Казахстан

МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ 1999

Академия профилактической медицины
Алматы, Казахстан

Макро Интернэшнл Инк.
Калвертон, Мэриленд, США
<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Значения</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ</strong></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Детская смертность</td>
<td>Показатель младенческой смертности</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>61.9 ± 1 000</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Показатель смертности до пяти лет</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>71.4 ± 1 000</td>
</tr>
<tr>
<td>Материнская смертность</td>
<td>Показатель материнской смертности</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>62.5 ± 100 000</td>
</tr>
<tr>
<td>Недостаточность питания</td>
<td>Процент с низкорослостью (дети до пяти лет)</td>
</tr>
<tr>
<td>среди детей</td>
<td>9.7</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Процент с истощением (дети до пяти лет)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>1.8</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Процент с недостаточным весом тела (дети до пяти лет)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>4.2</td>
</tr>
<tr>
<td>Обеспеченность чистой</td>
<td>Процент домовладений с безопасным источником</td>
</tr>
<tr>
<td>питьевой водой</td>
<td>водоснабжения в 15 минутах ходьбы</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>83.6</td>
</tr>
<tr>
<td>Тип туалет</td>
<td>Процент домовладений со смывным туалетом</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>47.2</td>
</tr>
<tr>
<td>Уровень образования</td>
<td>Процент женщин 15-49 лет с законченным</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>начальным образованием</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>99.3</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Процент мужчин 15-49 лет с законченным</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>начальным образованием</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>99.1</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Процент девочек 6-12 лет, посещающих школу</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>81.4</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Процент мальчиков 6-12 лет, посещающих школу</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>80.3</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Процент грамотных женщин 15-49 лет</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>99.8</td>
</tr>
<tr>
<td>Дети в исключительно</td>
<td>Процент детей, являющихся полными</td>
</tr>
<tr>
<td>трудной ситуации</td>
<td>носителями смывных туалетов</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>0.2</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Процент детей, не проживающих с родной матерью</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>6.2</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Процент детей, проживающих с единственным взрослым</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>5.9</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ</strong></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Здоровье женщин</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Межродовой интервал</td>
<td>Процент родов с межродовым интервалом менее 24 месяцев</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>32.3</td>
</tr>
<tr>
<td>Безопасное материнство</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Процент родов с оказанием медицинской антенатальной помощи</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>94.4</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Процент родов с оказанием медицинской антенатальной помощи в первом триместре</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>46.8</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Процент родов с оказанием медицинской помощи</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>99.0</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Процент родов в медицинском учреждении</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>98.0</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Процент родов с высоким риском</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>38.7</td>
</tr>
<tr>
<td>Планирование семьи</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Уровень распространенности контрацептивных средств</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>(любой метод, замужние женщины)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>66.1</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Процент замужних женщин с нереализованными потребностями в методах планирования семьи</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>8.7</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Процент замужних женщин с нереализованными потребностями в методах планирования целью избегания родов с высоким риском</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>5.0</td>
</tr>
<tr>
<td>Питание</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Питание матери</td>
<td>Процент матерей с низким ИМТ</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>7.4</td>
</tr>
<tr>
<td>Низкий вес при рождении</td>
<td>Процент детей с низким весом тела при рождении (от сообщивших о вагинальном рождении)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>7.3</td>
</tr>
<tr>
<td>Грудное вскармливание</td>
<td>Процент детей до 4 месяцев, находившихся на исключительном грудном вскармливании</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>46.6</td>
</tr>
<tr>
<td>Здоровье ребенка</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Противоокоробная вакцина</td>
<td>Процент детей 12-23 месяцев, получивших противоокоробную вакцину</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>86.5</td>
</tr>
<tr>
<td>Все рекомендуемые</td>
<td>Процент детей 12-23 месяцев, получивших все рекомендуемые вакцины</td>
</tr>
<tr>
<td>ВОЗ вакцины</td>
<td>80.5</td>
</tr>
<tr>
<td>Контроль диареи</td>
<td>Процент детей с диареей в предшествовавшие 2 недели, получивших оральную ротаторную терапию</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>32.0</td>
</tr>
<tr>
<td>Острая респираторная</td>
<td>Процент детей с сочетанием диареи и острым респираторным воспалением в предшествовавшие 2 недели, получивших медицинскую помощь</td>
</tr>
<tr>
<td>инфекция</td>
<td>48.0</td>
</tr>
</tbody>
</table>

