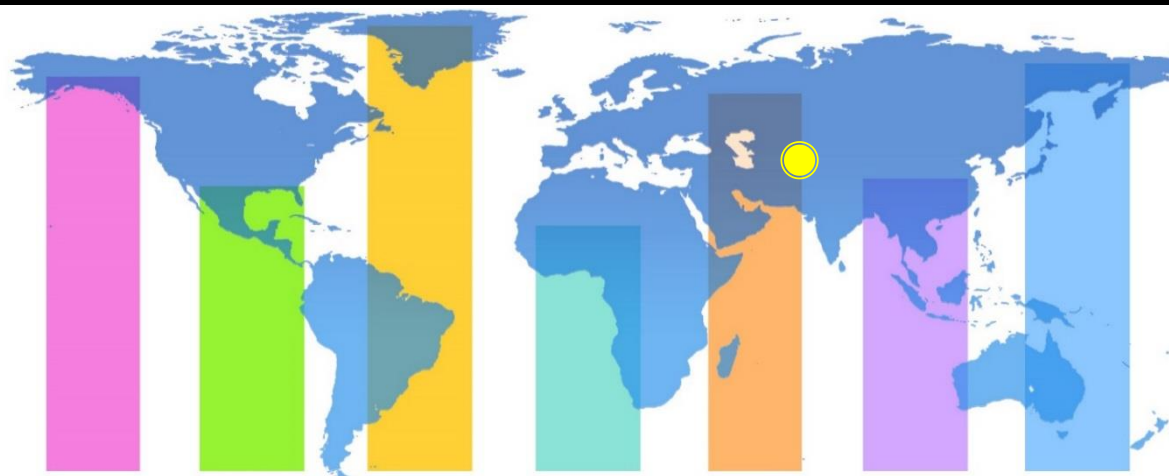


Таджикистан



Медико-
Демографическое
Исследование

2023

Отчет по ключевым индикаторам



Таджикистан

Медико-Демографическое Исследование 2023

Отчет по ключевым индикаторам

Агентство по статистике при Президенте Республики Таджикистан
Душанбе, Республика Таджикистан

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

Программа DHS
ICF
Роквилл, штат Мэриленд, США

Июль 2024



Медико-демографическое исследование Таджикистана 2023 года (2023 МДИТ) было выполнено Агентством по статистике при Президенте Республики Таджикистан. Финансирование МДИТ было предоставлено Правительством Таджикистана и Агентством США по международному развитию (USAID). Дополнительное финансирование исследования было предоставлено Детским фондом Организации Объединенных Наций (UNICEF) и Фондом Организации Объединенных Наций в области народонаселения (UNFPA). ICF оказал техническую помощь в рамках Программы DHS, проекта, финансируемого USAID, обеспечивающего поддержку и техническую помощь в проведении исследований населения и здоровья в странах по всему миру.

Дополнительную информацию о МДИТ 2023 года можно получить в Агентстве по статистике при Президенте Республики Таджикистан, г. Душанбе, ул. Бохтара 17; Республика Таджикистан; телефон: 992-372-23-02-45; факс: 992-372-21-43-75; электронная почта: stat@tojikiston.com; интернет: <https://www.stat.tj>.

Информацию о Программе DHS можно получить по адресу: ICF, 530 Gaither Road, Suite 500, Rockville, MD 20850, США; телефон: +1-301-407-6500; факс: +1-301-407-6501; электронная почта: info@DHSprogram.com; Интернет: www.DHSprogram.com.

Содержание данного отчета является исключительной ответственностью Агентства по статистике при Президенте Республики Таджикистан и ICF и не обязательно отражает точку зрения USAID, Правительства Соединенных Штатов Америки или других донорских организаций.

Рекомендуемая ссылка:

Агентство по статистике при Президенте Республики Таджикистан, Министерство здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан и ICF. 2024. *Медико-демографическое исследование Таджикистана 2023: отчет по ключевым индикаторам*. Душанбе, Республика Таджикистан и Роквилл, штат Мэриленд, США: Агентство по статистике при Президенте Республики Таджикистан, Министерство здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан и ICF.

СОДЕРЖАНИЕ

ТАБЛИЦЫ И РИСУНКИ.....	v
АББРЕВИАТУРЫ И СОКРАЩЕНИЯ	vii
ПРЕДИСЛОВИЕ.....	ix
1 ВВЕДЕНИЕ	1
Цели исследования.....	1
2 ПРОВЕДЕНИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ	3
2.1 Дизайн Выборки	3
2.2 Вопросники	4
2.3 Антропометрия и Тестирование на Анемию	5
2.4 Претест и КАПИ Тренинг Тренеров.....	6
2.5 Обучение Полевого Персонала	7
2.6 Полевые Работы.....	9
2.7 Обработка Данных.....	9
3 ОСНОВНЫЕ ВЫВОДЫ	11
3.1 Уровни Ответности	11
3.2 Характеристика Респондентов	11
3.3 Рождаемость.....	12
3.4 Подростковая Рождаемость.....	14
3.5 Предпочтения Рождаемости.....	15
3.6 Планирование Семьи.....	15
3.6.1 Использование контрацептивов	15
3.6.2 Необходимость и спрос на планирование семьи	17
3.7 Исходы Беременности и Коэффициенты Искусственных Абортов.....	18
3.7.1 Исходы беременности	19
3.7.2 Суммарный Коэффициент Искусственных Абортов.....	20
3.7.3 Причины Искусственного Аборта.....	21
3.8 Смертность Среди Детей	21
3.9 Материнский Уход	22
3.9.1 Дородовое Наблюдение.....	22
3.9.2 Родовспоможение	24
3.9.3 Послеродовой Уход за Матерью	24
3.10 Обращение за Медицинской Помощью и Лечение Детских Болезней	24
3.11 Статус Питания Детей.....	26
3.12 Кормление Детей Грудного и Раннего Возраста	28
3.13 Домашнее Насилие в Отношении Женщин	30
3.13.1 Опыт Множественных Форм Насилия.....	31
3.13.2 Насилие со стороны Интимного Партнера совершенное Нынешним или Последним Мужем/интимным партнером	32
3.14 ВИЧ.....	33
3.14.1 Знания о Профилактике среди Молодежи.....	33
3.14.2 Сексуальное Поведение.....	34
3.14.3 Предыдущее Тестирование на ВИЧ.....	35
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	37

ТАБЛИЦЫ И РИСУНКИ

Таблица 1	Результаты интервью домохозяйств и индивидуальных интервью.....	11
Таблица 2	Основные характеристики респондентов.....	12
Таблица 3	Текущая рождаемость.....	13
Таблица 4	Подростковая беременность.....	14
Таблица 5	Предпочтения рождаемости по числу живых детей.....	15
Таблица 6	Текущее использование контрацепции по основным характеристикам.....	16
Таблица 7	Потребность и спрос на планирование семьи среди замужних в настоящее время женщин.....	18
Таблица 8	Исход беременности по основным характеристикам.....	19
Таблица 9	Показатели искусственных абортов.....	20
Таблица 10	Показатели смертности детей раннего возраста.....	22
Таблица 11	Охрана здоровья матери.....	23
Таблица 12	Лечение симптомов ОРИ, лихорадки и диареи.....	25
Таблица 13	Статус питания детей.....	27
Таблица 14	Индикаторы кормления детей грудного и раннего возраста (КДГРВ).....	29
Таблица 15	Опыт различных форм насилия.....	31
Таблица 16	Насилие со стороны интимного партнера по основным характеристикам.....	32
Таблица 17	Знания о методах профилактики ВИЧ среди молодых женщин.....	34
Таблица 18	Множественные половые партнеры и половое сношение повышенного риска за последние 12 месяцев.....	35
Таблица 19	Охват предыдущим тестированием на ВИЧ.....	36
Рисунок 1	Тенденции рождаемости по месту жительства.....	13
Рисунок 2	Тенденции в использовании, потребности и спросе по планированию семьи.....	17
Рисунок 3	Исходы беременности.....	20
Рисунок 4	Причины аборта.....	21
Рисунок 5	Тенденции в показателях смертности детей раннего возраста.....	22
Рисунок 6	Тенденции по помощи в родах.....	24
Рисунок 7	Тенденции статуса питания детей.....	28
Рисунок 8	Тенденции исключительного грудного вскармливания.....	29

АББРЕВИАТУРЫ И СОКРАЩЕНИЯ

ВИЧ	Вирус иммунодефицита человека
ВКР	Возрастной коэффициент рождаемости
ВМС	Внутриматочная спираль
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ДРН	Дородовое наблюдение
КАПИ	Компьютерно-автоматизированное персональное интервьюирование
КДГРВ	Кормление детей грудного и раннего возраста
МДИ	Медико-Демографическое Исследование
МЛА	Метод лактационной аменореи
ОКИА	Общий коэффициент искусственных аборт
ОКР	Общий коэффициент рождаемости
ОРИ	Острая респираторная инфекция
ОРС	Оральная регидратационная соль
ПВБ	Продовольствие во имя будущего
ПЕВ	Первичная единица выборки
ПРУ	Послеродовой уход
ПУ	Переписной участок
СКИА	Суммарный коэффициент искусственных аборт
СКР	Суммарный коэффициент рождаемости
СО	Стандартное отклонение
СпКР	Специальный коэффициент рождаемости
УРК	Уровень распространенности контрацепции
ЦУР	Цели устойчивого развития
CSPro	Программа обработки переписи населения и опросов
UNFPA	Фонд Организации Объединенных Наций в области Народонаселения
UNICEF	Детский Фонд Организации Объединенных Наций
USAID	Агентство Соединенных Штатов Америки по Международному Развитию

ПРЕДИСЛОВИЕ

Агентство по статистике при Президенте Республики Таджикистан с большим удовлетворением представляет результаты Медико-Демографического Исследования Таджикистана 2023 (МДИТ). Агентство по статистике выражает свою признательность всем принявшим участие в проведении 2023 МДИТ и подготовке настоящего отчета ключевых индикаторов.

Особая благодарность выражается следующим организациям:

- Агентству США по международному развитию в Таджикистане за предоставление финансирования для организации и проведения 2023 МДИТ.
- ICF за оказание технической поддержки, обучения полевых сотрудников, консультаций, рекомендаций и анализа собранных данных.
- Детскому Фонду Организации Объединенных Наций (UNICEF) и Фонду Народонаселения Организации Объединенных Наций (UNFPA) в Таджикистане за предоставление дополнительных средств.

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

Более всего, мы высоко ценим сотрудничество всех респондентов, сделавших 2023 МДИТ успешным.

Господин Джамшед Нурмахмадзода,
Директор Агентства по статистике при Президенте
Республики Таджикистан

1 ВВЕДЕНИЕ

Медико-Демографическое Исследование Таджикистана 2023 года (2023 МДИТ) является третьим по счету, проведенным в Таджикистане. Исследование было выполнено Агентством по статистике при Президенте Республики Таджикистан (Таджстат) совместно с Министерством здравоохранения и социальной защиты населения. Сбор данных проходил с 10 августа по 28 ноября 2023 года. ICF оказал техническую помощь в рамках Программы демографических и медицинских исследований (DHS), которая финансируется Агентством США по международному развитию (USAID) и предлагает финансовую поддержку и техническую помощь в проведении исследований населения и здоровья в странах мира. Другими учреждениями и организациями, которые способствовали успешному проведению исследования посредством технической или финансовой поддержки, были Детский фонд Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ) и Фонд Организации Объединенных Наций в области народонаселения (ЮНФПА).

Данный отчет по ключевым показателям представляет первый взгляд на отдельные выводы 2023 МДИТ. Всесторонний анализ данных будет представлен позднее в итоговом отчете в 2024 году.

Цели Исследования

Основная цель 2023 МДИТ заключается в предоставлении актуальных оценок основных демографических показателей и показателей здоровья. В частности, 2023 МДИТ собрало информацию о фертильности и использовании контрацептивов, здоровье и питании матери и ребенка, смертности детей, домашнем насилии в отношении женщин, дисциплине детей, осведомленности и поведении в отношении ВИЧ/СПИДа и других инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), а также о других проблемах, связанных со здоровьем, таких как курение.

Информация, собранная в рамках 2023 МДИТ, предназначена для оказания помощи специалистам, ответственным за формулирование политики и руководителям программ в оценке и разработке программ и стратегий по улучшению состояния здоровья населения Республики Таджикистан. В 2023 МДИТ также представлены показатели, имеющие отношение к Целям устойчивого развития (ЦУР) для Таджикистана.

2 ПРОВЕДЕНИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1 ДИЗАЙН ВЫБОРКИ

Основой выборки, используемой для 2023 МДИТ является перепись населения и жилищного фонда Таджикистана 2020 года (ПНЖФ 2020), проведенная Агентством по статистике при Президенте Республики Таджикистан (Таджстат). В административном отношении Таджикистан разделен на пять административных регионов: Душанбе, Районы республиканского подчинения (РРП), Согдийскую и Хатлонскую области и Горно-Бадахшанскую автономную область (ГБАО). Каждый регион подразделяется на городскую и сельскую местность. Страна разделена на 68 районов, распределенных по регионам страны. Каждый район, в свою очередь, делится на переписные участки, которые, в свою очередь, подразделяются на инструкторские участки. Каждый инструкторский участок делится на городские счетные участки (СУ) или сельские поселения.

Основой выборки 2023 МДИТ является перечень СУ и естественных сельских поселений, охватывающих все городские и сельские местности страны, при этом первичными единицами выборки (ПЕВ) являются СУ в городской местности и деревни в сельской местности. Счетный участок—это географическое пространство, в городской местности это обычно городской квартал, состоящий из достаточного количества домохозяйств, необходимых для эффективного подсчета; каждый СУ служит в качестве счетной единицей для переписи населения. В ПНЖФ 2020 карты СУ не использовались для переписи. Городские СУ могут быть идентифицированы по списку строений/домохозяйств, проживающих в СУ, вместе с описывающим файлом. В сельской местности СУ—это естественная деревня или часть большой деревни. Сельские СУ могут быть идентифицированы с помощью сельской администрации.

Выборка была разработана таким образом, чтобы получить репрезентативные результаты по стране в целом, отдельно для городской и для сельской местностей, а также по каждому из пяти административных регионов. Кроме того, как и в предыдущем исследовании МДИТ, выборка была разработана таким образом, чтобы можно было представить определенные показатели для 12 районов Хатлонской области, охваченных программой «Продовольствие во имя будущего» (ПВБ), которые были объединены в единую территорию ПВБ. Из выборки были исключены институциональные группы населения, такие как лица, находящиеся в гостиницах, казармах и тюрьмах.

Дизайн выборки 2023 МДИТ является стратифицированной двухступенчатой выборкой. Первый этап включал в себя отбор выборочных точек (кластеров), состоящих из счетных участков. Счетные участки были отобраны с вероятностью, пропорциональной их размеру для каждой страты. Всего было отобрано 370 кластеров, 166 в городской местности и 204 в сельской местности.

Второй этап включал в себя систематическую выборку домохозяйств. Во всех отобранных кластерах была проведена полевая работа по составлению списков домохозяйств, и с равной вероятностью было отобрано фиксированное число 22 домохозяйств в каждом кластере с общей суммой выборки примерно в 8 140 домохозяйств.

Право на участие в исследовании имели все женщины в возрасте от 15 до 49 лет, которые либо постоянно проживали в выбранных домохозяйствах, либо находились там в ночь перед интервью. Тестирование на гемоглобин проводилось в каждом домохозяйстве среди женщин в возрасте от 15 до 49 лет, которые согласились пройти тестирование. С согласия родителя или опекуна дети в возрасте от 6 до 59 месяцев также были протестированы на анемию в каждом домохозяйстве. Данные измерений роста/длины и массы тела были собраны у подходящих женщин в возрасте 15–49 лет и у детей в возрасте 0–59 месяцев во всех домохозяйствах. Кроме того, в каждом домохозяйстве, одна женщина на домохозяйство была выбрана методом случайной выборки в подвыборку для интервью по дополнительным вопросам о домашнем насилии.

2.2 ВОПРОСНИКИ

Для 2023 МДИТ использовались три вопросника: Вопросник домохозяйства, Вопросник женщины и Вопросник биомаркера. Вопросники, основанные на типовых анкетах Программы DHS, были адаптированы для отражения проблем населения и здравоохранения, актуальных для Таджикистана.

Предложения были запрошены от различных заинтересованных сторон, представляющих правительственные министерства и ведомства, неправительственные организации и международных доноров. После того, как все вопросники были доработаны на английском языке, они были переведены на русский и таджикский языки.

