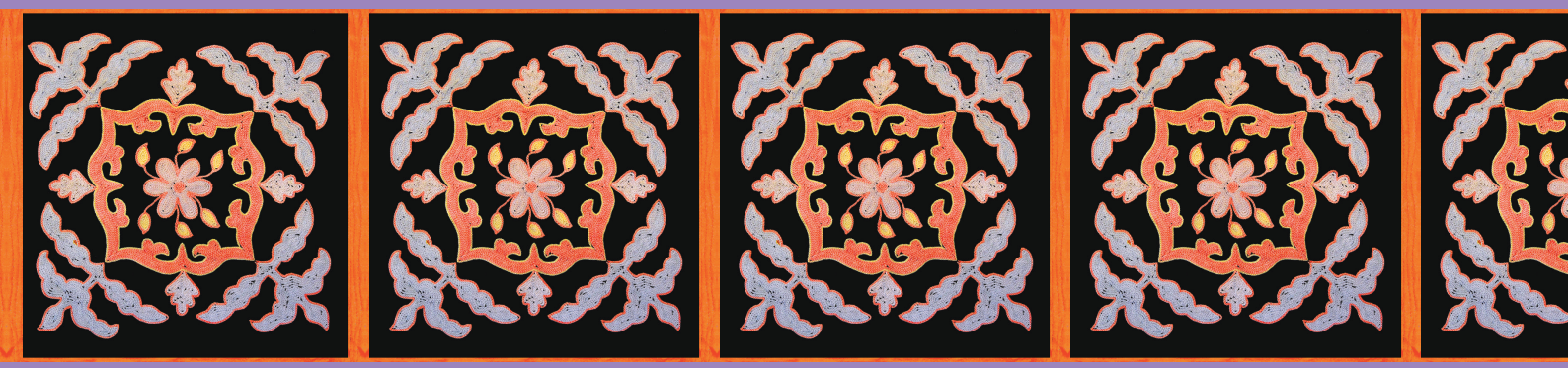


Кыргызская республика

Медико-демографическое исследование 2012

Аналитические обзоры результатов

Мотив обложки: фрагмент традиционной кыргызской вышивки

Медико-демографическое исследование Кыргызской Республики 2012 (МДИК) проведено Национальным статистическим комитетом Кыргызской Республики и Министерством здравоохранения Кыргызской Республики с августа по декабрь 2012 года. МДИК 2012 проводился при поддержке Агентства Соединенных Штатов Америки ПО Международному Развитию (USAID) в рамках проекта MEASURE DHS. MEASURE DHS является программой, финансируемой USAID, посредством которой ICF International обеспечивает финансовую и техническую помощь в реализации медико-демографических исследовании в различных странах мира. Дополнительное финансирование и поддержка для проведения МДИК были получены от Фонда Народонаселения ООН (UNFPA). Выраженные в настоящей публикации мнения, не обязательно отражают взгляды USAID или других организаций-доноров.

Дополнительная информация о МДИКР 2012 может быть получена в Национальном статистическом комитете по адресу: г. Бишкек, ул. Фрунзе 374, 720033, Кыргызская Республика; Телефон: (996-312) 665-662; Факс: (996-312) 660-138; E-mail: nsc_mail@stat.kg.

Информацию о проекте MEASURE DHS можно получить в ICF Intematiotial, 11785 Beltsville Drive, Suite 300, Calverton, MD 20705, USA; Телефон: 301-572-0200, Факс: 301-572-0999, E-mail: info@measuredhs.com, Интернет: http://www.measuredhs.com.

Оглавление

Введение 1
Полноценное питание в детстве – залог успеха в будущем 3
Полноценное питание в детстве – залог успеха в будущем 3
Резюме 3
Введение 3
МДИКР-2012: Питание детей 4
Выводы и рекомендации 5
Источники 6
Статус питания женщин в Кыргызской Республике 7
Резюме 7
Введение 7
МДИКР-2012: Статус питания женщин 7
Выводы и Рекомендации 10
Источники 10
Здоровье взрослого населения 11
Резюме 11
Введение 12
МДИКР-2012: Гипертония 12
МДИКР-2012: Табакокурение и употребление алкоголя 15
Выводы и рекомендации 15
Источники 16
Домашнее насилие 17
Резюме 17
Введение 17
МДИКР-2012: Домашнее насилие 18
Выводы и рекомендации 19
Источники 19