1 По данным Агентства РК по делам здравоохранения
2 Водопроводная, холодная и бутылочная вода
3 Первые роды исключены.
МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ КАЗАХСТАНА 1999

Академия профилактической медицины
Алматы, Казахстан

Макро Интернейшнл Инк.
Калвертон, Мэриленд, США

Ноябрь, 2000
Данная монография представляет собой обобщение результатов Программы медико-демографического исследования Казахстана (ПМДК) 1999 года, выполненной Академией профилактической медицины Казахстана при техническом содействии Макро Интернешнл Инк (США). Финансовая поддержка программы осуществлялась Агентством США по международному развитию.

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

Рекомендуемые ссылки:
СОДЕРЖАНИЕ

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ .................................................................................. V

АВТОРЫ МОНОГРАФИИ ........................................................................... VI

ПРЕДИСЛОВИЕ ....................................................................................... VIII

ОСНОВНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКОГО
ИССЛЕДОВАНИЯ КАЗАХСТАНА 1999 ГОДА ........................................ IX

КАРТА КАЗАХСТАНА ............................................................................. XIV

ГЛАВА 1 КАЗАХСТАН: ВВЕДЕНИЕ, ЦЕЛИ И
ОРГАНИЗАЦИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ ...................................................... 1

Торегельды Ш. Шарманов

1.1 ГЕОГРАФИЯ И НАСЕЛЕНИЕ .............................................................. 1

1.2 ИСТОРИЯ КАЗАХСТАНА ................................................................ 1

1.3 ЭКОНОМИКА ................................................................................. 2

1.4 СИСТЕМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ В КАЗАХСТАНЕ ............................................ 3

1.5 ПОЛИТИКА И ПРОГРАММЫ ПЛАНИРОВАНИЯ СЕМЬИ .................. 5

1.6 СИСТЕМА СБОРА МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ДАННЫХ В КАЗАХСТАНЕ ....................................................... 5

1.7 ЦЕЛИ И ОРГАНИЗАЦИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ ..................................... 6

1.7.1 РАЗРАБОТКА И ВНЕДРЕНИЕ СТАТИСТИЧЕСКИ РЕПРЕЗЕНТАТИВНОЙ ВЫБОРКИ .... 7

1.7.2 АНКЕТЫ .................................................................................. 7

1.7.3 ОБУЧЕНИЕ И ПОЛУЧЕНИЕ АНКЕТ ........................................... 8

1.7.4 ОБРАБОТКА ДАННЫХ ............................................................. 9

1.7.5 ОБЪЕМ ИССЛЕДОВАНИЙ ......................................................... 9

ГЛАВА 2 ХАРАКТЕРИСТИКА ДОМОВЛАДЕНИЙ .................................. 11

Адил К. Катарбаев, Кристи Фейр

2.1 ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ДОМОВЛАДЕНИЙ .......... 11

2.2 СОСТАВ ДОМОВЛАДЕНИЙ ......................................................... 13

2.3 ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ УРОВЕНЬ ЧЛЕНОВ ДОМОВЛАДЕНИЙ .......... 14

2.3.1 УРОВЕНЬ ПОСЕЛЕНИЙ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЙ ЧЛЕНАМИ ДОМОВЛАДЕНИЙ .... 14

2.3.2 ЧАСТОТА ПОСЕЩЕМОСТИ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЙ ..................... 15

2.3.3 ЧАСТОТА ПОТОКА ОБУЧЕНИЯ И ПЕРЕКРЫТИЯ ОБУЧЕНИЯ ............. 16

2.4 ХАРАКТЕРИСТИКА ДОМАШНЕГО ХОЗЯЙСТВА .............................. 17

2.4.1 НАЛИЧИЕ БЫТОВЫХ СРЕДСТВ В ДОМОВЛАДЕНИЯХ ................. 18

ГЛАВА 3 ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РЕСПОНДЕНТОВ И СТАТУС
ЖЕНЩИН ........................................................................................... 21