Вопросник домохозяйства был использован для составления списка всех членов и посетителей выбранных домохозяйств. По каждому из перечисленных лиц была собрана основная демографическая информация, включая возраст, пол, семейное положение, образование и отношение к главе домохозяйства. Для детей в возрасте до 18 лет определялся статус выживания родителей. Данные о возрасте и половой принадлежности перечисленных лиц были использованы для выявления женщин, которые имели право на индивидуальные интервью. Вопросник домохозяйства также собирал информацию по дисциплинарным методам, применявшимся в отношении одного случайно выбранного ребенка в возрасте от 1 до 14 лет в каждом домохозяйстве, а также о характеристиках жилого помещения домохозяйства, таких как источник воды, тип туалета, материалы, используемые для пола, наружных стен и кровли, а также о владении различными потребительскими товарами.

Вопросник женщины был использован для сбора информации обо всех женщинах в возрасте 15–49 лет. Респондентам были заданы вопросы по следующим темам:

- Основные сведения: возраст, дата рождения, продолжительность проживания, предыдущее место жительства, грамотность, образование, доступ к средствам массовой информации, владение мобильным телефоном и использование его для финансовых операций, использование Интернета
- Репродукция: когда-либо рожденные дети, история беременности, причины аборта, смертность детей, наличие свидетельства о смерти ребенка, текущая беременность, возраст при первой менструации
- Контрацепция: знание и использование контрацепции, источники методов контрацепции, информация о планировании семьи
- Беременность и послеродовой уход, иммунизация детей, здоровье и питание детей: дородовой уход, роды, послеродовой уход, практика грудного вскармливания и прикорма, охват вакцинацией, распространенность и обращение за медицинской помощью в связи с диареей, острой респираторной инфекцией (ОРИ) и лихорадкой, использование ОРТ; практика кормления детей грудного и раннего возраста (КДГРВ), разнообразие рациона питания женщин
- Брак и сексуальная активность: семейное положение, возраст вступления в первый брак, возраст первого полового акта, недавняя сексуальная активность, количество и тип сексуальных партнеров, другие жёны, использование презервативов
- Предпочтения в отношении деторождения: желание иметь больше детей, идеальное количество детей, гендерные предпочтения, намерение использовать планирование семьи и кто принимает это решение, давление с целью забеременеть, сообщения в СМИ о планировании семьи

- Данные про мужа и работа женщины: возраст мужа, уровень образования и род занятий, род занятий респондента, источники заработка; принятие решений; домовладение, отношение к избиванию жены
- ВИЧ/СПИД: знания о СПИДе, пути передачи, источники информации, поведение во избежание ИППП и СПИДа, стигма, история тестирования на ВИЧ
- Другие проблемы со здоровьем: употребление алкоголя и курение, обследование груди, тесты на рак шейки матки, проблемы с доступом к медицинской помощи, неинфекционные заболевания (НИЗ)
- Домашнее насилие: информация о распространенности и частоте физического, сексуального и эмоционального насилия
- Календарь: пятилетний календарь репродуктивных событий (рождения, беременности, прерывания и продолжительность, использование контрацептивов)

В связи с тем, что записи о вакцинации на дому в Таджикистане являются редкостью, в МДИТ также собирались данные о вакцинации детей, хранящиеся в медицинских учреждениях, в соответствии с протоколом, идентичным тому, который использовался в МДИТ 2012 и 2017 годов. В частности, данные о вакцинации собирались у матерей либо путем просмотра записей на дому, либо через воспоминания матерей, а также из форм вакцинаций в медицинских учреждениях. В последнем случае матери, дающие согласие, предоставляли адрес учреждения и имя медработника; затем супервизор команды посещал медицинское учреждение и копировал записи о каждом ребенке, имеющем право на участие в исследовании.

Вопросник биомаркера использовала для записей результатов антропометрических измерений и уровня гемоглобина крови.

Кроме того, с помощью самостоятельно заполняемого Вопросника полевого работника была собрана информация о работниках, участвовавших в исследовании: супервизорах, интервьюерах и биомаркерах.

Методология исследования 2023 МДИТ и все инструменты были одобрены Экспертным советом организации ICF. По закону о статистике, Таджстат уполномочен проводить исследования домохозяйств в Таджикистане, и для МДИТ не требуется одобрение местного этического комитета по мониторингу исследований. Правительство Таджикистана поручило Таджстату выполнить 2023 МДИТ в сотрудничестве с Министерством здравоохранения и социальной защиты населения (МЗСЗН); также был издан государственный указ о создании 2023 МДИТ Межведомственного руководящего комитета, который осуществлял надзор за утвержденным планом и протоколами проведения исследования.

2.3 АНТРОПОМЕТРИЯ И ТЕСТИРОВАНИЕ НА АНЕМИЮ

В дополнение к данным, собранным в ходе интервью, 2023 МДИТ включил два биомаркера: антропометрию и тестирование на анемию. Данные связанные с антропометрическими измерениями и результатами тестирования на анемию, записывались в Вопроснике биомаркера. Протокол тестирования на анемию был рассмотрен и одобрен Министерством здравоохранения и Экспертным советом организации ICF.

Антропометрия. Измерения массы тела проводились с помощью весов SECA с цифровым дисплеем (номер модели SECA 874). Рост и длина измерялись с помощью ростомера ShortBoard®. Детей в возрасте до 24 месяцев измеряли лежа (длина), а детей старшего возраста и взрослых—стоя (рост).

Чтобы оценить точность измерений, 10% детей в кластере были случайным образом отобраны для повторного измерения. Программа МДИ определяет разницу менее 1 сантиметра между двумя измерениями роста как приемлемый уровень точности. Дети с z-оценкой менее -3 или более 3 по соотношению роста-к-возрасту, массы тела-к-росту или массы тела-к-возрасту были отмечены и измерены во второй раз. Повторное измерение помеченных случаев было выполнено для обеспечения точной отчетности о росте. Родителям или опекунам детей с z-оценкой -3 или менее по отношению массы тела-к-росту выдавалось направление в связи с тяжелой острой недостаточностью питания и предписывалось доставить ребенка в медицинское учреждение для последующего наблюдения.

Анемия. Образцы крови для тестирования на анемию были взяты у женщин в возрасте от 15 до 49 лет, которые согласились пройти тестирование. Образцы крови также были взяты у детей в возрасте от 6 до 59 месяцев, чьи родители или опекуны дали согласие на тестирование. Образцы крови брались из капли крови, взятой из прокола пальца (или прокола пятки у детей в возрасте 6–11 месяцев) и собранной в микрокювету. Анализ гемоглобина проводили на месте с помощью портативного прибора NemoCue® 201+ с батарейным питанием. Результаты теста были предоставлены в устной и письменной форме. Родителям или опекунам детей с уровнем гемоглобина ниже 8 г/дл было выдано направление и предписано отвезти ребенка в медицинское учреждение для последующего наблюдения. Кроме того, взрослые направлялись на последующее наблюдение, если их уровень гемоглобина был ниже 8 г/дл.

2.4 ПРЕТЕСТ И КАПИ ТРЕНИНГ ТРЕНЕРОВ

В течение 4-недельного периода с 10 мая по 3 июня 2023 года, 11 женщин приняли участие в обучении для претеста вопросников 2023 МДИТ. С 10 по 21 мая 2023 года обучение в классе было сосредоточено на содержании вопросников. Кроме того, участники посетили местное медицинское учреждение, чтобы попрактиковаться в копировании записей дат вакцинации из медицинских карт детей и других форм записи прививок, хранящихся в медицинском учреждении. С 22 по 29 мая 2023 года проводилось обучение как пользоваться системой компьютерно-автоматизированного персонального интервьюирования (КАПИ)—электронной системой сбора данных, запрограммированной на планшетных компьютерах, которые участники использовали для проведения исследования. Сотрудники Программы DHS и консультант ICF, базирующийся в Душанбе, провели обучение на русском и таджикском языках при поддержке сотрудников Таджикистана. Кроме того, ведущие специалисты из МЗСЗН приняли участие в обучении и предоставляли информацию по планированию семьи и репродуктивному здоровью, иммунизации детей, а также по здоровью и питанию детей. Абдували Набизода из Таджикистана прочитал лекцию на таджикском языке о гендерном насилии в Таджикистане.

Обучение биомаркеров в классе началось 19 мая и продолжалось до 29 мая 2023 года. В обучении приняли участие 6 участников, все из которых были специалистами с медицинским образованием. Обучение проводилось сотрудниками Программы DHS на английском языке с последовательным переводом на русский или таджикский языки, и включало в себя инструкции в классе по антропометрии, тестированию на анемию и записи результатов в бумажный Вопросник биомаркера. Обучение было разделено на три части: занятия в классе по антропометрии и анемии, упражнения по стандартизации и практика измерений в классе, а затем полевая практика с интервьюерами. Подготовка биомаркеров (как женщин, так и мужчин) в классе проводилась в том же здании, что и подготовка интервьюеров, что позволило обеспечить тесное взаимодействие биомаркеров и интервьюеров.

Полевые работы претеста проводились с 30 мая по 2 июня 2023 года. Интервьюеры и биомаркеры были разделены на три команды и работали в Районах Республиканского Подчинения, районе Рудаки, джамоат Чоргултеппа (в городской и сельской местности). Всего было проведено 72 интервью с женщинами и 48 интервью с домохозяйствами; кроме того, было заполнено 36 вопросников биомаркера. Большинство интервью проводилось на таджикском языке. Сорок четыре женщины

были измерены и протестированы на анемию; среди детей, 30 были измерены и 25 были протестированы на анемию. В конце каждого дня, как время полевых работ и так и после их завершения, все команды собирались в конце дня в центральном офисе для обсуждения полевой работы, и все изменения в вопросниках были произведены на основе результатов претеста.

Тренинг тренеров КАПИ (ТТ) стартовал 5 июня и продлился пять дней. Для участия в КАПИ ТТ были назначены шесть ИТ-специалистов из Таджикистана, большинство из которых ранее прошли обучение во время претеста. Цели КАПИ ТТ заключались в том, чтобы предоставить техническое содержание и учебные материалы системы КАПИ и укрепить навыки участников в проведении обучения, в чтобы они могли играть ведущую роль в основном обучении.

2.5 ОБУЧЕНИЕ ПОЛЕВОГО ПЕРСОНАЛА

Восемьдесят три человека (все женщины) приняли участие в 4-недельном основном учебном курсе по интервьюированию, который состоял из лекций, демонстраций и практических интервью. В обучении биомаркеров для МДИТ приняли участие 35 человек (24 женщины и 11 мужчин), все из которых имели ту или иную клиническую подготовку или опыт проведения медицинских исследований.

Тренинг тренеров (ТТ) был проведен 3–5 июля 2023 года, до основного тренинга. Целью ТТ была подготовка мастеров-тренеров к основному курсу обучения. Семь тренеров (все женщины) были выбраны из 11 участников претеста на основе результатов их работы. Тренеры были набраны через региональные отделения Таджикистана; позже они выступали в качестве супервизоров команд или полевых наблюдателей за контролем качества или региональных координаторов во время сбора данных 2023 МДИТ.

Основной тренинг по полевым работам проводился с 6 июля по 4 августа 2023 года под руководством семи мастеров-тренеров при поддержке сотрудников Программы DHS. Тренинг интервьюеров проводился на таджикском языке, на сессиях обсуждались концепции, процедуры и методология проведения опроса. Участникам объясняли содержание вопросников. Кроме того, в занятиях приняли участие ведущие профильные специалисты Министерства здравоохранения, которые рассказали о таких темах, как планирование семьи и репродуктивное здоровье, иммунизация детей, а также здоровье и питание детей. Абдували Набизода из Таджикистана прочитал лекцию о гендерном насилии в Таджикистане. Тренинг включал в себя презентации, лекции, практические упражнения, демонстрационные интервью, ролевые игры, групповую работу, обучающие видео и викторины. Упражнения в классе включали в себя зондирование возраста, проверку соответствия возрасту, копирование информации из карт вакцинации, заполнение репродуктивного календаря и отработку интервью. Все участники также прошли обучение тому, как проверять бытовую соль на йод.

После завершения тренинга с использованием бумажных анкет сотрудники Таджикистана и консультант ICF из Душанбе провели недельный тренинг по компьютерно-автоматизированного персонального интервьюирования (КАПИ) на таджикском языке при поддержке сотрудников Программы DHS. Пятеро ИТ-специалиста, прошедшие обучение в рамках программы КАПИ ТТ так же помогли в проведение тренинга. С 19 по 28 июля 2023 года участники обучались особенностям системы сбора данных, различным ситуациям и техническим проблемам, с которыми обычно сталкиваются в ходе полевых работ, а также о способах решения проблем.

Обучение биомаркерам в классе началось 19 июля и продлилось до 28 июля 2023 года. Этот тренинг был проведен сотрудниками Программы DHS при помощи двух мастеров-тренеров по биомаркерам. Обучению также помогали три дополнительных тренера, которые приняли участие во время претеста и продемонстрировали мастерство во всех процедурах по биомаркерам. Учебные материалы были представлены на русском языке с дополнительными пояснениями на таджикском языке, когда это было необходимо, чтобы помочь слушателям в понимании.

Обучение по биомаркерам было разделено на четыре части: (1) обучение в классе процессу 2023 МДИТ, критериям приемлемости, информированному согласию и надлежащей записи результатов в вопроснике биомаркера на бумаге; (2) работа в классе и практическая подготовка по методам антропометрии DHS, включая упражнения по стандартизации; (3) в классе и практические занятия по сбору капиллярной крови и тестированию на анемию; и (4) практическая работа в полевых условиях с интервьюерами. Подготовка биомаркеров в классе проводилась в том же здании, что и подготовка интервьюеров, что позволило обеспечить тесное взаимодействие между биомаркерами и интервьюерами.

Что касается антропометрии, то биомаркеры были обучены как измерять рост и массу тела детей и взрослых. Тренинг по измерению роста детей включал упражнения по стандартизации и повторной стандартизации для тех биомаркеров, которые не выдержали упражнения по стандартизации. Участникам были разъяснены результаты интра-наблюдатель и интер-наблюдатель вариаций одних и тех же измерений, а также понятия точности и аккуратности измерений.

Для того, чтобы предоставить участникам тренинга по биомаркерам практический опыт до начала полевой практики, биомаркеры отработывали навыки друг на друге и на других сотрудниках Таджстата, Программы DHS и интервьюерах. Шесть матерей с детьми посетили обучение в начале обучения антропометрии, чтобы в режиме реального времени продемонстрировать протоколы измерений со взрослыми и детьми. После этих демонстраций и дальнейшего обучения методам антропометрии в классе, упражнения стандартизации по антропометрии были проведены в помещении где проводилось обучение. В течение пяти дней практики и стандартизации Таджстат организовал участие в тренинге в общей сложности около 110 детей.

Кроме того, была проведена специальная сессия по антропометрии со всеми супервизорами команд. В последний день занятий в классе сотрудники Программы DHS встретились с супервизорами, чтобы объяснить использование контрольных списков, предоставленных им для помощи в надзоре за работой биомаркеров. Супервизорам также было предоставлено краткое изложение процедур повторных измерений, в ходе которых супервизор и биомаркеры будут повторно посещать примерно 2–3 ребенка в кластере для проверки качества антропометрических измерений.

Для улучшения координации работы команды в Таджстате было также организовано совместное занятие в классе с интервьюерами перед тем, как отправиться на полевую практику. Всем участникам тренинга и сотрудникам в Таджстате был продемонстрирован обзор сбора биомаркеров в 2023 МДИТ. В этом обзоре объяснили критерии отбора для сбора биомаркеров, использование вопросников домохозяйств и биомаркера для регистрации данных, надлежащие процедуры получения информированного согласия, а также логистика упаковки и транспортировки. Особое внимание было уделено сбору качественных данных. Все участники также получили краткий инструктаж о том, как оказывать помощь в проведении антропометрических измерений.

На протяжении всего тренинга участники оценивались с помощью упражнений в классе, тестов и наблюдений, сделанных во время полевой практики. В конце тренинга команды были сформированы путем отбора супервизоров, интервьюеров и биомаркеров. Супервизоры прошли дополнительное обучение по процедурам контроля качества данных, координации полевых работ, управлению и сбору записей об иммунизации из формы 63 МЗСЗН и карт развития ребенка непосредственно на планшетные компьютеры.