Введение

Результаты Медико-демографического исследования Кыргызской Республики 2012 г. (МДИКР-2012) были опубликованы в январе 2014 г. Это второе для страны МДИ было проведено Национальным статистическим комитетом Кыргызской Республики при содействии Министерства здравоохранения. В ходе МДИКР-2012 были опрошены более 10 000 тысяч женщин и мужчин в возрасте 15–49 лет из более чем 8 000 домохозяйств.

	Город	Село	Всего
Количество обследованных домохозяйств	2 820	5 220	8 040
Количество опрошенных женщин	2 732	5 476	8 208
Количество опрошенных мужчин	690	1 723	2 413

Собранная в ходе исследования информация позволяет получить статистику как по стране в целом, так и отдельно по городской и сельской местностям, а также отдельно по каждому из девяти административных регионов.

В задачи МДИКР-2012 входил сбор актуальной информации о рождаемости и использовании контрацептивов, материнском и детском здоровье и питании, детской смертности, домашнем насилии по отношению к женщинам, осведомленности о туберкулезе и действиях в этой связи, а также о ВИЧ и других инфекциях, передающихся половым путем.

Данные, полученные в ходе МДИКР-2012, позволяют оценить эффективность существующих социальных программ и разработать новые стратегии, направленные на улучшение состояния здоровья женщин и детей страны, а также на облегчение для них доступа к медицинскому обслуживанию. Кроме того, правительство Кыргызской Республики может извлечь из МДИКР-2012 индикаторы, необходимые для отчета о том, насколько страна приблизилась к выполнению ряда Целей развития тысячелетия.

Государственные социальные программы и инициативы играют важнейшую роль для улучшения здоровья и благополучия населения. Только при грамотной внутренней политике можно заложить основы крепкой системы здравоохранения и добиться серьезных положительных результатов. Наконец, последовательная реализация внутриполитических стратегий способствует повышению качества государственного управления и делает работу государственных структур более прозрачной. Однако эффективными государственные программы и инициативы могут быть только в том случае, если в их основу положены точные данные. Именно такие данные содержатся в отчете о МДИКР-2012. Четыре аналитические записки, вошедшие в настоящее издание, подготовлены преимущественно по результатам МДИКР-2012, хотя к рассмотрению были привлечены и сведения из других национальных и региональных источников. Авторы записок – представители Национального статистического комитета, Министерства здравоохранения и Института исследований государственной политики Академии управления при президенте Кыргызской Республики. В этих документах рассмотрены насущные для страны вопросы: питание детей и женщин, здоровье взрослого населения и домашнее насилие. В каждой записке содержатся важные рекомендации по улучшению качества жизни всех граждан Кыргызской Республики, предназначенные для правительства страны, а также для других заинтересованных организаций государственного уровня.

© USAID Kyrgyz Republic

Полноценное питание в детстве – залог успеха в будущем

Подготовили Турсун Мамырбаева, Заместитель директора по научной работе Национального центра охраны материнства и детства Минздрава КР; Галина Самохлеб, Начальник Управления статистики домашних хозяйств Нацстаткома КР; и Евгения Карпович, Заместитель директора Института исследований государственной политики при Академии управления при Президенте КР

Резюме

Неполноценное и недостаточное питание продолжают оставаться одной из главных проблем Кыргызской Республики, угрожающей жизни, здоровью и благосостоянию молодого поколения. Сегодня каждый пятый ребенок в Кыргызской Республике в возрасте до 5 лет отстает в росте. Среди детей в возрасте от 6 месяцев до 5 лет 43% страдают анемией. Только 16% детей этого возраста получают питание, соответствующее рекомендациям ВОЗ. Это является не только серьезной трагедией для семей, но создает и тяжелую нагрузку на государство. Правительство республики проделало значительную работу по улучшению питания детей, однако, необходимость в комплексной межведомственной стратегии для решения проблемы по-прежнему остается актуальной. Должна быть также проведена работа по информированию и стимулированию женщин и семей по использованию правильных методов грудного вскармливания, применению пищевых добавок и обеспечению их детей полноценным и разнообразным питанием.

