	1,513	НП	89.4

Примечание. Население домовладений de facto включает всех действительных членов домовладений и тех, кто провел ночь, предшествующую интервью, в этом домовладении.

НП - данные не применимы

Таблица С.3 Полнота отчетности

Процент (взвешенный) пропущенных случаев по некоторым показателям демографической характеристики и здоровья. Казахстан, 1999.

Показатель	Исследуемая группа	Процент пропущенных случаев	Кол-во случаев
Дата рождения	Родившиеся за последние 15 лет		
Месяц		0.13	5,517
Месяц и год		0.01	5,517
Возраст смерти	Случай смерти за последние 15 лет	0.17	353
Возраст/дата вступления в первый брак ¹	Женщины, бывшие замужем	0.17	3,585
Образование респондента	Все женщины	0.01	4,800
Антропометрия ²	Дети в возрасте 0-59 месяцев		
Рост		1.79	1,431
Вес		53.7	1,354
Рост или вес		53.6	1,354
Диарея за последние 2 недели	Дети в возрасте 0-59 месяцев	53.8	1,354
		1.32	1,354

¹ Пропущены год и возраст

² Не проведено антропометрического измерения

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. Казахстан, 1999.

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)
99	166	4	170	100.0	100.0	100.0	106.2	НП	111.4	НП	НП	НП	86	4	90	81	0	81
98	260	15	275	100.0	100.0	100.0	84.1	88.0	84.3	116.2	145.6	117.5	119	7	126	141	8	149
97	281	16	297	100.0	100.0	100.0	100.9	110.0	101.3	105.1	79.9	103.3	141	8	150	140	8	148
96	275	25	301	100.0	100.0	100.0	101.0	149.4	104.4	100.4	116.7	101.6	138	15	154	137	10	147
95	267	28	295	100.0	100.0	100.0	118.9	101.0	117.1	87.0	112.4	88.9	145	14	159	122	14	136
94	339	24	363	100.0	100.0	100.0	100.3	195.6	104.6	107.7	75.9	104.8	170	16	185	169	8	177
93	362	35	397	100.0	100.0	100.0	96.1	134.3	98.9	108.1	137.3	110.2	177	20	197	185	15	199
92	331	27	358	99.8	100.0	99.8	111.8	228.8	117.6	83.5	98.4	84.5	175	19	193	156	8	164
91	430	20	450	100.0	100.0	100.0	112.2	92.7	111.3	115.3	86.3	113.6	228	10	237	203	10	21
90	416	19	435	100.0	100.0	100.0	115.0	218.4	118.2	НП	НП	НП	222	13	236	193	6	199
95-99	1,249	88	1,337	100.0	100.0	100.0	101.3	123.3	102.6	НП	НП	НП	629	49	677	620	39	660
90-94	1,878	125	2,003	100.0	100.0	100.0	107.2	162.6	110.0	НП	НП	НП	972	77	1,049	906	47	954
85-89	1,921	134	2,054	99.9	96.4	99.7	102.3	157.7	105.2	НП	НП	НП	971	82	1,053	949	52	1,001
80-84	1,492	123	1,615	99.9	97.8	99.7	96.6	164.1	100.5	НП	НП	НП	733	77	809	759	47	806
< 80	1,280	177	1,457	99.8	96.6	99.4	88.9	183.4	96.9	НП	НП	НП	602	115	717	678	63	740
Все	7,820	647	8,467	99.9	97.9	99.8	99.9	160.8	103.5	НП	НП	НП	3,907	399	4,306	3,913	248	4,161

НП - данные не применимы

¹Указаны год и месяц рождения

² $(P_x/P_x) * 100$, где P_x 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. Казахстан, 1999.

Возраст смерти (в днях)	Кол-во лет, предшествовавших исследованию				Всего 0-19
	0-4	5-9	10-14	15-19	
<1	17	17	26	11	71
1	6	7	14	10	37
2	4	6	1	7	18
3	7	7	7	5	26
4	1	2	2	0	5
5	3	3	0	0	6
6	2	2	0	0	4
7	2	0	1	1	5
8	0	2	1	0	3
9	0	0	1	0	1
10	3	0	2	3	7
11	0	0	1	0	1
12	0	1	1	0	2
15	0	0	2	1	3
17	0	1	1	0	1
18	0	1	0	0	1
19	0	1	0	1	1
20	2	3	0	0	5
21	0	0	0	1	1
24	0	1	0	0	1
29	0	1	0	0	1
30	2	2	0	1	5
31+	2	0	1	0	2
Всего 0-30 ¹	49	54	60	41	203
Процент ранней неонатальной смертности ²	83.0	79.5	84.2	82.3	82.3

¹ Включает случаи, для которых возраст при смерти (точных днях) не известен
² (0-6 дней/0-3 дней) * 100

Таблица С.6 Информация о возрасте смерти в месяцах

Распределение сообщенных случаев смерти в возрасте до двух лет в зависимости от возраста смерти в месяцах и процент случаев младенческой смертности в возрасте до одного месяца за пятилетние периоды, предшествовавшие исследованию. Казахстан, 1999.