Райхан М. Сиссекенова, Сунита Кийор, Эльнар А. Курмангалиев

3.1 ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РЕСПОНДЕНТОВ ............................ 21

3.1.1 СОЦИАЛЬНО-БИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РЕСПОНДЕНТОВ .......... 21

3.1.2 УРОВЕНЬ ОБРАЗОВАНИЯ РЕСПОНДЕНТОВ ............................. 21

3.1.3 РОЛЬ ЗАНЯТИЙ ..................................................................... 21

3.1.4 ДОСТУПНОСТЬ СРЕДСТВ МАССОВОЙ ИНФОРМАЦИИ ................. 26

3.2 ПОЛОЖЕНИЕ ЖЕНЩИН .............................................................. 27

3.2.1 ЗАНЯТОСТЬ И ЗАРАБОТОК ...................................................... 27

3.2.2 ПРИНЯТИЕ РЕШЕНИЯ И ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЗАРАБОТНЫХ СРЕДСТВ .......... 29

3.2.3 ПРИНЯТИЕ РЕШЕНИЙ ПО НЕКОТОРЫМ ДОМАШНИМ СИТУАЦИЯМ .... 32

3.2.4 СОГЛАСИЕ ЖЕНЩИН С ПРИЧИНАМИ ИЗБИЯНИЯ ЖЕНЫ ............... 36

3.2.5 СОГЛАСИЕ ЖЕНЩИН С ПРИЧИНАМИ, ПО КОТОРЫМ ЖЕНЩИНА ОТКАЗЫВАЕТСЯ, ИМЕТЬ ИНОЙ РАЙОН ОТНОШЕНИЯ С МУЖЕМ ............ 38
ГЛАВА 4 РОЖДЕМОСТЬ ............................................................................. 39
Торөгөлдөгы Ш. Шарманов, Кия И. Уййнстан ........................................ 39
4.1 Текущая рождаемость .................................................................... 39
4.2 Тенденции рождаемости ................................................................. 43
4.3 Сведения о родившихся и живых детях ........................................ 44
4.4 Межродовой интервал ................................................................. 46
4.5 Возраст при первом роде ............................................................. 47
4.6 Беременность и материнство среди женщин 15-19 лет ............... 48

ГЛАВА 5 КОНТРАЦЕПЦИЯ .................................................................... 49
Холли Сейхан, Аккумис Б. Салханова
5.1 Осведомленность о методах контрацепции .................................. 49
5.2 Использование контрацепции когда-либо в прошлом ...................... 50
5.3 Использование методов контрацепции в настоящем ..................... 55
5.4 Использование методов контрацепции в настоящем в зависимости от социально-биологических факторов .............................. 57
5.5 Использование методов контрацепции в настоящем в зависимости от статуса женщины ................................................................. 58
5.6 Использование противозачаточных таблеток .................................. 59
5.7 Количество детей при первом использовании методов контрацепции ......................................................................................... 60
5.8 Источники методов планирования семьи ....................................... 61
5.9 Информированность о выборе ...................................................... 63
5.10 Прекращение использования контрацепции в течение 12 месяцев ... 64
5.11 Намерение женщин, не применяющих методы контрацепции, использовать их в будущем ..................................................... 65
5.12 Причины отказа от методов контрацепции .................................... 65
5.13 Контакт респондентов, не использующих методы планирования семьи, с работниками службы планирования семьи ............. 66
5.14 Информированность респондентов о планировании семьи и телевидению .............................................................................. 66
5.15 Роль средств массовой печати в информированности респондентов о планировании семьи ....................................................... 67
5.16 «Красное яблоко» — эмблема программы социального маркетинга контрацептивных средств ....................................................... 68
5.17 Отношение супружеских пар к планированию семьи .................... 68