Для проведения полевой практики супервизоры, интервьюеры и биомаркеры были разделены на 18 команд, каждая из которых состояла из одного супервизора, четырех интервьюеров и двух биомаркеров. Полевая практика проходила в селе Тестар региона РПП в 18 кластерах с заранее включенными в список жилыми домохозяйствами в кластерах, не включенных в выборку, где команды имели возможность провести опрос в реальной ситуации. Полевая практика проходила в течение 3 дней (29–31 июля 2023 года). Для проведения опроса каждый интервьюер посещал не менее двух

домохозяйств в день. В ходе полевой практики было проведено в общей сложности 269 интервью с женщинами и 169 интервью с домохозяйствами. Для отработки сбора биомаркеров было измерено около 238 женщин и 201 были протестированы на анемию. Среди детей было измерено 174 и 113 были протестированы на анемию.

2.6 ПОЛЕВЫЕ РАБОТЫ

Сбор данных осуществлялся 15 полевыми командами, каждая из которых состояла из одной женщины-супервизора, четырех женщин-интервьюеров и двух биомаркеров (по крайней мере, одна из которых была женщиной). Полевые работы начались в большинстве регионов 10 августа 2023 года и завершились 28 ноября 2023 года.

Мониторинг полевых работ был неотъемлемой частью МДИТ. Старший технический персонал МДИТ из Таджикистана, три полевых монитора контроля качества МДИ, три полевых монитора контроля качества биомаркеров, пять полевых координаторов и четыре координатора КАПИ регулярно посещали команды для обзора работы и мониторинга качества данных. Представители Программы DHS также посетили команды для мониторинга сбора данных и наблюдения за тестированием на анемию, а также измерением роста и веса женщин и детей в возрасте до 5 лет. Во время выездов на места сотрудники предоставляли командам, которые они посещали (супервизору, интервьюерам и биомаркерам), критически важные рекомендации на основе увиденного для улучшения их работы. Кроме того, они использовали таблицы полевых проверок МДИТ, основанные на данных из завершенных кластеров, чтобы проиллюстрировать проблемы, характерные для каждой посещенной команды. Полевые контрольные таблицы на основе заполненных анкет, введенных в ходе полевых работ, создавались в режиме реального времени по мере продвижения полевых работ и были доступны онлайн с помощью платформы SyncCloud. Таблицы просматривались и обсуждались с сотрудниками Таджикистана на постоянной основе, чтобы предупредить полевые команды о проблемах с качеством данных, обнаруженных в ходе полевых работ, и обеспечить непрерывный сбор качественных данных на протяжении всей полевой работы.

2.7 ОБРАБОТКА ДАННЫХ

МДИТ использовал систему на базе Windows. Все электронные файлы данных передавались через защищенный сервер SyncCloud в центральный офис Таджикистана в Душанбе, где хранились на компьютере, защищенном паролем. Операция обработки данных включала в себя вторичное редактирование, которое требовало устранения выявленных компьютером несоответствий и кодирования открытых вопросов. Данные были обработаны пятью ИТ-специалистами/вторичными редакторами, которые приняли участие в основном тренинге полевой работы, тренинге тренеров и обучении вторичному редактированию; они находились под дистанционным наблюдением сотрудников Программы DHS. Редактирование данных осуществлялось с помощью программного обеспечения CSPro. Вторичное редактирование и обработка данных были начаты в декабре 2023 года и завершены в феврале 2024 года.

3 ОСНОВНЫЕ ВЫВОДЫ

3.1 УРОВНИ ОТВЕТНОСТИ

В **Таблице 1** представлены показатели ответственности в 2023 МДИТ. В общей сложности для выборки МДИТ было отобрано 8 140 домохозяйств, из которых 8 070 были заселенными. Из заселенных домохозяйств 8 035 были успешно опрошены, в результате чего доля ответивших составила более 99%. В опрошенных домохозяйствах 9 930 женщин в возрасте от 15 до 49 лет были определены как имеющие право на индивидуальные интервью. Были проведены интервью с 9 879 женщинами, в результате чего процент ответивших составил более 99%.

Таблица 1 Результаты интервью домохозяйств и индивидуальных интервью

Количество домохозяйств, количество интервью и показатели ответственности, в соответствии с местом проживания (невзвешенные), Таджикистан МДИ 2023

Результат	Место жительства		Всего
	Город	Село	
Интервью домохозяйств			
Выбранные домохозяйства	3 652	4 488	8 140
Заселенные домохозяйства	3 620	4 450	8 070
Проинтервьюированные домохозяйства	3 597	4 438	8 035
Показатель ответственности домохозяйств ¹	99,4	99,7	99,6
Интервью с женщинами 15–49 лет			
Число женщин, подлежащих интервью	4 245	5 685	9 930
Число проинтервьюированных женщин	4 218	5 661	9 879
Показатель ответственности женщин, подлежащих интервью ²	99,4	99,6	99,5

¹ Домохозяйства проинтервьюированные/заселенные домохозяйства.

² Респонденты проинтервьюированные/респонденты подлежащих интервью.

3.2 ХАРАКТЕРИСТИКА РЕСПОНДЕНТОВ

В **Таблице 2** представлены взвешенные и невзвешенные числа и процентное распределение женщин, опрошенных в рамках 2023 МДИТ, по выбранным основным характеристикам. Результаты, представленные в настоящем отчете, основаны на взвешенных данных, которые являются репрезентативными для страны в целом, городской и сельской местности в отдельности и каждого из регионов страны.

Треть (34%) респондентов исследования моложе 25 лет.

Восемь из 10 респондентов (84%) заявили, что у них хорошее или очень хорошее здоровье; только 2% сообщили о плохом или очень плохом состоянии своего здоровья.

Большинство (75%) опрошенных в настоящее время состоят в браке или проживают вместе с партнером, как если бы они состояли в браке; 5% разведены, живут отдельно или овдовели.

Большинство респондентов 2023 МДИТ проживают в сельской местности (73%).

Наблюдается значительный разброс в распределении респондентов по регионам. Более трети (36%) опрошенных проживают в Хатлонской области по сравнению с 2% в ГБАО.

Женщины в Таджикистане, как правило, хорошо образованы. Двенадцать процентов опрошенных имеют высшее образование, 8% имеют профессиональное начальное или среднее образование, 43% имеют общее среднее образование, 33% имеют общее основное образование, только 1% опрошенных никогда не посещали школу и 3% посещали только начальную школу.

Таблица 2 Основные характеристики респондентов

Процентное распределение женщин в возрасте 15–49 лет по выборочным основным характеристикам, Таджикистан МДИ 2023

Основная характеристика	Взвешенный процент	Взвешенное число	Невзвешенное число
Возраст			
15–19	17,3	1 710	1 714
20–24	16,4	1 616	1 566
25–29	15,8	1 559	1 508
30–34	15,6	1 545	1 518
35–39	14,5	1 435	1 464
40–44	11,1	1 096	1 154
45–49	9,3	917	955
Самооценка состояния здоровья			
Очень хорошее	20,8	2 059	1 946
Хорошее	62,7	6 193	6 009
Умеренное	14,6	1 442	1 732
Плохое	1,8	173	181
Очень плохое	0,1	12	11
Семейное положение			
Никогда не состояла в браке	19,9	1 964	2 107
Замужем	74,4	7 349	7 151
Проживает совместно	0,4	43	52
В разводе/живет отдельно	3,9	385	412
Вдова	1,4	137	157
Место жительства			
Город	27,4	2 705	4 218
Село	72,6	7 174	5 661
Область			
Душанбе	10,9	1 077	2 006
ГБАО ¹	1,6	157	815
Согдийская	28,1	2 780	2 117
РРП ²	23,9	2 356	2 277
Хатлонская	35,5	3 509	2 664
Районы ПVB³	19,6	1 937	1 354
Образование			
Без образования	1,3	129	113
Начальное	3,2	314	284
Общее основное	33,1	3 271	3 153
Общее среднее	42,8	4 230	3 882
Профессиональное начальное	1,2	121	145
Профессиональное среднее	6,6	656	757
Высшее	11,7	1 157	1 545
Квintиль богатства			
Низший	18,6	1 842	1 636
Второй	19,9	1 967	1 594
Средний	19,9	1 966	1 603
Четвёртый	19,9	1 964	1 756
Высший	21,7	2 140	3 290
Всего	100,0	9 879	9 879

Примечание: категории образования относятся к самому высокому достигнутому уровню образования, независимо от того, был ли этот уровень завершен или нет.

¹ Горно-Бадахшанская Автономная Область

² Районы Республиканского Подчинения

³ Данные основаны на информации, собранной в домохозяйствах, отобранных в 44 кластерах в 12 районах, входящих в пилотные районы инициативы «Продовольствие во имя будущего» (ПVB) в Хатлонской области.

3.3 РОЖДАЕМОСТЬ

В Таблице 3 представлены суммарные коэффициенты рождаемости (СКР) и возрастные коэффициенты рождаемости (ВКР) среди женщин по 5-летним возрастным группам за 3-летний период, предшествующий исследованию.

Суммарный коэффициент рождаемости

Среднее количество детей, которое женщина могла бы иметь к концу детородного возраста, если бы она рожала детей при текущих возрастных коэффициентах рождаемости. Возрастные коэффициенты рождаемости рассчитываются за 3 года, предшествующие исследованию, на основе подробной истории беременности, предоставленной женщинами.

Выборка: Женщины в возрасте от 15 до 49 лет

- Если бы рождаемость оставалась неизменной на нынешнем уровне, женщина в Таджикистане рожала бы в среднем 3,5 ребенка в течение своей жизни.
- Рождаемость в сельской местности лишь немного выше, чем в городах. В среднем сельские женщины рожают 3,5 ребенка в течение жизни, по сравнению с городскими женщинами, которые рожают 3,2 ребенка.
- Рождаемость низкая среди подростков (47 рождений на 1 000 женщин в возрасте 15–19 лет), достигает максимума в 280 рождений на 1 000 женщин в возрасте 20–24 лет, а затем снижается.

Тенденции: Как показано на Рисунке 1, СКР оставался стабильным на уровне 3,8 ребенка в 2012 году и 2017 году, а затем снизился до 3,5 ребенка в 2023 году. Эта тенденция к снижению более заметна среди женщин, проживающих в сельской местности, чем в городской. СКР в сельской местности снизился с 3,9 в 2017 году до 3,5 в 2023 году, тогда как в городах СКР снизился с 3,3 в 2012 году до 3,0 в 2017 году, а затем поднялся до 3,2 в 2023 году.

Таблица 3 Текущая рождаемость

Возрастные и суммарный, специальный и общий коэффициенты рождаемости, за 3 года, предшествующие исследованию, в соответствии с местом жительства, Таджикистан МДИ 2023

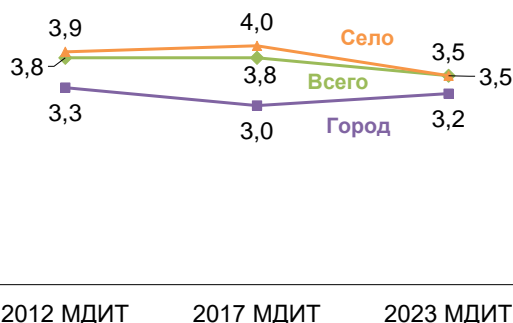
Возрастная группа	Место жительства		Всего
	Город	Село	
10–14	[0]	[0]	[0]
15–19	36	51	47
20–24	245	292	280
25–29	192	184	186
30–34	107	107	107
35–39	56	58	58
40–44	12	15	14
45–49	[2]	[2]	[2]
СКР (15–49)	3,2	3,5	3,5
СпКР	112	128	124
ОКР	25,4	27,8	27,1

Примечание: Возрастные коэффициенты рождаемости указаны на 1 000 женщин. Оценки в скобках урезаны. Коэффициенты указаны за период от 1 до 36 месяцев, предшествующих исследованию. Коэффициенты для возрастной группы 10–14 лет основаны на ретроспективных данных женщин 15–17 лет жизни.

СКР: Суммарный коэффициент рождаемости, выраженный в расчете на одну женщину
СпКР: Специальный коэффициент рождаемости, выраженный на 1 000 женщин в возрасте 15–44 лет
ОКР: Общий коэффициент рождаемости, выраженный на 1 000 населения

Рисунок 1 Тенденции рождаемости по месту жительства

СКР за 3 года до каждого исследования



3.4 ПОДРОСТКОВАЯ РОЖДАЕМОСТЬ

Подростковая беременность

Процент женщин в возрасте 15–19 лет, которые когда-либо были беременны.

Выборка: Женщины в возрасте 15–19 лет

В **Таблице 4** приведен процент женщин в возрасте 15–19 лет, рожавших или беременных первым ребенком на момент исследования, в соответствии с основными характеристиками.

- 7% женщин в возрасте 15–19 лет когда-либо были беременны.
- У 3% молодых женщин было живорождение.
- Менее 1% молодых женщин имели потерю беременности.
- 5% молодых женщин беременны в настоящее время.

Таблица 4 Подростковая беременность

Процент женщин в возрасте 15–19 лет, у которых когда-либо был живорожденный ребенок, процент женщин, у которых когда-либо была потеря беременности, процент беременных в настоящее время, и процент тех, кто беременел когда-либо, в соответствии с основными характеристиками, Таджикистан МДИ 2023

Основная характеристика	Процент женщин в возрасте 15–19 лет, которые:				Количество женщин
	Когда-либо родили живого ребенка	Когда-либо теряли беременность ¹	Беременны в настоящее время	Были беременны когда-либо	
Возраст					
15	0,0	0,0	0,0	0,0	405
16	0,0	0,0	0,0	0,0	340
17	0,0	0,0	0,4	0,4	326
18	2,6	0,2	7,5	10,0	310
19	11,0	0,3	18,3	28,3	329
Место жительства					
Город	2,2	0,1	2,9	5,0	481
Село	2,7	0,1	5,8	8,3	1 230
Область					
Душанбе	1,4	0,0	1,3	2,6	203
ГБАО	1,6	0,0	2,2	3,9	26
Согдийская	3,1	0,0	6,4	9,5	473
РРП	3,2	0,3	5,5	8,3	416
Хатлонская	2,2	0,1	4,8	6,7	592
Районы ПВБ	1,9	0,2	5,4	7,3	336
Образование					
Без образования/начальное	(5,0)	(0,0)	(12,4)	(17,4)	33
Общее основное	1,4	0,1	2,6	3,8	817
Общее среднее	4,3	0,1	7,6	11,5	634
Профессиональное начальное/среднее	0,9	0,0	6,1	7,0	126
Высшее	2,9	0,0	4,2	7,1	100
Квintиль богатства					
Низший	1,5	0,0	4,7	5,3	297
Второй	2,0	0,2	2,8	4,8	358
Средний	2,5	0,3	6,3	8,8	339
Четвёртый	4,4	0,0	8,2	12,3	315
Высший	2,7	0,0	3,4	6,0	402
Всего	2,6	0,1	5,0	7,3	1 710

Примечание: Данные в скобках основаны на 25–49 невзвешенных случаях.

¹ Мертворождение, выкидыш, или аборт

3.5 ПРЕДПОЧТЕНИЯ РОЖДАЕМОСТИ

Желание иметь еще ребенка

Женщин спрашивали, хотят ли они больше детей, и если да, то как долго они предпочли бы ждать до рождения следующего ребенка.

Предполагается, что женщины, которые были стерилизованы, больше не хотят иметь детей.

Выборка: Замужние женщины в возрасте от 15 до 49 лет

В **Таблице 5** представлены предпочтения в отношении деторождения среди замужних женщин, в возрасте от 15 до 49 лет по числу живых детей.

- 19% женщин хотят еще одного ребенка в ближайшее время (в течение следующих 2 лет), 5% хотят иметь еще одного ребенка позже (через 2 или более лет) и 6% хотят еще одного ребенка, но не определились с моментом.
- 35% женщин больше не хотят иметь детей и 2% стерилизованы.
- Процент женщин, которые больше не хотят иметь детей, увеличивается с увеличением числа живых детей: от 1%, не имеющих живых детей, до 69% с шестью и более детьми.

Таблица 5 Предпочтения рождаемости по числу живых детей

Процентное распределение замужних в настоящее время женщин в возрасте 15–49 лет, согласно их желания иметь детей, в зависимости от количества живых детей, Таджикистан МДИ 2023

Желание иметь детей	Количество живых детей ¹							Всего
	0	1	2	3	4	5	6+	
Иметь еще ребенка скоро ²	50.5	36.2	24.7	12.4	6.8	4.3	4.3	18.9
Иметь еще ребенка позже ³	0.1	11.4	7.8	4.3	1.3	0.9	0.8	4.9
Иметь еще ребенка, не решила, когда	3.1	10.3	9.2	5.8	2.7	1.8	3.3	6.1
Не решила	15.0	25.1	28.3	26.8	23.6	22.5	18.5	25.1
Не хочет больше детей	1.2	4.8	21.1	43.1	56.7	60.9	66.7	34.8
Стерилизованы ⁴	0.0	0.6	1.3	2.5	3.4	5.1	1.9	2.2
Говорит бесплодна	30.2	11.7	7.6	5.3	5.5	4.3	4.6	8.1
Всего	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Количество женщин	449	1 009	1 629	2 196	1 494	478	137	7 392

¹ Число живых детей включает текущую беременность женщины

² Хочет следующего ребенка в течение 2 лет

³ Хочет отложить рождение следующего ребенка на 2 или более лет

⁴ Включает как женскую, так и мужскую стерилизацию

3.6 ПЛАНИРОВАНИЕ СЕМЬИ

3.6.1 Использование Контрацептивов

Распространенность контрацепции

Процент женщин, использующих какой-либо метод контрацепции.