Введение

Первые 1000 дней жизни ребенка – девять месяцев, проведенные в утробе матери и первые два года после рождения – имеют важнейшее значение для здоровья и всей последующей жизни человека. У детей, не получивших необходимого питания в этот принципиально важный период жизни, в дальнейшем могут развиваться необратимые нарушения познавательных способностей, включая плохую память и трудности в обучении. Это может иметь пагубное влияние на их образование, трудоустройство и общий успех в жизни.

Формирование мозга начинается в утробе матери. В этот период ей необходимо придерживаться полноценного питания. После рождения ребенка надо помнить о важности грудного вскармливания, потому что грудное молоко обеспечивает полноценное питание и защиту малыша от инфекций, формируя его иммунную систему, а также положительно воздействуя на активное развитие мозга

(http://www.womenhealthnet.ru/child-one/2261.html)

***Рост** – важнейший показатель здоровья и жизни детей. Недостаток питания или неполноценное питание детей в первую очередь вызывает задержку роста – низкорослость.*

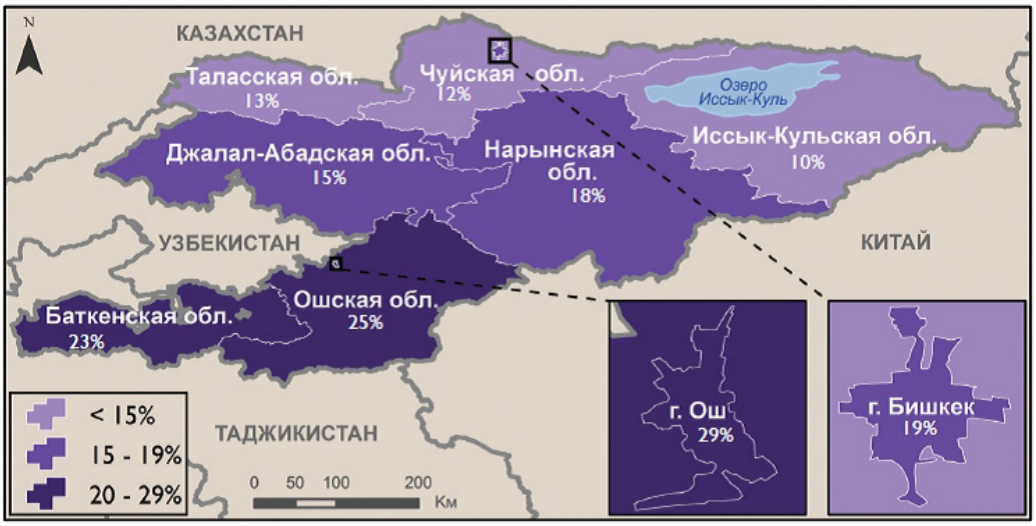
***Дети, страдающие от низкорослости или истощения,** имеют больший риск смертности от детских болезней… (Black et al, 2008).*

Повзрослев, недокормленные в младенчестве дети чаще других страдают такими тяжелыми хроническими заболеваниями, как диабет, сердечно-сосудистые заболевания, повышенное кровяное давление. На фоне плохого питания у детей часто развивается анемия, которая также имеет долгосрочное отрицательное влияние на развитие умственных способностей и поведение человека. В конечном итоге неполноценное питание и анемия оказывают свое негативное влияние на человека в течение всей его жизни.

По оценкам ЮНИСЕФ и ВБ, в Кыргызской Республике смерть каждого пятого ребенка в возрасте до пяти лет была связана с недоеданием (World Bank/UNICEF, 2011).

Недоедание в первые два года жизни оказывает негативное влияние не только на жизнь детей и семей, но и на государство в целом. Так, финансовые убытки каждый год от смертности в результате недоедания оцениваются в 4,45 млн. долла-

© USAID Kyrgyz Republic



Процент детей, страдающих задержкой роста по регионам

ров США, а убытки от потери производительности в результате недоедания составляют 27,94 млн. долларов США. Общая сумма убытков составляет 32 млн. долларов США (World Bank/UNICEF, 2011) .