ГЛАВА 6 АБОРТЫ ................................................................................. 69
Аккумис Б. Салханова, Холли Сейхан
6.1 Исходы беременности ................................................................. 69
6.2 Индуцированные аборты в течение всей жизни респондента .......... 70
6.3 Показатели индуцированных абортов ........................................... 71
6.4 Тенденции индуцированных абортов ............................................ 73
6.5 Статистика по абортам по данным Агентства РК по делам здравоохранения ................................................................. 73
6.6 Использование методов контрацепции до проведения аборта .......... 74
6.7 Место и методы проведения абортов ............................................. 74

ГЛАВА 7 ДРУГИЕ ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА РОЖДЕМОСТЬ ............ 77
Кия И. Уййнстанж и Жанар С. Ашенова
7.1 Семейное положение .................................................................... 77
7.2 Возраст при первом браке ............................................................ 79
7.3 Возраст при первом половом контакте ......................................... 79
7.4 Половая активность в последнее время ....................................... 82
7.5 Послеродовая аменорея, абстиненция и невосприимчивость ........ 85
7.6 Менопауза .................................................................................. 86

ГЛАВА 8 ОТНОШЕНИЕ К ДЕТОРОЖДЕНИЮ ........................................... 89
Джереми М. Салхиан, Игорь Г. Цой
8.1 Отношение к рождению детей ..................................................... 89
ГЛАВА 9 МЛАДЕЧЕСКАЯ И ДЕТСКАЯ СМЕРТНОСТЬ
Джереми М. Саплиев, Авукен К. Машкеев, Адиль К. Катарбаев
1. Общая характеристика и качество данных ........................................ 99
2. Уровни и тенденции смертности в раннем детском возрасте ............ 100
3. Показатели младенческой смертности по данным Агентства РК по делам здравоохранения ................................................................. 100
4. Социально-биологические различия младенческой и детской смертности ................................................................. 102
5. Демографические различия показателей младенческой и детской смертности ................................................................. 103
6. Рождаемость повышенного риска .................................................. 104

ГЛАВА 10 ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
МАТЕРИ И РЕБЕНКУ
Торегельды Ш. Шарманов, Ардак Б. Чунебекова, Адиль К. Катарбаев
1. Медицинские учреждения оказания первичной помощи населению .... 107
2. Антенатальная помощь ........................................................................ 107
3. Содержание антенатальной помощи .................................................. 110
4. Место проведения родов и родовспоможение ..................................... 111
5. Кесарево сечение и восстановление при родах .................................... 112
6. Курение .................................................................................................. 113
7. Вакцинация ............................................................................................ 115
8. Острая респираторная инфекция ...................................................... 117
9. Лихорадка ................................................................................................ 118
10. Диарея .................................................................................................... 119

ГЛАВА 11 ПИТАНИЕ МАТЕРИ И РЕБЕНКА
Бедел Т. Сарбаев, Зауре К. Кудайбергенова, Ардак Б. Чунебекова, Даурен С. Имамбаев
1. Грудное вскармливание и дополнительное питание ...................... 121
2. Начало грудного вскармливания .......................................................... 121
3. Характер грудного вскармливания в зависимости от возраста детей 122
4. Виды дополнительного питания ......................................................... 124
5. Частота приема дополнительного питания ........................................ 126
6. Различия в приеме дополнительного питания .................................... 126
7. Нутрициональный статус детей младше пяти лет .............................. 131
8. Оценка нутриционального статуса детей .......................................... 131
9. Недостаточность питания детей в Казахстане .................................... 132
10. Статус питания женщин ................................................................. 133

ГЛАВА 12 АНЕМИЯ
Алмаз Т. Шармам, Бедел Т. Сарбаев, Даурен К. Васиахова, Даурен С. Имамбаев
1. Обзор проблемы ...................................................................................... 135
2. Материалы и методы оценки анемии, использованные в ПМДК 1999 года 136
3. Распространенность анемии среди женщин ...................................... 138
4. Дополнительное введение препаратов железа в течение беременности 139
5. Распространенность анемии среди детей .......................................... 140
6. Оценка причин анемии в Казахстане: популяционный подход ............ 141
7. Изменения в распространении анемии начиная с 1999 года ............ 141