Выборка: Замужние женщины в возрасте от 15 до 49 лет

Современные методы

Включают мужскую и женскую стерилизацию, инъекционные препараты, внутриматочные спирали (ВМС), противозачаточные таблетки, имплантаты, женские и мужские презервативы, экстренную контрацепцию и метод лактационной аменореи.

В **Таблице 6** представлены данные об использовании контрацептивов среди замужних женщин.

Таблица 6 Текущее использование контрацепции по основным характеристикам

Процентное распределение замужних в настоящее время женщин в возрасте 15–49 лет, по методу контрацепции, используемого в настоящее время, в соответствии с основными характеристиками, Таджикистан МДИ 2023

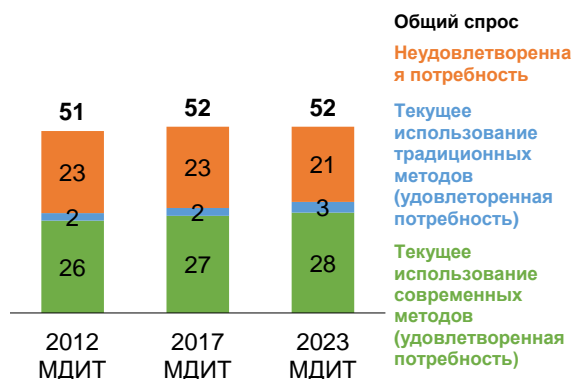
Основная характеристика	Любой метод	Современный метод										Традиционный метод			Не использует в настоящий момент	Всего	Количество женщин			
		Любой современный метод	Женская стерилизация	Мужская стерилизация	ВМС	Инъекционные	Имплантаты	Противозачаточные таблетки	Мужской презерватив	Женский презерватив	МЛА	Другой	Любой традиционный метод	Ритм				Прерванный половой акт	Другой	
Количество живых детей																				
0	0,7	0,7	0,0	0,0	0,4	0,0	0,0	0,1	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	99,3	100,0	687	
1–2	21,7	19,0	1,1	0,0	11,9	0,6	0,0	1,1	2,8	0,1	1,5	0,0	2,7	0,0	2,7	0,0	78,3	100,0	2 572	
3–4	42,5	38,0	3,0	0,0	24,6	1,4	0,1	2,9	5,0	0,0	0,9	0,0	4,6	0,1	4,5	0,0	57,5	100,0	3 550	
5+	43,4	40,2	4,5	0,2	26,7	1,9	0,0	2,8	3,5	0,0	0,5	0,2	3,2	0,0	3,2	0,0	56,6	100,0	584	
Возраст																				
15–19	3,6	3,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,8	0,0	2,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	96,4	100,0	220	
20–24	13,2	11,7	0,0	0,0	6,7	0,3	0,0	0,8	1,6	0,0	2,3	0,0	1,5	0,0	1,5	0,0	86,8	100,0	1 281	
25–29	29,0	26,6	0,9	0,0	18,8	0,7	0,0	1,6	3,4	0,1	1,1	0,0	2,4	0,0	2,3	0,0	71,0	100,0	1 437	
30–34	37,9	33,9	1,4	0,0	21,9	1,5	0,1	2,6	5,1	0,1	1,2	0,0	3,9	0,0	3,9	0,0	62,1	100,0	1 407	
35–39	43,8	38,6	3,7	0,1	24,0	1,7	0,3	3,2	5,4	0,0	0,2	0,0	5,2	0,0	5,2	0,0	56,2	100,0	1 291	
40–44	42,3	37,9	3,7	0,0	25,4	1,7	0,0	2,6	4,4	0,0	0,2	0,0	4,4	0,2	4,2	0,0	57,7	100,0	974	
45–49	28,5	24,4	5,6	0,0	14,5	0,2	0,0	1,7	2,2	0,0	0,0	0,1	4,2	0,0	4,2	0,0	71,5	100,0	781	
Место жительства																				
Город	36,7	32,5	2,9	0,0	19,4	0,4	0,1	2,2	6,2	0,0	1,5	0,0	4,2	0,1	4,0	0,0	63,3	100,0	1 870	
Село	29,7	26,6	1,9	0,0	17,6	1,2	0,1	2,0	2,8	0,1	0,8	0,0	3,1	0,0	3,1	0,0	70,3	100,0	5 522	
Область																				
Душанбе	42,5	37,7	3,3	0,0	22,1	0,2	0,1	2,4	8,1	0,0	1,5	0,0	4,8	0,0	4,7	0,1	57,5	100,0	708	
ГБАО	36,4	35,4	0,6	0,0	26,1	1,5	0,0	2,6	4,5	0,0	0,0	0,0	1,1	0,0	1,1	0,0	63,6	100,0	109	
Согдийская	40,3	33,2	2,6	0,0	19,3	1,2	0,0	2,4	5,0	0,0	2,6	0,0	7,0	0,1	6,9	0,0	59,7	100,0	2 160	
РРП	23,3	21,9	2,2	0,1	13,9	0,9	0,1	2,0	2,3	0,1	0,3	0,1	1,5	0,0	1,5	0,0	76,7	100,0	1 782	
Хатлонская	26,6	25,2	1,5	0,0	18,4	1,1	0,1	1,6	2,3	0,1	0,1	0,0	1,5	0,0	1,5	0,0	73,4	100,0	2 634	
Районы ПВБ	26,0	24,2	1,3	0,0	17,8	1,1	0,1	2,4	1,3	0,1	0,0	0,0	1,8	0,0	1,8	0,0	74,0	100,0	1 482	
Образование																				
Без образования/ начальное	30,1	26,7	2,7	0,0	19,1	0,9	0,0	0,8	3,1	0,0	0,1	0,0	3,3	0,0	3,3	0,0	69,9	100,0	364	
Общее основное	34,2	30,6	2,3	0,0	19,3	1,5	0,2	2,5	4,1	0,1	0,5	0,0	3,6	0,0	3,6	0,0	65,8	100,0	2 276	
Общее среднее	29,7	26,6	2,1	0,0	17,7	0,9	0,0	2,0	2,8	0,0	1,0	0,0	3,1	0,0	3,1	0,0	70,3	100,0	3 391	
Профессиональное начальное/ среднее	27,9	23,8	1,7	0,0	14,2	0,2	0,0	1,2	3,8	0,3	2,3	0,0	4,2	0,0	4,2	0,0	72,1	100,0	551	
Высшее	34,3	30,6	1,8	0,0	18,3	0,6	0,1	1,6	6,5	0,0	1,7	0,0	3,7	0,3	3,4	0,1	65,7	100,0	811	
Квинтиль богатства																				
Низший	25,9	23,4	1,8	0,0	16,2	1,9	0,2	1,5	1,4	0,0	0,4	0,0	2,5	0,0	2,5	0,0	74,1	100,0	1 390	
Второй	28,6	26,4	1,6	0,0	18,2	0,9	0,0	1,7	3,2	0,0	0,9	0,0	2,2	0,0	2,2	0,0	71,4	100,0	1 451	
Средний	28,8	25,6	1,6	0,0	17,1	1,1	0,1	2,1	3,2	0,0	0,4	0,0	3,2	0,0	3,2	0,0	71,2	100,0	1 512	
Четвёртый	31,7	27,9	2,8	0,1	16,6	1,0	0,0	2,6	3,3	0,2	1,3	0,1	3,8	0,0	3,8	0,0	68,3	100,0	1 566	
Высший	42,0	36,8	2,9	0,0	22,3	0,3	0,0	2,1	7,2	0,0	2,0	0,0	5,2	0,1	5,1	0,0	58,0	100,0	1 474	
Всего	31,5	28,1	2,1	0,0	18,1	1,0	0,1	2,0	3,7	0,0	1,0	0,0	3,4	0,0	3,4	0,0	68,5	100,0	7 392	

Примечание: если используется более одного метода, в этой таблице рассматривается только наиболее эффективный метод.
МЛА = Метод лактационной аменореи

- 32% замужних женщин, используют любой метод контрацепции, в том числе 28% используют любой современный метод и 3% женщин используют любой традиционный метод.
- ВМС остается наиболее часто используемым методом контрацепции среди замужних женщин (18%), за ними следует мужской презерватив (4%).
- Прерванный половой акт является преобладающим традиционным методом, используемым 3% замужних женщин.

Рисунок 2 Тенденции в использовании, потребности и спросе по планированию семьи

Процент замужних женщин 15–49 лет



Тенденции: Использование любого метода контрацепции среди замужних женщин, увеличилось с 28% в 2012 году до 32% в 2023 году (**Рисунок 2**). За этот период использование современных методов выросло с 26% до 28%.

3.6.2 Необходимость и Спрос на Планирование Семьи

В **Таблице 7** представлены данные о неудовлетворенной потребности, удовлетворенной потребности и общем спросе по планированию семьи среди замужних женщин. Эти показатели помогают оценить, в какой степени программы планирования семьи в Таджикистане удовлетворяют спрос на услуги. Данные по сексуально активным незамужним женщинам не представлены из-за малого числа случаев.

Неудовлетворенная потребность в планировании семьи

Процент женщин, которые (1) не беременны и не имеют послеродовой аменореи, считаются плодовитыми и хотят отложить свое следующее деторождение на 2 или более лет или вообще прекратить деторождение, но не используют метод контрацепции, или (2) имеют несвоевременную или нежеланную текущую беременность, или (3) имеют послеродовую аменорею, и их самое последнее рождение за последние 2 года было несвоевременным или нежеланным.

Удовлетворенная потребность в планировании семьи

Использование контрацептивов в настоящее время (любой метод).

Выборка: Замужние женщины в возрасте от 15 до 49 лет

Спрос на планирование семьи:

Неудовлетворенная потребность в планировании семьи + удовлетворенная потребность (текущее использование контрацептивов [любой метод])

Процент спроса удовлетворенного:

Использование контрацептивов в настоящее время (любой метод)
 Неудовлетворенная потребность + текущее использование контрацептивов (любой метод)

Процент спроса удовлетворенного современными методами:

Использование контрацептивов в настоящее время (любой современный метод)
 Неудовлетворенная потребность + текущее использование контрацептивов (любой метод)

- 21% замужних женщин имеют неудовлетворенную потребность в планировании семьи.
- 52% замужних женщин имеют спрос по планированию семьи; 61% спроса на планирование семьи является удовлетворенным, 54% — современными методами.

Таблица 7 Потребность и спрос на планирование семьи среди замужних в настоящее время женщин

Процент замужних в настоящее время женщин в возрасте от 15 до 49 лет, с неудовлетворенной потребностью в планировании семьи, процент с удовлетворенной потребностью в планировании семьи, процент с удовлетворенной потребностью в планировании семьи кто используют современные методы, процент со спросом на планирование семьи, процент спроса в планировании семьи который был удовлетворен, и процент спроса на планирование семьи, который удовлетворен современными методами, в соответствии с основными характеристиками, Таджикистан МДИ 2023

Основная характеристика	Неудовлетворенная потребность в планировании семьи	Удовлетворенная потребность в планировании семьи (сейчас пользуется)		Общий спрос по планированию семьи ³	Количество женщин	Процент спроса удовлетворенного ¹	
		Все методы	Современные методы ²			Все методы	Современные методы ²
Возраст							
15–19	18,0	3,6	3,6	21,6	220	16,6	16,6
20–24	25,2	13,2	11,7	38,4	1 281	34,4	30,4
25–29	26,2	29,0	26,6	55,2	1 437	52,5	48,2
30–34	24,6	37,9	33,9	62,4	1 407	60,6	54,4
35–39	20,5	43,8	38,6	64,3	1 291	68,1	60,0
40–44	11,6	42,3	37,9	53,9	974	78,6	70,4
45–49	7,4	28,5	24,4	36,0	781	79,3	67,7
Место жительства							
Город	20,3	36,7	32,5	57,0	1 870	64,4	57,1
Село	20,7	29,7	26,6	50,4	5 522	59,0	52,7
Область							
Душанбе	21,5	42,5	37,7	64,0	708	66,4	59,0
ГБАО	16,1	36,4	35,4	52,5	109	69,4	67,4
Согдийская	16,4	40,3	33,2	56,7	2 160	71,1	58,7
РРП	25,8	23,3	21,9	49,1	1 782	47,5	44,5
Хатлонская	20,4	26,6	25,2	47,0	2 634	56,6	53,5
Районы ПВБ	21,3	26,0	24,2	47,3	1 482	55,0	51,2
Образование							
Без образования/ начальное	24,1	30,1	26,7	54,2	364	55,5	49,4
Общее основное	22,9	34,2	30,6	57,1	2 276	59,9	53,6
Общее среднее	18,9	29,7	26,6	48,6	3 391	61,1	54,8
Профессиональное начальное/ среднее	20,4	27,9	23,8	48,3	551	57,8	49,2
Высшее	19,6	34,3	30,6	53,9	811	63,6	56,8
Квintиль богатства							
Низший	21,7	25,9	23,4	47,6	1 390	54,4	49,1
Второй	22,9	28,6	26,4	51,5	1 451	55,5	51,3
Средний	20,8	28,8	25,6	49,6	1 512	58,1	51,7
Четвёртый	19,4	31,7	27,9	51,1	1 566	62,0	54,6
Высший	18,2	42,0	36,8	60,2	1 474	69,8	61,1
Всего	20,6	31,5	28,1	52,0	7 392	60,5	53,9

Примечание: Цифры в этой таблице соответствуют пересмотренному определению неудовлетворенной потребности, описанному в Bradley et al., 2012.

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

² Современные методы включают женскую стерилизацию, мужскую стерилизацию, ВМС, инъекционные препараты, имплантаты, противозачаточные таблетки, мужские презервативы, женские презервативы, экстренную контрацепцию, метод лактационной аменореи (МЛА) и другие современные методы.

³ Общий спрос — это сумма неудовлетворенной потребности и удовлетворенной потребности.

Тенденции: Общий спрос по планированию семьи среди замужних женщин, практически не изменился с 51% в 2012 году и 52% в 2017 и 2023 годах (**Рисунок 2**). Неудовлетворенная потребность также оставалась стабильной на уровне 23% как в 2012 году, так и в 2017 году по сравнению с 21% в 2023 году.

3.7 ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ И КОЭФФИЦИЕНТЫ ИСКУССТВЕННЫХ АБОРТОВ

Аборт легально доступен как средство регулирования рождаемости в Таджикистане. В дополнение к предоставлению информации о живорождениях, история беременности в 2023 МДИТ собирала информацию о беременностях, которые закончились мертворождением, выкидышем или искусственным абортom.

3.7.1 Исходы Беременности

Исходы беременности

Живорождение:	ребенок, который родился живым, даже если в течение очень короткого времени
Мертворождение:	ребенок, который родился мертвым (без признаков жизни) после беременности, которая длилась 7 месяцев (28 недель) или дольше;
Выкидыш:	беременность, которая прервалась непроизвольно, до завершения 7 месяцев (28 недель)
Индукцированный аборт:	беременность, которая была добровольно прервана
Выборка:	Беременности среди женщин в возрасте 15–49 лет, закончившиеся в течение 3 лет, предшествующих исследованию

Восемьдесят три процента беременностей, наступивших в течение 3 лет, предшествовавших исследованию, закончились живорождением, 4% закончились искусственным абортom, 12% закончились выкидышем и менее 1% закончились мертворождением (Таблица 8 и Рисунок 3).