Возраст смерти, в месяцах	Кол-во лет предшествовавших исследованию				Всего 0-19
	0-4	5-9	10-14	15-19	
<1 ^a	49	54	60	41	203
1	4	3	6	4	18
2	3	6	3	9	22
3	6	8	13	13	39
4	6	3	3	3	15
5	3	6	1	3	13
6	6	5	6	4	20
7	1	7	5	3	17
8	5	3	6	4	18
9	0	2	0	3	5
10	3	5	3	2	13
11	0	1	4	4	9
12	2	4	0	0	6
13	0	0	1	1	2
15	0	1	0	0	1
17	1	1	0	0	2
18	1	2	6	2	12
22	1	0	0	0	1
1 год	2	2	3	6	13
Всего 0-11 ^b	86	104	110	94	393
Процент перинатальной смертности ^c	57.0	51.9	54.2	43.6	51.7

^a Включает случаи смерти до 1 месяца, сообщенные в днях

^b Включает случаи, для которых возраст при смерти (точных месяцах) неизвестен

^c (До 1 месяца/до 1 года) * 100

ЛИЦА, ПРИНИМАВШИЕ УЧАСТИЕ В ПРОГРАММЕ МЕДИКО- ДЕМОГРАФИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ КАЗАХСТАНА 1999

ПРИЛОЖЕНИЕ D

НАЦИОНАЛЬНЫЙ ДИРЕКТОР

Шарманов Т.Ш.

ТЕХНИЧЕСКИЕ ДИРЕКТОРА

Катарбаев А.К.

Сарбаев Б.Т.

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 ПМДК 1999

Шарманов Т.Ш.	Председатель комитета, президент Академии профилактической медицины, президент ЗАО "Институт питания РК"
Слажнева Т.И.	Заместитель Председателя Агентства РК по делам здравоохранения
Бикташева Х.М.	Заведующая отделом Научного Центра охраны материнства и детства
Ормантаев К.С.	Директор Научного Центра педиатрии и детской хирургии
Машкеев А.К.	Заместитель Директора Научного Центра педиатрии и детской хирургии
Муминов Т.А.	Ректор Казахского государственного медицинского университета
Иманбердиев Д.Ж.	Начальник отдела Агентства РК по статистике
Измухамбетов Т.А.	Директор Республиканского медицинского училища
Карлин С.Ф.	Представитель Агентства США по международному развитию
Махмудова Ш.	Представитель Агентства США по международному развитию
Томсен Т.	Региональный представитель ЮНИСЕФ ЦАРК
Бекенова Ж.	Представитель ЮНИСЕФ ЦАРК
Снсемалиев Р.	Представитель Фонда народоселения ООН
Шарман А.Т.	координатор по международному здравоохранению Макро Интернэшнл, США

ПРАВИТЕЛЬСТВО РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

Рахыпбеков Т.К.	Председатель комитета здравоохранения МОКиЗ РК, ныне Советник Премьер-министра
Слажнева Т.И.	Заместитель Председателя Агентства РК по делам здравоохранения
Сабыров Г.С.	Начальник отдела медицинской статистики Агентства РК по делам здравоохранения
Ивасив И.В.	бывший Начальник отдела охраны здоровья матери и ребенка Агентства РК по делам здравоохранения, ныне Исполнительный директор Профилактических Программ Национального центра проблем формирования здорового образа жизни
Нукушева С.Г.	Главный акушер-гинеколог Агентства РК по делам здравоохранения
Колокина Р.С.	Специалист отдела охраны здоровья матери и ребенка Агентства РК по делам здравоохранения
Кулекеев Ж.А.	бывший Председатель Агентства РК по статистике, ныне Министр экономики РК
Кривко Н.И.	Заместитель Председателя Агентства РК по статистике
Мусабеков Е.Н.	Заместитель Директора по социальной и демографической статистике Агентства РК по статистике
Косьяненко А.Б.	Заместитель Директора по ИВЦ Агентства РК по статистике
Иманбердиев Д.Ж.	Начальник отдела Агентства РК по статистике