ГЛАВА 13 ВИЧ/СПИД И ДРУГИЕ БОЛЕЗНИ,
PЕРЕДАЮЩИЕСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ
Алмаз Т. Шарман и Эльнур А. Курмангулев
1. Ситуация по проблеме ВИЧ/СПИД в Казахстане .............................. 145
2. Знания о ВИЧ/СПИДе и методах профилактики иммунодефицита .... 150
13.3 Социальные аспекты профилактики и ухода за инфицированными ВИЧ/СПИД .................................................. 154
13.4 Знание признаков и симптомов других болезней, передающихся половым путем .............................................................................. 156
13.5 Сексуальное поведение .............................................................................................................................................. 158
13.6 Заключение ......................................................................................................................................................... 159

ГЛАВА 14 ТУБЕРКУЛЕЗ ................................................................................................................................. 163
Алмаз Т. Шарман и Дина Е. Абутаева
14.1 Туберкулез: эпидемиология и стратегия лечения ................................................................. 163
14.2 Выявление туберкулеза и осведомленность о путях его передачи ............................................. 166
14.3 Лечение туберкулеза и готовность ухаживать за больным туберкулезом ................................ 167
14.4 Осведомленность о симптомах туберкулеза .................................................................................. 168
14.5 Обращение в учреждения здравоохранения для лечения туберкулеза ..................................... 169
14.6 Заключение ................................................................................................................................................ 170

БИБЛИОГРАФИЯ ................................................................................................................................................. 173

ПРИЛОЖЕНИЕ А СТАТИСТИЧЕСКАЯ ВЫБОРКА .................................................................................. 177
Мамаду Тайам и Бедел Т.Сарбаев
A.1 Введение ......................................................................................................................................................... 177
A.2 Рамки выборки ............................................................................................................................................. 177
A.3 Характеристика статистической выборки ....................................................................................... 177
A.4 Распределение выборки ......................................................................................................................... 178
A.5 Сегментация ................................................................................................................................................ 179
A.6 Вероятность выборки ............................................................................................................................. 180
A.7 Уровень ответности в зависимости от региона и местожительства ........................................ 180