Таблица 8 Исход беременности по основным характеристикам

Процентное распределение беременностей, закончившихся в течение 3 лет предшествующих исследованию, по типу исхода, в соответствии с основными характеристиками, Таджикистан МДИ 2023

Основная характеристика	Исход беременности				Всего	Количество беременностей
	Живорождение	Мертворождение ¹	Выкидыш ²	Искусственный аборт		
Возраст на момент окончания беременности						
<20	93,2	0,5	5,2	1,1	100,0	242
20–24	89,3	0,3	7,9	2,5	100,0	1 493
25–34	80,0	0,5	14,6	4,8	100,0	1 697
35–44	70,3	1,2	18,5	10,0	100,0	384
45–49	*	*	*	*	100,0	16
Порядок беременности						
Первая	94,1	0,3	5,0	0,7	100,0	900
Вторая	92,5	0,3	6,2	1,1	100,0	881
Третья	82,5	0,9	12,6	4,0	100,0	832
Четвёртая	75,5	0,9	16,2	7,4	100,0	662
Пятая или выше	61,7	0,1	26,4	11,8	100,0	558
Место жительства						
Город	79,1	0,7	16,3	3,9	100,0	1 014
Село	84,8	0,4	10,4	4,4	100,0	2 818
Область						
Душанбе	72,3	1,1	22,4	4,2	100,0	449
ГБАО	86,7	0,4	9,1	3,8	100,0	47
Согдийская	86,8	0,6	8,8	3,8	100,0	1 003
РРП	80,6	0,2	14,5	4,7	100,0	926
Хатлонская	85,9	0,4	9,2	4,5	100,0	1 408
Районы ПВБ						
	88,2	0,0	8,3	3,5	100,0	823
Образование						
Без образования/ начальное	87,4	0,6	10,0	2,0	100,0	176
Общее основное	78,6	0,3	15,1	6,0	100,0	1 128
Общее среднее	85,7	0,4	10,2	3,8	100,0	1 701
Профессиональное начальное/ среднее	85,5	1,0	10,7	2,9	100,0	359
Высшее	82,6	0,9	12,4	4,1	100,0	468
Квинтиль богатства						
Низший	85,7	0,1	9,1	5,1	100,0	727
Второй	84,5	0,4	11,4	3,7	100,0	739
Средний	83,5	0,4	11,0	5,1	100,0	793
Четвёртый	83,6	0,7	11,8	3,8	100,0	798
Высший	79,3	0,7	16,2	3,9	100,0	775
Всего	83,3	0,5	11,9	4,3	100,0	3 832

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

¹ Мертворождение – это смерть плода при беременности продолжительностью 28 и более недель. Когда продолжительность беременности сообщена в месяцах, мертворождение – это смерть плода при беременности продолжительностью 7 и более месяцев.

² Выкидыш – это смерть плода при беременности продолжительностью менее 28 недель. Когда продолжительность беременности сообщена в месяцах, выкидыш является гибелью плода при беременности продолжительностью менее 7 месяцев.

Рисунок 3 Исходы беременности

Процентное распределение беременностей за 3 года до исследования согласно исходу



3.7.2 Суммарный Коэффициент Искусственных Абортов

В Таблице 9 представлены суммарные коэффициенты искусственных абортов (СКИА) и возрастные коэффициенты искусственных абортов среди женщин по 5-летним возрастным группам за 3-летний период, предшествующий исследованию.

Суммарный коэффициент искусственных абортов

Среднее число абортов у женщины к концу детородного возраста, если бы она делала аборты при нынешних возрастных показателях абортов. Возрастные показатели абортов рассчитываются за 3 года, предшествующие исследованию, на основе подробных историй беременности, предоставленных женщинами.

Выборка: Женщины в возрасте от 15 до 49 лет

- Суммарный коэффициент искусственных абортов (СКИА) в Таджикистане составляет 0,2 аборта на одну женщину. Это означает, что среднее число абортов, которые будет делать таджикская женщина при нынешнем возрастном показателе, эквивалентно 6% от среднего СКР (3,5 ребенка).
- СКИА одинаковый в городской и сельской местности (0,2 аборта).
- Частота абортов у женщин увеличивается с возрастом: от 1 аборта на 1 000 женщин в возрастной группе 15–19 лет до пика в 11 абортов на 1 000 женщин в возрастной группе 25–29 лет.

Тенденции: Показатели абортов в Таджикистане продолжают снижаться; СКИА снизился с 0,5 абортов на одну женщину в 2012 и 2017 годах до 0,2 в 2023 году. Однако эти данные следует интерпретировать с осторожностью из-за низкого числа случаев и возможного занижения отчетов.

Таблица 9 Показатели искусственных абортов

Возрастные и суммарный коэффициенты искусственных абортов, а также общий коэффициент искусственных абортов за 3 года, предшествовавших исследованию, в соответствии с местом жительства, Таджикистан МДИ 2023

Возрастная группа	Место жительства		Всего
	Город	Село	
10–14	[0]	[0]	[0]
15–19	0	1	1
20–24	6	8	8
25–29	11	11	11
30–34	8	5	6
35–39	6	9	8
40–44	1	2	2
45–49	[0]	[4]	[3]
СКИА (15–49)	0,2	0,2	0,2
ОКИА	6	7	6

Примечание: Возрастные коэффициенты искусственных абортов в расчете на 1 000 женщин. Оценки в скобках урезаются. Коэффициенты указаны за период от 1 до 36 месяцев, предшествующих интервью. Показатели для возрастной группы 10–14 лет основаны на ретроспективных данных женщин в возрасте 15–17 лет.

СКИА: Суммарный коэффициент искусственных абортов в расчете на одну женщину
ОКИА: Общий коэффициент искусственных абортов на 1 000 женщин в возрасте 15–44 лет

3.7.3 Причины Искусственного Аборта

Понимание причин, по которым женщины решаются на искусственный аборт, полезно при планировании программ по сокращению числа искусственных абортов. На **Рисунке 4** показано процентное распределение искусственных абортов за 3 года, предшествовавших 2023 МДИТ, в соответствии с основной причиной, по которой респондент решила сделать аборт.

- Основными причинами аборта были нежелательная беременность (42%), опасения по поводу своего здоровья (30%), риск врожденных дефектов (14%) и бедность (5%).
- Примечательно, что выбор пола был основной причиной индуцированного аборта только в 2% случаев.
- Наличие COVID не было названо основной причиной абортов ни одной респонденткой.

Рисунок 4 Причины аборта

Процентное распределение абортов за 3 года до исследования по основной причине аборта



Примечание: Сумма показателей не равна 100% из-за округления

3.8 СМЕРТНОСТЬ СРЕДИ ДЕТЕЙ

Неонатальная смертность: вероятность умереть в течение первого месяца жизни.

Постнеонатальная смертность: Вероятность смерти в период между первым месяцем жизни и первым днем рождения (рассчитывается как разница между младенческой и неонатальной смертностью).

Младенческая смертность: Вероятность смерти в период между рождением и первым днем рождения.

Детская смертность: Вероятность умереть в возрасте от первого до пятого года рождения.

Смертность детей в возрасте до 5 лет: вероятность смерти в период между рождением и пятым годом рождения.

В **Таблице 10** представлены оценки детской смертности за три последовательных 5-летних периода, предшествующих 2023 МДИТ. Показатели были оценены непосредственно на основе информации, собранной в рамках ретроспективной истории беременности, в которой респонденты женского пола перечисляли всех детей, которых они родили, а также дату рождения каждого ребенка, статус выживания, и текущий возраст или возраст на момент смерти.

- Смертность детей в возрасте до пяти лет за 5-летний период, предшествующий 2023 МДИТ, составляет 24 смерти на 1 000 живорождений¹.
- Младенческая смертность, т. е. смертность на первом году жизни, составляет 20 смертей на 1 000 живорожденных.

¹ По данным Государственного учреждения «Республиканского центра статистики и медицинской информации» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан, в 2023 году на основе годовой официальной регистрации, смертность детей в возрасте до 5 лет составила 14,4 смертей на 1 000 живорождений и смертность детей в возрасте до 1 года составила 12,0 смертей на 1 000 живорождений (источник: сборник «Здоровье населения и деятельность учреждений здравоохранения в 2023 году»).

- Неонатальная смертность составляет 10 смертей на 1 000 живорожденных. Это свидетельствует о том, что на долю смертей в течение первого месяца жизни приходится половина всех случаев смерти младенцев.

Таблица 10 Показатели смертности детей раннего возраста

Коэффициенты неонатальной, постнеонатальной, младенческой, детской смертности и смертности детей до 5 лет за 5-летние периоды, предшествовавшие исследованию, Таджикистан МДИ 2023

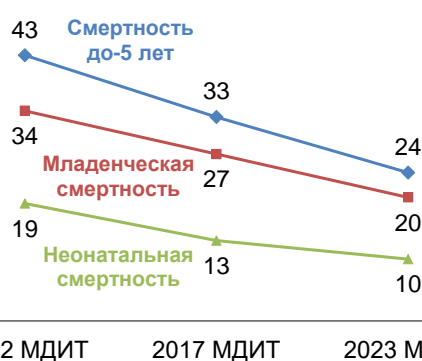
Лет, до исследования	Ориентировочный календарные годы	Неонатальная смертность (НН)	Постнеонатальная смертность (ПНН) ¹	Младенческая смертность (iq ₀)	Детская смертность (акв ₁)	Смертность детей в возрасте до 5 лет (sq ₀)
0–4	2019–2023	10	11	20	4	24
5–9	2013–2018	8	9	17	5	22
10–14	2008–2012	12	9	21	4	25

¹ Вычисляется как разница между коэффициентами младенческой и неонатальной смертности

Тенденции: На Рисунке 5 показаны тенденции в показателях смертности детей в возрасте до 5 лет, младенческой и неонатальной смертности за 5-летний период, предшествующий исследованию трех МДИ, проведенных в Таджикистане. Смертность детей в возрасте до 5 лет снизилась с 43 смертей на 1 000 живорождений в 2012 году до 24 смертей на 1 000 живорождений в 2023 году. За тот же период неонатальная смертность снизилась с 19 смертей на 1 000 живорождений до 10 смертей на 1 000 живорождений. Эти показатели следует интерпретировать с осторожностью из-за небольшого количества случаев.

Рисунок 5 Тенденции в показателях смертности детей раннего возраста

Смертей на 1,000 живорождений за 5-летний период до исследования



3.9 МАТЕРИНСКИЙ УХОД

Правильный уход во время беременности и родов важен для здоровья как матери, так и малыша. В **Таблице 11** представлены основные показатели, связанные с охраной материнства.

3.9.1 Дородовое Наблюдение

Дородовое наблюдение у квалифицированного специалиста

Наблюдение беременности полученное у квалифицированных специалистов, таких как врачи и медсестры/акушерки.

Выборка: Женщины в возрасте от 15 до 49 лет, у которых было живорождение или мертворождение в течение 2 лет, предшествовавших исследованию.

Дородовое наблюдение (ДРН) у квалифицированного специалиста имеет важное значение для наблюдения за беременностью и снижения рисков заболеваемости и смертности для матери и ребенка во время беременности, во время родов и в послеродовой период.

- 8 из 10 женщин получали ДРН от квалифицированного специалиста для последнего живорождения в течение двух лет, предшествовавших исследованию (81%).
- 62% женщин получили 4 или более посещений ДРН во время беременности последним живорожденным в течение 2 лет до исследования.
- 75% женщин принимали какие-либо железосодержащие добавки во время беременности последним живорожденным.

Таблица 11 Охрана здоровья матери

Среди женщин в возрасте 15–49 лет, у которых было живорождение и/или мертворождение в течение 2 лет до исследования, процент получивших дородовое наблюдение (ДРН) у квалифицированного специалиста для самого последнего живорожденного или мертворожденного, процент с четырьмя или более посещениями ДРН для последнего живорожденного или мертворожденного, процент принимавших любые железосодержащие добавки во время беременности последним живорожденным или мертворожденным; среди всех живорождений и мертворождений за 2 года до исследования, процент рождений с помощью квалифицированного специалиста, и процент рождений в медицинском учреждении; и среди женщин 15–49 лет, родивших живого или мертвого ребенка в течение 2 лет до исследования, процент получивших послеродовой осмотр в течение первых 2 дней после родов, в соответствии с основными характеристиками, Таджикистан МДИ 2023

Основная характеристика	Женщины, у которых было живорождение и/или мертворождение в течение 2 лет до исследования		Живорождения и мертворождения в течение 2 лет до исследования				Женщины, у которых было живорождение и/или мертворождение в течение 2 лет до исследования		
	Процент получивших дородовое наблюдение у квалифицированного специалиста ¹	Процент с 4+ ДРН посещениями	Процент принимавших любые железосодержащие добавки во время беременности ²	Количество женщин	Процент, рождений с помощью квалифицированного специалиста ¹	Процент рождений в медицинском учреждении	Число рождений	Процент женщин, с послеродовым осмотром в течение первых 2 дней после родов ³	Количество женщин
РОЖДАЕМОСТЬ									
Возраст матери при рождении									
<20	86,1	64,7	74,3	127	99,3	96,5	151	95,9	127
20–34	81,1	62,6	75,4	1 759	97,4	94,9	1 875	88,8	1 759
35–49	79,3	55,7	65,8	181	98,3	91,8	186	88,5	181
Место жительства									
Город	84,3	71,3	82,7	536	99,5	98,2	578	87,6	536
Село	80,2	58,8	71,7	1 530	96,9	93,5	1 635	89,8	1 530
Область									
Душанбе	91,0	78,6	92,0	208	99,4	98,6	222	82,3	208
ГБАО	92,7	77,6	87,6	25	100,0	93,4	27	89,5	25
Согдийская	90,3	84,2	71,7	576	99,1	98,4	620	94,1	576
РРП	81,9	59,4	73,8	472	93,4	87,4	501	88,6	472
Хатлонская	71,3	42,6	72,0	785	98,5	95,4	844	87,9	785
Районы ПВБ	79,7	46,9	74,0	471	98,8	98,1	507	86,4	471
Материнское образование									
Без образования/ начальное	77,1	42,6	62,2	103	95,3	86,2	109	88,9	103
Общее основное	82,2	59,4	69,1	545	95,5	90,7	572	86,3	545
Общее среднее	80,1	60,7	76,2	934	98,1	96,2	1 014	89,9	934
Профессиональное начальное/ среднее	85,1	72,7	78,6	217	99,3	97,5	233	91,9	217
Высшее	81,9	71,3	81,5	266	99,4	98,5	285	90,9	266
Квинтиль богатства									
Низший	65,8	38,4	61,0	389	92,9	86,3	410	85,4	389
Второй	80,7	54,1	72,0	410	97,7	94,6	425	90,2	410
Средний	83,1	65,9	78,4	419	98,4	96,5	460	92,6	419
Четвёртый	87,6	73,5	73,8	434	99,1	97,0	474	89,9	434
Высший	87,8	76,4	86,7	414	99,5	98,5	443	87,8	414
Всего	81,3	62,1	74,5	2 066	97,6	94,7	2 213	89,2	2 066
МЕРТВОРОЖДЕНИЕ									
Всего	*	*	*	11	*	*	11	*	11
ЖИВОРОЖДЕНИЕ И МЕРТВОРОЖДЕНИЕ⁴									
Всего	81,3	62,0	74,5	2 073	97,6	94,8	2 223	89,3	2 073

Примечания: если было упомянуто более одного специалиста, оказавшего помощь, в этой таблице учитывается только специалист самой высокой квалификации. Мертворождение – это смерть плода при беременности продолжительностью 28 и более недель. Если продолжительность беременности указана в месяцах, мертворождение – это смерть плода при беременности продолжительностью 7 и более месяцев. Звездочка означает, что данные основаны на менее чем 25 невзвешенных случаях и были исключены.

¹ Квалифицированный специалист включает в себя врача, медсестру, акушерку.

² Таблетки железа и сироп.

³ Включает женщин, которые прошли обследование у врача, акушерки, медсестры или традиционной повитухи.

⁴ Для женщин, у которых в течение 2 лет до исследования были как живорожденные, так и мертворожденные, данные о дородовом наблюдении и послеродовых обследованиях сведены в таблицу только для самого последнего рождения.

Тенденции: Процент женщин в возрасте от 15 до 49 лет, получивших ДРН у квалифицированного специалиста для последнего живорожденного в течение двух лет, предшествовавших исследованию, увеличился с 80% в 2012 году до 94% в 2017 году, а затем снизился до 81% в 2023 году. Причина снижения в период с 2017 по 2023 год неизвестна, но предполагается, что она вызвана КОВИД.

3.9.2 Родовспоможение

Роды в медицинском учреждении

Роды, которые происходят в медицинском учреждении.

Выборка: Все живорожденные и/или мертворожденные дети в течение 2 лет, предшествовавших исследованию

Квалифицированная помощь во время родов

Рожденные с помощью врачей и медсестер/акушерок.

Выборка: Все живорожденные и/или мертворожденные дети в течение 2 лет, предшествовавших исследованию

Доступ к надлежащей медицинской помощи и гигиенические условия во время родов могут снизить риск осложнений и инфекций, которые могут привести к смерти или серьезному заболеванию матери, ребенка или обоих (Van Lerberghe and De Brouwere 2001; ВОЗ, 2006а).