Руководители отделов здравоохранения

Камалдинов И.М.	Акмолинская область
Алдашев Ж.Е.	Актюбинская область
Дуйсекеев А.Д.	Алматинская область
Нурбердиев А.М.	Атырауская область
Андагулов К.Б.	Восточно-Казахстанская область
Абильдаев Т.Ш.	Жамбылская область
Кадырбеков Ш.М.	Западно-Казахстанская область
Ермекбаев К.К.	Карагандинская область
Галимжанов Е.М.	Костанайская область
Даулетбаев Д.А.	Кызылординская область
Айдарханов А.Т.	Мангыстауская область
Имангазинов С.Б.	Павлодарская область
Воронцова Н.Г.	Северно-Казахстанская область
Муминов М.А.	Южно-Казахстанская область
Девятко В.Н.	город Алматы
Кабикенов К.К.	город Жезказган
Енсебаев Р.З.	город Семипалатинск

Лица, участвовавшие в листинге домовладений

Листеры Сарсенбаева А.П. Яхиев К.Я.	<i>Южный регион</i>	Картографы Жургенбаев М. Мукашев Е.
Листеры Ткач Н.З. Балгабаев О.	<i>Западный регион</i>	Картографы Касенова Ж. Бекбосынов С.Т.
Листеры Мамонова Л.П. Куанжанова Г.Г.	<i>Центральный регион</i>	Картографы Кусаинов Е. Синявский В.
Листеры Шарипова А. Смагулов Б.	<i>Северный регион</i>	Картографы Икласова А. Ходжабеков Б.
Листеры Мухамеджанов Т.Р. Алпысбаев Б.Т.	<i>Восточный регион</i>	Картографы Алпысбаев А.Т. Мухамеджанова Р.Р.
Листеры Берденова Г.Т. Биржанова Б.	<i>город Жезказган</i>	Картографы Нуржанова Г. Ашенова Д.С.
Листеры Ашенова Ж.С. Жаманшина М.Г.	<i>город Семипалатинск</i>	Картографы Алдабергенова Т. Сугурова З.

Лица, участвовавшие в основных исследованиях

Южный регион Координатор Балгимбеков Ш.А. Супервизор Чуенбекова А.Б., Полевой редактор Мырзабекова К.А., Интервьюеры Басхожаев Д., Байжанова К., Бейсетаева Ж., Головахо И., Жантеева А., Сыдыкова Г. Мед.техник Жантеев М.Е.	Западный регион Координатор Карабалин Н.С. Супервизор Баимбетова А.М. Полевой редактор Бекмуратова Айг.Я. Интервьюеры Мусабеков С.М., Имакова Г.У., Касенова К.Т., Калкулова Б., Карина Л., Килыбаева Б.А. Мед.техник Махмудов Б.М.
--	--

Центральный регион

Координатор

Канапин Т.К.

Супервизор

Молдахметова Г.

Полевой редактор

Ибраева Б.С.

Интервьюеры

Абдрахманов М.,

Аманкулова Ж.,

Ашениова Ж.С.,

Берденова А.С.,

Канапина А.Т.,

Канапина У.Т.

Мед.техник

Куланбаев А.

Северный регион

Координатор

Машкеев А.К.

Супервизор

Сарсембаева А.П.

Полевой редактор

Искакова К.С.

Интервьюеры

Аубакиров М.Г.,

Абитаева Д.Е.,

Баяндина Б.,

Оспанбекова А.,

Тлеубердина Г.Д.,

Мусырова Ж.К.

Мед.техник

Бекбосынов С.Т.

Восточный регион.

Координатор

Цой И.Г.

Супервизор

Кудайбергенова З.К.

Полевой редактор

Курмангалиева Э.А.

Интервьюеры

Койшыбаев Б.Т.,

Алибаева Н.,

Долматова О.В.,

Истелюева М.Б.,

Сулейменова Д.,

Султанова М.Т.

Мед.техник

Жамашев Д.К.

город Жезказган

Супервизор

Салханова А.Б.

Полевой редактор

Батырбекова Ж.Б.

Интервьюеры

Кусаинов Е.,

Жанибекова З.,

Жунусова А.,

Канапина Р.Т.,

Мухамбетова Б.

Мед.техник

Батырбеков Д.М.

город Семипалатинск

Супервизор

Мукашева О.

Полевой редактор

Краснова И.В.

Интервьюеры

Улыкпанов Д.,

Бекмуратова Айс.Я.,

Жакишева С.,

Нугманова Ж.Б.,

Шалаганова М.

Мед.техник

Амреев Б.К.

Группа компьютерной обработки материалов исследования

Координатор по обработке данных

Измухамбетов А.Т.

Редактора в офисе

Берденова Г.Т.,

Жаманшина М.Г.

Операторы

Алпысбаев Б.Т.,

Ибраева К.,

Касенова О.,

Куанжанова Г.Г.

Мухамеджанов Т.Р.,

Отемуратова У.С.,

Романова Л.Г.,

Шайхина Б.