ПРИЛОЖЕНИЕ В ВЫЧИСЛЕНИЕ ОШИБОК ВЫБОРКИ ........................................................................ 183

ПРИЛОЖЕНИЕ С ТАБЛИЦЫ КАЧЕСТВА ДАННЫХ ........................................................................ 205

ПРИЛОЖЕНИЕ D ЛИЦА, ПРИНИМАВШИЕ УЧАСТИЕ В ПРОГРАММЕ .................................................................. 205
МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ КАЗАХСТАНА 1999 .................................. 211
<table>
<thead>
<tr>
<th>СОКРАЩЕНИЯ</th>
<th>ОЗНАЧЕНИЕ</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>АДЗ</td>
<td>Агентство РК по делам здравоохранения</td>
</tr>
<tr>
<td>АС</td>
<td>Агентство РК по статистике</td>
</tr>
<tr>
<td>БППП</td>
<td>болезни, передающиеся половым путем</td>
</tr>
<tr>
<td>ВКП</td>
<td>валовый коэффициент посещаемости учебных заведений</td>
</tr>
<tr>
<td>ВИЧ</td>
<td>вирус иммунодефицита человека</td>
</tr>
<tr>
<td>ВМС</td>
<td>внутриматочная спирапль</td>
</tr>
<tr>
<td>ВОЗ</td>
<td>Всемирная Организация Здравоохранения</td>
</tr>
<tr>
<td>ГВ</td>
<td>грудное вскармливание</td>
</tr>
<tr>
<td>ИМТ</td>
<td>индекс массы тела</td>
</tr>
<tr>
<td>КРД</td>
<td>среднее количество когда-либо родившихся детей</td>
</tr>
<tr>
<td>МЗОиС РК</td>
<td>Министерство здравоохранения, образования и спорта Республики Казахстан</td>
</tr>
<tr>
<td>ОКА</td>
<td>общий коэффициент абортов</td>
</tr>
<tr>
<td>ОКР</td>
<td>общий коэффициент рождаемости</td>
</tr>
<tr>
<td>ОРИ</td>
<td>острая респираторная инфекция</td>
</tr>
<tr>
<td>ОРТ</td>
<td>орально-регистрационная терапия</td>
</tr>
<tr>
<td>ПБА</td>
<td>Программа профилактики и борьбы с анемией в центрально-азиатских республиках и Казахстане</td>
</tr>
<tr>
<td>ПВКР</td>
<td>позвозрастные коэффициенты рождаемости</td>
</tr>
<tr>
<td>ПЕВ</td>
<td>первичная единица выборки</td>
</tr>
<tr>
<td>ПМДК</td>
<td>Программа медико-демографического исследования Казахстана</td>
</tr>
<tr>
<td>ПМС</td>
<td>показатель младенческой смертности</td>
</tr>
<tr>
<td>СВА</td>
<td>семейно-врачебная амбулатория</td>
</tr>
<tr>
<td>СКА</td>
<td>суммарный коэффициент абортов</td>
</tr>
<tr>
<td>СКР</td>
<td>суммарный коэффициент рождаемости</td>
</tr>
<tr>
<td>СПИД</td>
<td>синдром приобретенного иммунодефицита</td>
</tr>
<tr>
<td>СО</td>
<td>стандартное отклонение</td>
</tr>
<tr>
<td>ТБ</td>
<td>туберкулез</td>
</tr>
<tr>
<td>ТУ</td>
<td>терапевтические участки</td>
</tr>
<tr>
<td>ЧКП</td>
<td>чистый коэффициент посещаемости учебных заведений</td>
</tr>
<tr>
<td>ЧР</td>
<td>число родившихся</td>
</tr>
<tr>
<td>ФАП</td>
<td>фельдшерско-акушерские пункты</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Шарманов Торегельды Шарманович
доктор медицинских наук, академик НАН РК, АПМ и РАМН, президента Академии профилактической медицины, президент ЗАО “Институт питания РК”.
480008, Республика Казахстан, г.Алматы, ул.Ключкова,66.

Саливан Джереми М.
dоктор философии, технический директор Отдела медико-демографических исследований ОРС Макро Интернешнл, США,
11785 Beltsville Drive, Calverton, MD 20785, USA.

Шарман Алмаз Т.
dоктор медицинских наук, медицинский координатор Отдела медико-демографических исследований ОРС Макро Интернешнл, США, профессор Университета Джонса Хопкинса.
11785 Beltsville Drive, Calverton, MD 20785, USA.

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

Цой Игорь Г.
dоктор медицинских наук, вице-президент ЗАО “Институт питания РК”.
480008, Республика Казахстан, г.Алматы, ул.Ключкова,66.

Сарбаев Бедел Т.
старший научный сотрудник ЗАО “Институт питания РК”.
480008, Республика Казахстан, г.Алматы, ул.Ключкова,66.

Катарбаев Адыл К.
dокторант Казахского государственного медицинского университета.
480012, Республика Казахстан, г.Алматы, ул.Толе-би,80.

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

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

Сейхан Холли
демограф Отдела медико-демографических исследований ОРС Макро Интернешнл, США,
11785 Beltsville Drive, Calverton, MD 20785, USA.
Тайям Мамаду
специалист по статистической выборке
Отдела медико-демографических исследований
ОРС Макро Интернэшнл, США,
11785 Beltsville Drive, Calverton, MD 20785, USA.

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

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

Салханова Аккумис Е.
научный сотрудник ЗАО “Институт питания РК”.
480008, Республика Казахстан, г. Алматы, ул. Клыкова, 66.

Кудайбергенова Зауре К.
научный сотрудник ЗАО “Институт питания РК”.
480008, Республика Казахстан, г. Алматы, ул. Клыкова, 66.

Абитаева Дина Е.
научный сотрудник ЗАО “Институт питания РК”.
480008, Республика Казахстан, г. Алматы, ул. Клыкова, 66.

Курмангалиева Эльнар А.
научный сотрудник ЗАО “Институт питания РК”.
480008, Республика Казахстан, г. Алматы, ул. Клыкова, 66.

Баскожанов Даулет К.
научный сотрудник ЗАО “Институт питания РК”.
480008, Республика Казахстан, г. Алматы, ул. Клыкова, 66.