- 95% живорожденных за 2 года, предшествовавших исследованию, родились в медицинском учреждении.
- 98% живорождений в течение 2 лет, предшествовавших исследованию, были рождены квалифицированным специалистом по родам.

Тенденции: Процент живорождений за 2 года, предшествовавших исследованию, которым помогал квалифицированный специалист по родовспоможению, заметно увеличился с течением времени: с 88% в 2012 году до 98% в 2023 году (Рисунок 6).

Рисунок 6 Тенденции по помощи в родах

Процент живорождений за 2 года до исследования рожденных с помощью квалифицированного специалиста



3.9.3 Послеродовой Уход за Матерью

Большая часть материнских и неонатальных смертей происходит в течение первых 48 часов после родов. Таким образом, своевременный послеродовой уход (ПРУ) как для матери, так и для ребенка важен для лечения любых осложнений, возникающих после родов, а также для предоставления матери важной информации о том, как ухаживать за собой и своим ребенком. Программы безопасного материнства рекомендуют всем женщинам пройти проверку ее здоровья в течение первых 2 дней после родов.

- Подавляющее большинство женщин, родивших живых детей в течение 2 лет до исследования, прошли послеродовой осмотр в течение первых 2 дней после последних родов живым ребенком (89%).
- 94% женщин, проживающих в Согдийской области, родивших живорожденных детей в течение 2 лет до исследования, прошли послеродовой осмотр в течение первых 2 дней после последнего живорождения, по сравнению с 82% женщин из Душанбе.

3.10 ОБРАЩЕНИЕ ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ И ЛЕЧЕНИЕ ДЕТСКИХ БОЛЕЗНЕЙ

Острая респираторная инфекция (ОРИ), лихорадка и обезвоживание из-за диареи являются важными причинами детской заболеваемости и смертности в развивающихся странах (ВОЗ, 2003 г.). Таким образом, незамедлительная медицинская помощь при появлении у ребенка симптомов этих заболеваний имеет решающее значение для снижения детской смертности. В Таблице 12 представлена информация по обращаемости за медицинской помощью к больным детям в Таджикистане. В целом, менее чем у 2% детей в возрасте до 5 лет проявились симптомы ОРИ, у 11% была

лихорадка, а у 16% наблюдалась диарея в течение 2 недель, предшествовавших исследованию (данные не показаны).

- Для 82% детей с симптомами ОРИ обращались за консультацией или лечением в течение 2 недель, предшествовавших исследованию (Таблица 12).
- За консультацией или лечением обращались для 52% детей с лихорадкой в течение 2 недель, предшествовавших исследованию.
- За консультацией или лечением обращались для 64% детей с диареей в течение 2 недель, предшествовавших исследованию.
- 63% детей с диареей получали оральные регидратационные соли (ОРС), 55% получали добавки цинка, 38% получали ОРС и добавки цинка, а 30% получали ОРС, добавки цинка и продолжали кормления.

Таблица 12 Лечение симптомов ОРИ, лихорадки и диареи

Среди детей в возрасте до 5 лет, у которых были симптомы острой респираторной инфекции (ОРИ) или лихорадка в течение 2 недель, предшествовавших исследованию, процент детей, в отношении которых обращались за консультацией или лечением; и среди детей в возрасте до 5 лет, у которых была диарея в течение 2 недель, предшествующих исследованию, процент детей, для которых обращались за консультацией или лечением, процент, получавших жидкость, приготовленную из пакетиков с оральной регидратационной солью (ОРС), процент, получавших цинк, процент, получавших ОРС и цинк, и процент, получавших ОРС, цинк и продолжавших кормление, в соответствии с основными характеристиками, Таджикистан МДИ 2023

Основная характеристика	Дети с симптомами ОРИ ¹		Дети с лихорадкой		Дети с диареей			Процент, которым давали ОРС, цинк и продолжали кормление ³	Количество детей	
	Процент, для кого обращались за консультацией или лечением ²	Количество детей	Процент, для кого обращались за консультацией или лечением ²	Количество детей	Процент, для кого обращались за консультацией или лечением ²	Процент, которым давали жидкость из пакета ОРС	Процент, которым давали цинк			Процент, которым давали ОРС и цинк
Возраст в месяцах										
<6	*	6	60,9	52	57,5	53,9	46,3	22,1	18,0	89
6–11	*	13	49,3	86	69,4	62,9	56,0	39,7	32,9	129
12–23	*	20	58,6	125	69,5	66,5	56,5	41,7	31,6	232
24–35	*	13	49,1	120	60,6	65,0	52,7	39,5	30,4	159
36–47	*	15	50,7	113	65,4	62,3	59,5	41,0	28,6	128
48–59	*	13	44,6	82	53,2	63,7	55,1	35,7	30,8	103
Пол										
Мужской	(89,4)	38	50,9	318	66,8	62,9	54,6	39,0	31,6	452
Женский	(75,6)	42	53,1	259	60,5	63,8	55,2	36,9	27,2	388
Место жительства										
Город	(83,4)	28	62,3	189	68,7	78,9	62,3	51,6	35,7	251
Село	(81,6)	52	46,8	388	61,9	56,7	51,7	32,3	26,9	588
Область										
Душанбе	*	12	67,7	88	77,8	89,1	68,6	62,6	42,8	126
ГБАО	*	0	*	4	(31,2)	(57,4)	(47,9)	(32,9)	(25,5)	7
Согдийская РРП	(75,6)	33	50,7	238	60,7	71,0	47,7	35,2	26,0	269
Хатлонская	*	10	41,9	95	57,8	48,9	48,7	32,0	25,6	166
Хатлонская	*	25	51,3	152	65,2	52,7	59,7	33,3	29,5	272
Районы ПВБ	*	18	58,6	69	74,0	58,3	66,4	41,9	36,7	139
Материнское образование										
Без образования/начальное	*	1	*	21	(56,9)	(56,2)	(39,3)	(22,6)	(16,1)	34
Общее основное	*	19	44,8	189	61,9	57,7	50,4	35,0	27,2	257
Общее среднее	(83,5)	43	57,7	227	65,0	63,9	54,3	36,9	29,6	356
Профессиональное начальное/среднее	*	5	55,9	51	65,2	67,9	58,2	39,0	30,0	82
Высшее	*	12	54,9	89	66,4	73,4	70,0	53,0	38,9	111
Квинтиль богатства										
Низший	*	8	29,9	66	55,9	53,9	43,5	28,2	26,2	134
Второй	*	23	50,2	122	59,1	60,9	48,3	33,5	27,8	166
Средний	*	15	53,4	105	65,4	52,4	51,6	27,8	22,1	170
Четвёртый	*	11	50,0	127	64,8	61,5	63,0	38,7	29,4	163
Высший	(77,9)	23	62,9	158	71,1	81,7	64,0	56,0	39,4	207
Всего	82,2	80	51,9	578	63,9	63,3	54,9	38,0	29,6	839

Примечание: Данные в скобках основаны на 25–49 невзвешенных случаях. Звездочка означает, что данные основаны на менее чем 25 невзвешенных случаях и были исключены.

¹ Симптомы ОРИ включают короткое, учащенное дыхание, связанное с грудной клеткой, и/или затрудненное дыхание, связанное с грудной клеткой.

² Включает консультации или лечение из следующих источников: государственный сектор, частный медицинский сектор, магазин, рынок. Исключает консультацию или лечение у народного целителя.

³ Продолжение кормления включает детей, которым во время эпизода диареи давали больше, как обычно, или несколько меньше пищи.

3.11 СТАТУС ПИТАНИЯ ДЕТЕЙ

Антропометрия обычно используется для определения статуса питания ребенка. Антропометрические измерения используются для составления отчетов о показателях роста ребенка. Распределение роста и веса детей в возрасте до 5 лет сравнивалось с референтной популяцией ВОЗ по стандартам роста детей (WHO 2006b). Распределение хорошо питающегося населения будет таким же, как и у референтной популяции, в то время как распределение плохо питающегося населения не будет таким. Индексы «рост-возраст», «масса тела-рост» и «масса тела-возраст» могут быть выражены в единицах стандартного отклонения (z-баллах) от медианы референтной совокупности. Для определения неполноценного питания используются значения, которые более чем на два стандартных отклонения ниже медианы норм роста детей ВОЗ.

Задержка роста (оценивается по соотношению роста к возрасту)

Соотношение роста к возрасту измеряет задержку роста. Дети, у которых z-балл соотношения роста к возрасту ниже минус двух стандартных отклонений (-2 стандартного отклонения) от медианы референтной популяции, считаются низкорослыми для своего возраста (с задержкой роста). Дети, чей z-балл ниже минус трех стандартных отклонений (-3 СО) от медианы, считаются сильно отстающими в росте.

Выборка: Дети в возрасте до 5 лет

Истощение (оценивается по соотношению массы тела и роста)

Индекс соотношения массы тела к росту измеряет массу тела по отношению к росту или длине тела и описывает острое недоедание. Дети, у которых z-балл соотношения веса к росту ниже минус двух стандартных отклонений (-2 стандартного отклонения) от медианы референтной популяции, считаются худыми (истощенными). Дети, чей z-балл ниже минус трех стандартных отклонений (-3 СО) от медианы, считаются сильно истощенными.

Выборка: Дети в возрасте до 5 лет

Пониженная масса тела (оценивается с помощью соотношения массы тела и возраста)

Отношение массы тела к возрасту—это составной индекс зависимости роста от возраста и массы тела от роста, который учитывает как истощение, так и задержку роста. Дети, у которых z-балл соотношения массы тела к возрасту ниже минус двух стандартных отклонений (-2 стандартного отклонения) от медианы референтной популяции, классифицируются как дети с пониженной массой тела. Дети, у которых z-балл ниже минус трех стандартных отклонений (-3 стандартного отклонения) от медианы, считаются имеют тяжелую степень пониженной массы тела.

Пример: Дети в возрасте до 5 лет

Избыточный вес (оценивается по соотношению массы тела и роста)

Дети, у которых z-балл соотношения массы тела к росту более чем на два стандартных отклонения ($+2$ СО) выше медианы референтной популяции считаются имеющими избыточный вес.

Выборка: Дети в возрасте до 5 лет

В 2023 МДИТ выявил 5040 детей в возрасте до 5 лет, которые имели право на измерение роста и веса. Процент с достоверными данными по соотношению роста к возрасту, массы тела к росту и массы тела к возрасту составило 98% (данные не показаны). Результаты соотношения роста и возраста, массы тела и роста, и массы тела и возраста приведены в **Таблице 13**.

- 14% детей в возрасте до пяти лет отстают в росте (низкорослые для их возраста), а 4%—в тяжелой форме.

- 6% детей в возрасте до пяти лет истощены (худые для своего роста), а 5% имеют избыточный вес.
- 5% детей в возрасте до пяти лет имеют пониженную массу тела, а 1%—тяжелую форму пониженной массы тела.

Таблица 13 Статус питания детей

Процент детей в возрасте до 5 лет, классифицируемых как имеющих неполноценное питание, в соответствии с тремя антропометрическими индексами роста детей: рост-к-возрасту, масса тела-к-росту и масса тела-к-возрасту, в соответствии с основными характеристиками, Таджикистан МДИ 2023

Основная характеристика	Рост-к-возрасту ¹				Масса тела-к-росту					Масса тела-к-возрасту			
	Процент ниже -3 CO	Процент ниже -2 CO ²	Средняя Z-оценка (CO)	Количество детей	Процент ниже -3 CO	Процент ниже -2 CO ²	Процент выше +2 CO	Средняя Z-оценка (CO)	Количество детей	Процент ниже -3 CO	Процент ниже -2 CO ²	Средняя Z-оценка (CO)	Количество детей
Возраст в месяцах													
<6	1,7	5,8	0,3	626	5,4	14,6	5,0	-0,4	632	0,6	4,0	-0,1	641
6–11	3,3	9,3	-0,1	557	1,5	9,4	3,3	-0,1	554	0,7	5,2	-0,2	558
12–23	3,8	13,6	-0,6	1 033	1,4	9,3	4,5	-0,1	1 038	1,0	6,4	-0,4	1 044
24–35	4,3	16,9	-0,9	988	0,7	2,7	4,6	0,2	988	0,9	4,7	-0,3	996
36–47	5,8	17,0	-0,9	1 057	0,9	3,3	5,2	0,1	1 052	1,2	6,5	-0,4	1 060
48–59	3,7	14,3	-0,9	1 037	1,0	3,4	4,4	0,1	1 030	0,6	3,7	-0,4	1 045
0–23	3,1	10,3	-0,2	2 216	2,5	10,8	4,3	-0,2	2 224	0,8	5,4	-0,2	2 243
24–59	4,6	16,1	-0,9	3 082	0,9	3,2	4,7	0,2	3 069	0,9	5,0	-0,4	3 102
Секс													
Мужской	4,1	15,1	-0,6	2 782	2,1	6,9	3,9	-0,0	2 765	1,1	5,6	-0,4	2 793
Женский	3,8	12,0	-0,6	2 516	1,1	5,8	5,2	0,0	2 528	0,6	4,7	-0,3	2 552
Статус интервью матери													
Интервьюирована	3,9	13,6	-0,6	5 205	1,6	6,4	4,6	0,0	5 200	0,9	5,2	-0,3	5 252
Не интервьюирована, но в домохозяйстве	(11,4)	(22,2)	(-0,9)	43	(3,1)	(7,1)	(3,2)	-0,1	43	(1,3)	(8,6)	(-0,5)	43
Не интервьюирована, и не в домохозяйстве ³	0,4	9,6	-0,1	50	3,3	3,3	1,9	0,2	50	0,0	2,3	0,0	50
Место жительства													
Город	2,6	10,9	-0,4	1 318	0,6	3,7	4,7	0,1	1 319	0,3	4,1	-0,2	1 325
Село	4,4	14,6	-0,7	3 980	1,9	7,3	4,5	-0,0	3 974	1,0	5,5	-0,4	4 020
Область													
Душанбе	1,9	8,7	-0,4	539	0,0	2,4	3,0	0,1	540	0,3	2,9	-0,1	540
ГБАО	4,0	14,8	-0,9	76	0,6	2,3	2,9	0,1	77	1,6	4,6	-0,4	77
Согдийская	2,8	13,8	-0,7	1 440	1,0	3,0	6,0	0,3	1 434	0,3	4,1	-0,2	1 441
РРГ	3,8	13,9	-0,7	1 239	0,9	4,6	3,4	-0,0	1 243	1,1	5,8	-0,4	1 252
Хатлонская	5,4	14,7	-0,5	2 004	2,9	11,1	4,7	-0,2	2 000	1,2	6,1	-0,4	2 035
Районы ПВБ	6,1	14,4	-0,5	1 244	4,1	13,8	4,7	-0,2	1 241	1,4	6,7	-0,4	1 270
Материнское образование⁴													
Без образования/ начальное	3,9	17,5	-0,8	281	0,4	8,1	3,7	-0,0	285	0,9	9,1	-0,5	287
Общее основное	3,7	15,3	-0,7	1 566	1,0	4,4	4,9	0,0	1 560	1,0	5,4	-0,4	1 577
Общее среднее	4,3	12,9	-0,6	2 377	1,9	7,7	4,3	-0,0	2 374	1,0	4,7	-0,3	2 400
Профессиональное начальное/среднее	5,3	14,3	-0,5	434	2,6	5,6	7,8	0,1	430	0,7	4,9	-0,3	435
Высшее	2,7	10,5	-0,4	590	1,7	6,2	3,0	-0,0	594	0,1	4,7	-0,2	597
Квинтиль богатства													
Низший	4,7	14,6	-0,8	1 064	1,9	7,5	3,4	-0,1	1 065	1,1	6,2	-0,5	1 071
Второй	4,2	15,6	-0,6	1 088	2,0	7,8	3,8	-0,1	1 087	1,4	6,6	-0,4	1 096
Средний	4,4	13,5	-0,6	1 058	1,0	6,1	4,5	0,0	1 059	0,6	4,4	-0,3	1 073
Четвёртый	3,7	14,1	-0,6	1 074	2,5	7,3	6,1	0,1	1 067	0,8	5,2	-0,3	1 087
Высший	2,8	10,3	-0,4	1 013	0,5	3,0	5,1	0,2	1 015	0,4	3,4	-0,1	1 018
Всего	4,0	13,7	-0,6	5 298	1,6	6,4	4,6	0,0	5 293	0,9	5,2	-0,3	5 345

Примечание: каждый из индексов выражается в единицах стандартного отклонения (CO) от медианы Норм Роста Детей ВОЗ. Данные в скобках основаны на 25–49 невзвешенных случаях.

¹ Длина лежа измеряется для детей в возрасте до 2 лет; рост стоя измеряется для всех остальных детей

² Включает детей с CO ниже -3 медианы Норм Роста Детей ВОЗ

³ Включает детей, чьи матери умерли

⁴ Для женщин, которые не были проинтервьюированы, информация берется из Вопросника Домохозяйства. Исключаются дети, чьи матери не указаны в Вопроснике Домохозяйства.

Тенденции: Доля детей в возрасте до 5 лет, страдающих от задержки роста, снизилась с 26% в 2012 году до 14% в 2023 году (**Рисунок 7**). Процент детей, страдающих от истощения, снизился с 10% в 2012 году до 6% в 2017 году, и остается таким же в 2023 году. С течением времени доля детей с избыточным весом практически не изменилась (6% в 2012 г. по сравнению с 5% в 2023 г.).

3.12 КОРМЛЕНИЕ ДЕТЕЙ ГРУДНОГО И РАННЕГО ВОЗРАСТА

Оптимальная практика кормления детей грудного и раннего возраста (КДГРВ) имеет решающее значение для здоровья и выживания детей раннего возраста. Рекомендуемые методы КДГРВ включают раннее начало грудного вскармливания (в течение первого часа жизни), исключительно грудное вскармливание в течение первых 6 месяцев жизни и кормление детей диетой, соответствующей минимальному стандарту разнообразия (ВОЗ и ЮНИСЕФ, 2021 г.).

Рисунок 7 Тенденции статуса питания детей

Процент детей до 5 лет с неполноценным питанием



Раннее начало грудного вскармливания

Процент детей, родившихся в последние 2 года, которых приложили к груди в течение 1 часа после рождения.

Выборка: Дети, родившиеся в течение последних 2 лет

Исключительно грудное вскармливание до 6 месяцев

Процент детей в возрасте 0–5 месяцев, которых кормили исключительно грудным молоком в течение предыдущего дня.

Выборка: Самые маленькие дети в возрасте от 0 до 5 месяцев, живущие с матерью

Минимальное разнообразие рациона питания

Процент детей в возрасте от 6 до 23 месяцев, которых кормили как минимум пятью из восьми определенных групп продуктов питания в течение предыдущего дня. Восемь групп продуктов питания включают: грудное молоко; зерна, корнеплоды и клубни; бобовые и орехи; молочные продукты (молоко, йогурт, и сыр); мясная пища (мясо, рыба, птица, и субпродукты); яйца; фрукты и овощи, богатые витамином А; и другие фрукты и овощи.

Выборка: Самые маленькие дети в возрасте от 6 до 23 месяцев, живущие с матерью

Основные показатели КДГРВ представлены в **Таблице 14**.

- 41% детей в возрасте от 0 до 23 месяцев кормили грудью в течение 1 часа после рождения.
- 41% детей в возрасте до 6 месяцев находятся исключительно на грудном вскармливании.
- 28% детей в возрасте от 6 до 23 месяцев кормят с минимальным разнообразием рациона.

Следует избегать нездоровой практики кормления детей грудного и раннего возраста, поскольку она может способствовать нездоровой прибавке веса и заменять полноценные пищевые продукты, которые обеспечивают детей важными питательными веществами. Для младенцев и детей младшего возраста употребление сладких продуктов и напитков повышает риск развития кариеса зубов и детского ожирения. Приведенное ниже определение показателя нездорового потребления

пищевых продуктов описывает обычные нездоровые продукты, т. е. продукты с высоким содержанием сахара, соли или нездоровых жиров, которые обычно употребляются младенцами и детьми раннего возраста (ВОЗ и ЮНИСЕФ, 2021 г.).

Таблица 14 Индикаторы кормления детей грудного и раннего возраста (КДГРВ)

Процент детей, получающих питание в соответствии с различными практиками КДГРВ, Таджикистан МДИ 2023

Индикатор	Числитель и знаменатель индикатора	Оценка
Раннее начало грудного вскармливания ¹	Процент детей, родившихся в последние 2 года, которых приложили к груди в течение 1 часа после рождения	40,8
	Количество детей, родившихся за последние 2 года	2 213
Исключительно грудное вскармливание до 6 месяцев	Процент детей в возрасте 0–5 месяцев, которых в течение предыдущего дня кормили исключительно грудным молоком	40,8
	Количество самых маленьких детей в возрасте 0–5 месяцев, проживающих с матерью	604
Минимальное разнообразие рациона 6–23 месяцев	Процент детей в возрасте от 6 до 23 месяцев, которых кормили продуктами питания и напитками, по крайней мере, из 5 из 8 определенных групп продуктов питания в течение предыдущего дня	27,8
	Количество самых маленьких детей в возрасте от 6 до 23 месяцев, проживающих с матерью	1 440
Потребление сладкого напитка 6–23 месяцев	Процент детей в возрасте от 6 до 23 месяцев, которым давали сладкий напиток в течение предыдущего дня	64,9
	Количество самых маленьких детей в возрасте от 6 до 23 месяцев, проживающих с матерью	1 440
Потребление нездоровой пищи 6–23 месяцев	Процент детей в возрасте от 6 до 23 месяцев, которых кормили нездоровой пищей в течение предыдущего дня	35,2
	Количество самых маленьких детей в возрасте от 6 до 23 месяцев, проживающих с матерью	1 440

¹ Включает детей, родившихся в течение 2 лет, предшествовавших исследованию, независимо от того, живы или умерли дети на момент интервью.

Употребление сладких напитков

Процент детей в возрасте от 6 до 23 месяцев, которым давали сладкий напиток в течение предыдущего дня.

Употребление нездоровой пищи

Процент детей в возрасте от 6 до 23 месяцев, которых кормили нездоровой пищей в течение предыдущего дня.

Выборка: Самые маленькие дети в возрасте от 6 до 23 месяцев, живущие с матерью

- 65% детей в возрасте от 6 до 23 месяцев получали сладкий напиток.
- 35% детей в возрасте от 6 до 23 месяцев употребляли нездоровую пищу.

Тенденции: Доля детей в возрасте до 6 месяцев, находящихся исключительно на грудном вскармливании, неуклонно растет: с 34% в 2012 году до 41% в 2023 году (**Рисунок 8**).

Рисунок 8 Тенденции исключительно грудного вскармливания

Процент детей 0-5 месяцев



2012 МДИТ 2017 МДИТ 2023 МДИТ

3.13 ДОМАШНЕЕ НАСИЛИЕ В ОТНОШЕНИИ ЖЕНЩИН

Гендерное насилие в отношении женщин признано во всем мире нарушением основных прав человека. Растущее число исследований выявило бремя такого насилия для здоровья, межпоколенческие и демографические последствия (UN 2006). Этот раздел посвящен домашнему насилию, одной из наиболее распространенных форм гендерного насилия в отношении женщин и девочек.

В целях наблюдения за прогрессом, достигнутым в ликвидации домашнего насилия в Таджикистане, в 2023 МДИТ был включен модуль домашнего насилия, предназначенный для опроса во всех домохозяйствах выборки. В соответствии с руководящими принципами Всемирной организации здравоохранения по этическому сбору информации о домашнем насилии, только одна, соответствующая критериям женщина на домохозяйство, была отобрана методом случайной выборки для интервью по этому модулю, и вопросы модуля не задавались, если полного уединения не могло быть достигнуто. В результате этих ограничений 68% из 9 930 женщин, имеющих право на участие в исследовании, были отобраны для участия в модуле по домашнему насилию. Среди тех, кто был отобран для участия в модуле, 3% не смогли пройти интервью из-за соображений конфиденциальности или по другим причинам. Специально вычисленные коэффициенты взвешенности были использованы с целью обеспечения того, чтобы подвыборка по домашнему насилию была репрезентативной в масштабе всей страны. Исследования МДИТ 2012 и 2017 годов включали аналогичный модуль и методологию выборки. Примечательно, однако, что в 2023 году информация о насилии со стороны интимного партнера МДИТ собирается не только среди когда-либо бывших замужем женщин и женщин, которые когда-либо проживали с мужчиной, как если бы они были замужем, но и от женщин, которые не состоят в браке, но у которых когда-либо был интимный партнер.

Терминология для данных о домашнем насилии

Муж: мужчина, с которым женщина состоит в браке или проживает с ним, как если бы она состояла в браке.

Интимный партнер: мужчина, с которым женщина, никогда не состоявшая в браке находится в отношениях, предполагающих физическую и/или эмоциональную близость, и для которых эти отношения являются или ожидаются, что они будут более продолжительными. В соответствии с определением, приведенным в настоящем отчете, интимный партнер не является мужем или мужчиной, с которым женщина проживает, но также и не бойфренд, с которым ее отношения носят случайный характер, или мужчиной, с которым она встречалась один раз.

Муж/интимный партнер: текущий муж для замужних женщин; последний муж для разведенных, живущих отдельно или овдовевших женщин; текущий интимный партнер для женщин, никогда не состоявших в браке, у которых в настоящее время есть интимный партнер; и самый последний интимный партнер для женщин, никогда не состоявших в браке, у которых в настоящее время нет интимного партнера, но он был у них в прошлом.

Бойфренд: мужчина, с которым женщина имеет случайные отношения и которого она не упомянула в качестве интимного партнера.

В 2023 году от женщин в возрасте 15–49 лет была получена информация об их опыте насилия, совершенного любым насильником, включая нынешних и бывших мужей или других интимных партнеров. Чтобы зафиксировать насилие со стороны интимного партнера, женщин, состоявших в браке, спрашивали об их опыте насилия, совершенного их нынешними и бывшими мужьями/сожителями, и, если применимо, женщин, никогда не состоявших в браке, спрашивали об их опыте насилия, совершенного их нынешними и бывшими интимными партнерами. В частности, насилие со стороны интимного партнера измерялось путем опроса женщин о том, делал ли их нынешний или бывший муж/интимный партнер когда-либо с ними следующее:

- **Физическое насилие:** толкал вас, тряс или бросал в вас что-либо; давал пощечины; выкручивал вам руку или тянул за волосы; бил вас кулаком или чем-то, что может причинить вам боль;

пинал, тащил или избивал; душил или жег вас намеренно; или нападал на вас с ножом, пистолетом или другим оружием

- **Сексуальное насилие:** физически принуждал вас к половому акту с ним, когда вы этого не хотели, физически принуждал вас к совершению любых других сексуальных действий, которых вы не хотели, или принуждал вас угрозами или любым другим способом к совершению сексуальных действий, которых вы не хотели
- **Эмоциональное насилие:** говорил или делал что-то, чтобы унижить вас перед другими, угрожал причинить боль или вред вам или кому-то, кто вам дорог, оскорблял вас или заставлял вас плохо думать о себе.

В дополнение к вопросам о различных формах насилия со стороны интимного партнера, от всех женщин также была получена информация о физическом насилии, совершенном кем-либо, кроме мужа/интимного партнера, начиная с 15 летнего возраста, путем опроса о том, бил ли кто-нибудь, давал пощечины, пинал или делал что-либо еще, чтобы причинить им физическую боль. Аналогичным образом, женщин спрашивали, подвергались ли они сексуальному насилию, совершенному кем-либо, кроме мужа/интимного партнера. В частности, их спрашивали, принуждали ли их когда-либо в своей жизни, будучи ребенком или взрослым, каким-либо образом вступать в половые сношения или совершать какие-либо другие сексуальные действия, когда они этого не хотели. Кроме того, женщин, которые когда-либо были беременны, спрашивали об их опыте физического насилия во время беременности (данные не показаны).

3.13.1 Опыт Множественных Форм Насилия

Физическое насилие и сексуальное насилие не происходят изолированно; скорее, женщины могут подвергаться сочетанию различных форм насилия.

В **Таблице 15** представлена информация о физическом и сексуальном насилии, которому когда-либо подвергались женщины в возрасте 15–49 лет.

- Примерно каждая восьмая женщина в возрасте от 15 до 49 лет (12%) когда-либо подвергалась физическому или сексуальному насилию: 10% подвергались только физическому насилию, менее 1% подвергались только сексуальному насилию и 2% подвергались как физическому, так и сексуальному насилию.

- Примечательно, что опыт физического или сексуального насилия увеличивается с возрастом: от 2% среди женщин в возрасте 15–17 лет до 18% среди женщин в возрасте 30–39 лет, а затем снижается среди женщин старшего возраста.

Тенденции: Доля женщин в возрасте от 15 до 49 лет, которые когда-либо подвергались физическому или сексуальному насилию, снизилась с 24% в 2017 году до 12% в 2023 году.

Таблица 15 Опыт различных форм насилия

Процент женщин в возрасте от 15 до 49 лет, которые когда-либо подвергались различным формам насилия, в соответствии с текущим возрастом, Таджикистан МДИ 2023

Возраст	Только физическое насилие	Только сексуальное насилие	Физическое и сексуальное насилие		Количество женщин
			Физическое насилие	или сексуальное насилие	
15–19	3,6	0,0	0,0	3,6	1 091
15–17	2,1	0,0	0,0	2,1	676
18–19	6,1	0,0	0,0	6,1	415
20–24	8,5	0,4	0,8	9,7	1 039
25–29	10,5	0,7	1,2	12,4	1 031
30–39	15,0	0,5	2,3	17,7	1 963
40–49	10,8	0,2	2,3	13,3	1 324
Всего	10,4	0,4	1,5	12,3	6 448

3.13.2 Насилие со стороны Интимного Партнера совершенное Нынешним или Последним Мужем/интимным партнером

Насилие со стороны интимного партнера

Процент женщин, которые подверглись любому из указанных актов физического, сексуального или эмоционального насилия, совершенных их нынешним или последним мужем/интимным партнером, когда-либо и в течение 12 месяцев, предшествовавших исследованию.

Выборка: женщины в возрасте от 15 до 49 лет, у которых когда-либо был муж или интимный партнер

В Таблице 16 представлена информация о насилии со стороны интимного партнера среди женщин в возрасте от 15 до 49 лет.

Таблица 16 Насилие со стороны интимного партнера по основным характеристикам

Процент женщин в возрасте 15–49 лет, у которых когда-либо был муж или интимный партнер, которые когда-либо подвергались эмоциональному, физическому или сексуальному насилию, совершенному их нынешним или последним мужем/интимным партнером, в соответствии с основными характеристиками, Таджикистан МДИ 2023

Основная характеристика	Эмоциональное насилие	Физическое насилие	Сексуальное насилие	Физическое и сексуальное	Физическое, сексуальное и эмоциональное	Физическое или сексуальное	Физическое, сексуальное или эмоциональное	Количество женщин, у которых когда-либо был муж/интимный партнер
Возраст								
15–19	3,2	11,7	0,1	0,1	0,1	11,7	12,5	170
20–24	3,6	10,7	1,5	1,0	0,9	11,2	11,9	862
25–29	6,8	11,5	1,7	0,9	0,5	12,3	15,9	994
30–39	9,1	16,7	2,3	2,0	1,6	17,0	19,5	1 921
40–49	6,8	12,4	2,0	1,8	1,1	12,6	15,6	1 294
Место жительства								
Город	8,3	13,1	2,1	1,8	1,4	13,4	16,4	1 354
Село	6,6	13,6	1,8	1,4	1,0	14,0	16,4	3 887
Область								
Душанбе	7,8	8,2	1,6	1,0	1,0	8,8	12,2	529
ГБАО	8,2	17,6	1,5	1,0	0,7	18,1	19,2	78
Согдийская	7,2	9,9	2,2	1,8	1,5	10,2	13,4	1 492
РРП	5,0	8,1	1,2	0,9	0,8	8,3	10,0	1 259
Хатлонская	7,9	21,3	2,3	1,8	1,0	21,7	24,1	1 884
Семейное положение								
Никогда не состояла в браке	*	*	*	*	*	*	*	8
В настоящее время имеет интимного партнера	*	*	*	*	*	*	*	7
Был интимный партнер	*	*	*	*	*	*	*	2
Когда-либо состояла в браке								
Замужем или проживает совместно	7,0	13,5	1,9	1,5	1,1	13,9	16,4	5 233
Разведена/живет отдельно/вдова	6,0	12,6	1,4	1,1	0,6	12,9	15,4	4 890
Всего	20,8	26,5	9,5	8,0	8,0	28,0	31,1	342
Занятость								
Работает за деньги	14,3	19,9	4,7	4,1	3,4	20,5	24,3	1 131
Работает не за деньги	6,4	16,2	3,3	2,7	0,5	16,8	21,4	174
Не работает	5,0	11,5	1,1	0,7	0,5	11,9	13,9	3 936
Районы ПВБ	2,5	14,7	0,3	0,1	0,1	14,9	16,0	1 072
Образование								
Без образования/начальное	8,3	14,6	1,2	1,2	1,2	14,6	17,3	243
Общее основное	8,1	15,3	2,1	1,9	1,6	15,5	18,4	1 597
Общее среднее	5,1	11,9	1,9	1,3	0,7	12,5	14,5	2 416
Профессиональное начальное/среднее	9,8	14,9	2,1	1,6	1,5	15,3	17,6	396
Высшее	9,5	13,7	1,6	1,4	1,0	13,8	17,6	588
Квинтиль богатства								
Низший	7,1	13,1	1,9	1,4	1,1	13,5	16,5	1 007
Второй	7,7	15,3	1,7	1,3	1,3	15,7	18,4	1 041
Средний	6,5	15,2	2,3	1,9	1,1	15,7	18,1	1 020
Четвёртый	6,0	12,1	1,8	1,5	0,6	12,5	14,3	1 110
Высший	7,8	11,9	1,8	1,5	1,3	12,2	14,8	1 062
Всего	7,0	13,5	1,9	1,5	1,1	13,9	16,4	5 241

Примечания: Термин «муж» включает партнера, с которым женщина живет так, как если бы она была замужем. Под мужем/интимным партнером понимается нынешний муж для замужних женщин, последний муж для разведенных, разлученных или овдовевших женщин, текущий интимный партнер для никогда не состоявших в браке женщин, у которых в настоящее время есть интимный партнер, и самый последний интимный партнер для никогда не состоявших в браке женщин, у которых в настоящее время нет интимного партнера, но он был в прошлом. Звездочка означает, что данные основаны на менее чем 25 невзвешенных случаях и были исключены.