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

Ашенова Жанар С.
научный сотрудник ЗАО “Институт питания РК”.
480008, Республика Казахстан, г. Алматы, ул. Клыкова, 66.

Имамбайев Даурен С.
научный сотрудник ЗАО “Институт питания РК”.
480008, Республика Казахстан, г. Алматы, ул. Клыкова, 66.
ПРЕДИСЛОВИЕ

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

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

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

Мне также хотелось бы поблагодарить следующих американских коллег: доктора Алмада Шармана, господа Алберта Томе и Мадалу Тайама, доктора Кнол Уайнстейн, госпожу Холли Сейхан, госпожу Кристи Фейр, госпожу Суниту Кишор, доктора Сидни Мур и госпожу Селию Хан за их помощь в общей разработке и выполнении программы, обработке данных, анализе результатов, написании отдельных глав и создании данной монографии.

Эта монография является результатом совместных усилий многих организаций и специалистов, которые способствовали успешному выполнению исследования. Список организаций, участвовавших в программе, включает в себя: Казахский государственный медицинский университет им С.Д.Лефтплиярова, Каргандинскую государственную медицинскую академию, Южно-Казахстанскую государственную медицинскую академию, Международный казахстанский университет им. Х.А.Яссауи, РНИ Центр охраны здоровья матеря и ребенка, Научный центр педиатрии и детской хирургии, ОАО "Институт питания РК", Научный центр проблем туберкулеза, Школу Общественного Здравоохранения РК, Республиканский медицинский колледж и Департамент здравоохранения г. Жезказган.

Выражаем признательность всем специалистам из этих организаций, которые были вовлечены в выполнение и координацию исследования.

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

Торегельды Ш. Шарманов, Президент Академии профилактической медицины Казахстана
ОСНОВНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ КАЗАХСТАНА 1999 ГОДА


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

СНИЖЕНИЕ РОЖДАЕМОСТИ

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

Уровень рождаемости снизился почти в каждой возрастной группе, как среди женщин-казахов, так и среди русских женщин. За последнее десятилетие СКР среди женщин-казахов снизился с 3.6 до 2.5, т.е. снижение на одного ребенка на женщину, а среди русских женщин - с 2.2 до 1.4, т.е. снижение меньше, чем на одного ребенка на женщину, в результате чего СКР становится ниже прежнего уровня.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Здоровье матери и ребенка

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

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

Описанные данные о вакцинации собирались из медицинских карточек, находящихся в
ГРУДНОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ И СТАТУС ПИТАНИЯ ДЕТЕЙ

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

Показатель исключительного грудного вскармливания среди детей в возрасте 4-7 месяцев увеличился с 3 процентов в 1995 году до 10 процентов в 1999 году. 64 процента младенцев укзанного возраста, помимо грудного молока, получали дополнительное питание, и 10 процентов — простую воду. Средняя продолжительность грудного вскармливания в целом по Казахстану составляла 1,7 года, а по длительности исключительное и полное грудное вскармливание (грудное вскармливание и простая вода) составили 0,7 и 1,9 месяца соответственно.

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

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

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

Основные результаты
АНЕМИЯ

Анемия остается одной из главных проблем эдра,
воохранения Казахстана на протяжении последних десяти лет. По данным ПМДК 1999 года, в целом
по всей стране 36 процентов женщин и 26 процентов мужчин репродуктивного возраста страдают анемией различной степе-
nи, причем 8 процентов имеют выраженную, а 1
процент – тяжелую степень анемии. 36 процентов
детей до пяти лет страдают различной степенью
анемии; из них 17 процентов – выраженной, а 1 про-
цент – тяжелой степенью анемии.

Сравнение совокупных кривых процентного рас-
пределения концентрации гемоглобина детей, 
небеременных/некормящих женщин и мужчин
показало, что кривые распределения уровня ге-
моглобина женщин и детей свинули влево от
кривой мужского гемоглобина. Данная модель
характерна для населения, где недостаточность
железа – основной этиологический фактор ане-
мии. Это подтверждает предварительно сделан-
ные предположения о том, что анемия среди жен-
щин и детей в Казахстане является, прежде всего,
следствием дефицита железа.