Среди женщин в возрасте от 15 до 49 лет, у которых когда-либо был муж или интимный партнер:

- 14% подвергались физическому насилию со стороны своего нынешнего или последнего мужа/интимного партнера.
- 2% подвергались сексуальному насилию со стороны своего нынешнего или последнего мужа/интимного партнера.
- 7% подвергались эмоциональному насилию со стороны своего нынешнего или последнего мужа/интимного партнера.
- 16% подвергались физическому, сексуальному, или эмоциональному насилию со стороны своего нынешнего или последнего мужа/интимного партнера.

Тенденции: среди женщин, когда-либо состоявших в браке, распространенность всех форм насилия со стороны их нынешнего или последнего мужа/партнера в 2023 году ниже, чем в 2017 и 2012 годах. В целом, распространенность супружеского физического, сексуального, или эмоционального насилия, совершаемого нынешним или последним мужем/партнером женщин, увеличилась с 24% в 2012 году до 31% в 2017 году, а затем резко снизилась до 16% в 2023 году.

3.14 ВИЧ

3.14.1 Знания о Профилактике среди Молодежи

Знания о профилактике ВИЧ

Знание того, что постоянное использование презервативов во время полового акта и наличие только одного неинфицированного верного партнера может снизить шансы заразиться ВИЧ, знание того, что здоровый на вид человек может иметь ВИЧ, и отказ от двух основных заблуждений о передаче ВИЧ: ВИЧ может передаваться через укусы комаров, и человек может заразиться, разделяя пищу с человеком, который имеет ВИЧ.

Выборка: Женщины в возрасте от 15 до 24 лет

Знания о том, как передается ВИЧ, имеют решающее значение для того, чтобы люди могли избежать ВИЧ-инфекции, и это особенно верно для молодых людей, которые часто подвергаются большому риску, поскольку у них могут быть более короткие отношения с большим количеством партнеров или они могут быть вовлечены в другие рискованные формы поведения. Как видно из **Таблицы 17**, только 10% женщин в возрасте 15–24 лет обладают глубокими знаниями в области профилактики ВИЧ.

3.14.2 Сексуальное Поведение

Информация о сексуальном поведении важна при разработке и мониторинге программ вмешательства по контролю распространения ВИЧ.

- Менее 1% женщин в возрасте от 15 до 49 лет имели половой акт с двумя или более партнерами в течение последних 12 месяцев.
- Среди женщин в возрасте от 15 до 49 лет, которые вступали в половой акт с лицом, который не был ни их супругом, и не проживал с ними в течение 12 месяцев до исследования, 26% использовали презерватив в последний раз, когда они занимались сексом с таким партнером; однако эту оценку следует интерпретировать с осторожностью, вследствие малого числа случаев.
- Среди женщин в возрасте 15–49 лет, когда-либо вступавших в половой акт, среднее число половых партнеров в течение жизни составляет 1,1 (**Таблица 18**).

Таблица 17 Знания о методах профилактики ВИЧ среди молодых женщин

Процент молодых женщин в возрасте 15–24 лет, обладающих знаниями о профилактике ВИЧ, в соответствии с основными характеристиками, Таджикистан МДИ 2023

Основная характеристика	Процент, обладающих знаниями о профилактике ВИЧ ¹	Количество женщин
Возраст		
15–19	7,5	1 710
15–17	5,9	1 071
18–19	10,3	639
20–24	12,4	1 616
20–22	12,5	939
23–24	12,2	677
Семейное положение		
Никогда не состояла в браке	7,7	1 780
Когда-либо имела секс	*	6
Никогда не имела секса	7,8	1 774
Когда-либо состояла в браке	12,4	1 546
Место жительства		
Город	10,7	908
Село	9,6	2 419
Область		
Душанбе	13,4	383
ГБАО	16,8	42
Согдийская	14,4	900
РРП	5,4	794
Хатлонская	8,1	1 209
Районы ПВБ	4,6	687
Образование		
Без образования/ начальное	9,7	87
Общее основное	6,8	1 118
Общее среднее	9,4	1 400
Профессиональное начальное/среднее	17,2	330
Высшее	14,3	392
Квинтиль богатства		
Низший	6,6	557
Второй	7,2	679
Средний	10,8	682
Четвёртый	11,5	662
Высший	12,5	746
Всего 15–24	9,9	3 327

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

¹ Знания о профилактике ВИЧ означают знание того, что постоянное использование презервативов во время полового акта и наличие только одного неинфицированного верного партнера может снизить вероятность заражения ВИЧ, знание того, что здоровый на вид человек может иметь ВИЧ, и отказ от двух распространенных заблуждений о передаче или профилактике ВИЧ: ВИЧ может передаваться через укусы комаров, и человек может заразиться, разделив пищу с человеком, который заражен ВИЧ.

Таблица 18 Множественные половые партнеры и половое сношение повышенного риска за последние 12 месяцев

Среди всех женщин в возрасте 15–49 лет, процент женщин, имевших половое сношение с более чем одним сексуальным партнером в течение последних 12 месяцев, и процент, имевших половое сношение в течение последних 12 месяцев с лицом, которое не являлось их мужем и не проживало с ними; среди тех, у кого было более одного партнера в течение последних 12 месяцев, процент сообщивших, что во время последнего полового сношения использовался презерватив; среди женщин в возрасте от 15 до 49 лет, имевших половое сношение в течение последних 12 месяцев с лицом, которое не являлось их мужем и не проживало с ними, процент, использовавших презерватив во время последнего полового сношения с таким партнером; и среди женщин, которые когда-либо имели половое сношение, среднее количество половых партнеров в течение их жизни, согласно основным характеристикам, Таджикистан МДИ 2023

Основная характеристика	Все женщины			Женщины, у которых было 2+ партнера за последние 12 месяцев		Женщины, которые в течение последних 12 месяцев вступали в половое сношение с лицом, которое не было их мужем и не проживало с ними		Женщины, которые когда-либо имели половое сношение ¹	
	Процент тех, у кого было 2+ партнера за последние 12 месяцев	Процент тех, кто имел половое сношение в течение последних 12 месяцев с человеком, который не был их мужем и не проживал с ними	Количество женщин	Процент тех, кто сообщил об использовании презерватива во время последнего полового сношения	Количество женщин	Процент тех, кто сообщил об использовании презерватива во время последнего полового сношения с таким партнером	Количество женщин	Среднее число половых партнеров в течение жизни	Количество женщин
Возраст									
15–24	0,2	0,1	3 327	*	6	*	3	1,0	1 551
15–19	0,0	0,0	1 710	*	0	*	1	1,0	223
20–24	0,4	0,1	1 616	*	6	*	2	1,1	1 328
25–29	0,4	0,1	1 559	*	6	*	2	1,0	1 504
30–39	0,3	0,1	2 980	*	9	*	3	1,1	2 923
40–49	0,4	0,3	2 014	*	9	*	7	1,1	1 980
Семейное положение									
Никогда не состояла в браке	0,0	0,1	1 964	*	0	*	2	1,2	49
Замужем или проживает совместно	0,4	0,1	7 392	(9,9)	29	*	5	1,1	7 390
Разведена/живет отдельно/вдова	0,1	1,3	522	*	1	*	7	1,1	520
Место жительства									
Город	0,5	0,4	2 705	*	13	*	11	1,1	2 088
Село	0,2	0,1	7 174	*	17	*	4	1,1	5 871
Область									
Душанбе	0,5	0,4	1 077	*	5	*	5	1,1	795
ГБАО	0,4	1,2	157	*	1	*	2	1,1	117
Согдийская	0,2	0,1	2 780	*	6	*	2	1,1	2 284
РРП	0,3	0,1	2 356	*	7	*	2	1,1	1 918
Хатлонская	0,3	0,1	3 509	*	11	*	4	1,0	2 846
Районы ПВБ	0,2	0,0	1 937	*	4	*	1	1,0	1 580
Образование									
Без образования/ начальное	0,4	0,0	443	*	2	*	0	1,1	391
Общее основное	0,4	0,0	3 271	*	12	*	1	1,1	2 455
Общее среднее	0,2	0,1	4 230	*	9	*	6	1,0	3 596
Профессиональное начальное/среднее	0,2	0,3	778	*	2	*	2	1,0	602
Высшее	0,4	0,4	1 157	*	5	*	5	1,1	915
Квинтиль богатства									
Низший	0,2	0,1	1 842	*	3	*	2	1,1	1 516
Второй	0,3	0,0	1 967	*	6	*	0	1,1	1 553
Средний	0,2	0,1	1 966	*	5	*	2	1,1	1 605
Четвёртый	0,2	0,0	1 964	*	4	*	0	1,0	1 647
Высший	0,5	0,5	2 140	*	12	*	10	1,1	1 638
Всего	0,3	0,1	9 879	(10,1)	29	(25,7)	15	1,1	7 959

Примечание: Данные в скобках основаны на 25–49 невзвешенных случаях. Звездочка означает, что данные основаны на менее чем 25 невзвешенных случаях и были исключены

¹ Средние значения рассчитываются без учета респондентов, давших нечисловые ответы.

3.14.3 Предыдущее Тестирование на ВИЧ

Программы тестирования на ВИЧ диагностируют людей, живущих с ВИЧ, с тем, чтобы они могли быть подключены к медицинской помощи и получить доступ к антиретровирусной терапии (АРТ). Знание ВИЧ-статуса помогает ВИЧ-отрицательным людям снизить риск и оставаться отрицательными (Таблица 19).

- Почти половина женщин в возрасте от 15 до 49 лет (48%) прошли тестирование на ВИЧ и получили результаты теста.
- Процент женщин, когда-либо проходивших тестирование на ВИЧ и получивших результаты, растет с возрастом, увеличиваясь с 16% среди 15–19-летних и достигая пика в 63% в возрасте 25–29 лет и после чего снижается.
- 19% женщин прошли тестирование на ВИЧ в течение последних 12 месяцев и получили результаты своего последнего теста.

Таблица 19 Охват предыдущим тестированием на ВИЧ

Процентное распределение женщин в возрасте 15–49 лет по статусу тестирования на ВИЧ и по тому, получили ли они результаты последнего теста, процент женщин, когда-либо проходивших тестирование, и процент женщин, которые были протестированы в течение последних 12 месяцев и получили результаты последнего теста, в соответствии с основными характеристиками, Таджикистан МДИ 2023

Основная характеристика	Процентное распределение женщин по статусу тестирования и по тому, получили ли они результаты последнего теста			Всего	Процент когда-либо протестированных	Процент, протестированных на ВИЧ в течение последних 12 месяцев и получивших результаты последнего теста	Количество женщин
	Когда-либо были протестированы и получили результаты	Когда-либо были тестированы, не получили результатов	Никогда не тестировались ¹				
Возраст							
15–24	35,9	0,6	63,5	100,0	36,5	21,0	3 327
15–19	16,3	0,1	83,7	100,0	16,3	11,8	1 710
20–24	56,6	1,1	42,2	100,0	57,8	30,8	1 616
25–29	63,4	1,3	35,4	100,0	64,6	24,2	1 559
30–39	56,9	0,8	42,4	100,0	57,6	16,9	2 980
40–49	44,9	0,5	54,6	100,0	45,4	13,4	2 014
Семейное положение							
Никогда не состояла в браке	13,9	0,1	86,0	100,0	14,0	7,7	1 964
Имела когда-либо половой акт	27,9	0,0	72,1	100,0	27,9	4,0	50
Никогда не имела полового акта	13,6	0,1	86,3	100,0	13,7	7,8	1 914
Замужем/проживает совместно	57,7	0,9	41,3	100,0	58,7	22,0	7 392
Разведена/живет отдельно/вдова	45,7	0,4	53,9	100,0	46,1	14,4	522
Место жительства							
Город	57,5	0,9	41,6	100,0	58,4	23,3	2 705
Село	44,9	0,7	54,4	100,0	45,6	17,0	7 174
Область							
Душанбе	68,1	1,0	30,9	100,0	69,1	25,8	1 077
ГБАО	68,6	0,1	31,2	100,0	68,8	36,6	157
Согдийская	51,8	0,2	48,0	100,0	52,0	21,3	2 780
РРП	36,6	0,7	62,7	100,0	37,3	14,7	2 356
Хатлонская	46,7	1,1	52,2	100,0	47,8	16,4	3 509
Районы ПВБ	43,5	1,4	55,1	100,0	44,9	12,4	1 937
Образование							
Без образования/начальное	40,0	0,4	59,6	100,0	40,4	13,2	443
Общее основное	40,6	0,6	58,8	100,0	41,2	13,0	3 271
Общее среднее	48,1	0,8	51,1	100,0	48,9	18,3	4 230
Профессиональное начальное/среднее	64,4	0,8	34,8	100,0	65,2	34,7	778
Высшее	63,7	1,0	35,3	100,0	64,7	28,0	1 157
Квантиль богатства							
Низший	36,2	0,4	63,4	100,0	36,6	12,3	1 842
Второй	43,4	1,0	55,5	100,0	44,5	16,6	1 967
Средний	47,6	0,5	51,9	100,0	48,1	18,4	1 966
Четвёртый	50,6	0,8	48,6	100,0	51,4	20,4	1 964
Высший	62,2	0,9	36,9	100,0	63,1	25,1	2 140
Всего	48,4	0,7	50,9	100,0	49,1	18,7	9 879

¹ Включает респондентов, которые не слышали о ВИЧ или отказались отвечать на вопросы о тестировании

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Агентство по статистике при Президенте Республики Таджикистан. Перепись населения и жилищного фонда Таджикистана 2020 года <https://www.stat.tj/barujhatgirii-aholi-2020/>.

Bradley, S. E. K., Croft, T. N., Fishel, J. D., and Westoff, C. F. 2012. *Revising Unmet Need for Family Planning*. DHS Analytical Studies No. 25. Calverton, MD, USA: ICF International.

Государственное учреждение «Республиканский центр статистики и медицинской информации» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан. 2024. Сборник «Здоровье населения и деятельность учреждений здравоохранения в 2023 году». Душанбе, Таджикистан (готовится к печати).

UN, United Nations. 2006. “The Secretary-General’s in-Depth Study on All Forms of Violence against Women.” New York: United Nations. <http://www.un.org/womenwatch/daw/vaw/SGstudyvaw.htm#more>.

Van Lerberghe, W., and V. De Brouwere. 2001. Of Blind Alleys and Things That Have Worked: History’s Lessons on Reducing Maternal Mortality. In: De Brouwere, V., and W. Van Lerberghe, eds. *Safe Motherhood Strategies: A Recent Review of the Evidence*. Antwerp: ITG Press, 7–33.

World Health Organization (WHO) and United Nations Children’s Fund (UNICEF). 2021. *Indicators for Assessing Infant and Young Child Feeding Practices: Definitions and Measurement Methods*. Geneva: WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240018389>.

World Health Organization (WHO). 2003. *World Health Report 2003*. Geneva: WHO. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42789>.

World Health Organization (WHO). 2006a. *Standards for Maternal and Neonatal Care*. Geneva: WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241511216>.

World Health Organization (WHO). 2006b. *Child Growth Standards*. Geneva: WHO.