Применение железосодержащих препаратов во
время беременности – одна из главных составля-
ющих программы профилактики и борьбы с ане-
миеи (ППА), проводимой в Казахстане
ЮНССЕФ ЦАРК. Правительство Казахстана
поддержало программу обеспечения женщин
железосодержащими препаратами во время бере-
менности и послеродовом периоде. ПМДК 1999 г.
pоказала, что в Казахстане 48 процентов женщин в
течение последней беременности принимали
препараты железа, в среднем в течение 22 дней.

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

ВИЧ/СПИД И ДРУГИЕ БОЛЕЗНИ,
ПЕРЕДАЮЩИЕСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ

Существующие низкие уровни эпидемии ВИЧ в
Казахстане дают уникальную возможность ран-
него выведения для профилактики широкого
распространения данной инфекции. Однако
появление частоты ВИЧ-инфекции, а также эк-
споненциальное повышение БПП заставляет
заться вопросом о скором его увеличении.
По данным ПМДК 1999 г., знание путей
предохранения от ВИЧ/СПИД женщинами и
мужчинами является почти универсальным и
большая часть из них знает один или более дей-
ственных путей предохранения от заражения
ВИЧ/СПИД, например, такие как применение
презервативов, наличие только одного полового
партнера или ограничение количества половых
партнеров.

В Казахстане существует некое «克莱ймение»
в отношении людей с ВИЧ/СПИД, доказывающееся
фактом того, что 40 процентов женщин и 26
процентов мужчин уверены, что человек, инфи-
цированному ВИЧ, следует держать свой статус
в тайне. Доля женщин и мужчин, которые не ста-
ли бы проявлять заботу о родственниках, инфи-
цированных ВИЧ, на дому, что является индика-
тором дискриминационного отношения к таким
лицам, составила 31 процент женщин и 15 про-
центов мужчин.

Несмотря на высокую распространенность
БПП, за исключением СПИДа, 18 процентов
женщин и 7 процентов мужчин в Казахстане от-
ветили, что они не слышали ни о каких БПП,
кроме ВИЧ/СПИД. Среди тех, кто слышал о
ВИЧ, 60 процентов женщин и 60 процентов
мужчин знали один и более симптомов этих
заболеваний, такие как боль внизу живота, вы-
деления из наружных половы органов, жажда
или мочеписаний. Относительно низкий уров-
нень знаний об этических заболеваниях и их
симвтомам наблюдался среди молодых женщин
и мужчин, что вызывает повышенную озабочен-
nость из-за значимости молодежи в формирова-
nии будущих ВИЧ-эпидемий в Казахстане.

Эта информация – важный индикатор для про-
филактики ВИЧ/СПИДа и других БПП. Рас-
пространение ВИЧ/СПИДа и других БПП за-
висит от незащищенного полового контакта с
людьми, кто также имеет других партнеров. Об-
ращает внимание тот факт, что в среднем 10 про-
центов женатых мужчин имели за последние 12
месяцев внебрачный половой контакт с одной
или более партнерами, а 22 процента неза-
ятых мужчин имели за последние 12 месяцев один
или более половых отношений с партнерами...

ТУБЕРКУЛЕЗ

Высокие уровни заболеваемости и смертности от
туберкулеза (ТБ) свидетельствуют, что ТБ остав-
ается актуальной проблемой в РК. По данным
ПМДК 1999 г., более 9 процентов мужчин и жеп-
щина в Казахстане сообщили о том, что в их семьях были лица, больные туберкулезом, и более 23 процентов сообщили, что среди их окружения имелись больные туберкулезом. Эта информация подтверждает данные официальной статистики о высокой распространенности ТБ в различных регионах.

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

Однако, несмотря на высокий уровень осведомленности населения о симптомах и путях передачи туберкулеза, только 68 процентов женщин и 62 процента мужчин знали, что туберкулез может полностью излечить при помощи соответствующих лекарственных средств. Полное изление туберкулеза благодаря правильно подобранной схеме лечения является важной концепцией рекомендованной ВОЗ стратегии DOTS (Directly Observed Treatment Short-Course).

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