МДИКР-2012: Питание детей

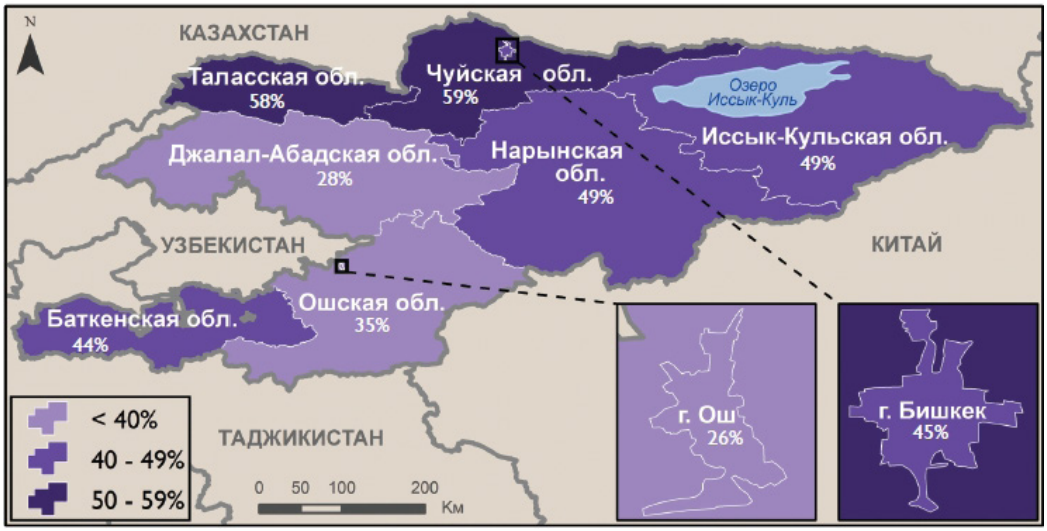
По данным исследования, каждый четвертый ребенок в возрасте до 3-х лет и почти каждый пятый ребенок (18%) в возрасте до 5-ти лет имел задержку роста. У 6% детей наблюдалась тяжелая форма задержки роста.

Существуют значительные вариации проявлений задержки роста в разных областях Кыргызской Республики. Наибольший процент детей с задержкой роста наблюдается в г.Ош, Ошской и Баткенской областях. Распространенность тяжелой степени отставания в росте особенно высока среди детей, проживающих в г. Ош (13%) и Ошской области (10%).

У детей, родившихся с низкой массой тела, отставание в росте отмечается вдвое чаще, чем у детей, имевших средний вес при рождении (31% и 16%). Заметна также взаимосвязь задержки роста у детей с индексом массы тела матери: дети, рожденные от худых матерей чаще отстают в росте, чем дети, рожденные матерями с нормальной массой тела.

Более половины детей Кыргызской Республики в возрасте от 6 месяцев до 5-ти лет имеет высокий риск снижения умственных способностей по причине анемии, связанной с неполноценным питанием (World Bank/UNICEF, 2011).

Другой проблемой, связанной с недоеданием, является анемия. Почти половина детей в возрасте от 6 месяцев до 5 лет страдают анемией. Самая высокая распространенность анемии среди детей в Таласской и Чуйской областях, а самая низкая – среди детей в г.Ош и Джалал-Абадской области.



Процент детей, страдающих анемией по регионам

Ключевая роль в улучшении питания детей отводится методу грудного вскармливания, который практикуется в Кыргызской Республике Министерством Здравоохранения в рамках инициативы «Больницы доброжелательного отношения к ребенку». Грудное вскармливание также прописано в Законе Кыргызской Республики «О защите грудного вскармливания детей и регулировании маркетинга продуктов и средств для искусственного кормления детей». Эти меры уже дали хороший результат.

МДИК выявил, что восемь из десяти младенцев получали грудное молоко уже в первый час жизни, более половины детей в возрасте до 6 месяцев находились на исключительно грудном вскармливании и почти все дети (99%) получали грудное молоко в какой-то период своей жизни.

Сопоставление данных МДИКР 1997 (RIOP and Macro International, 1998) и Мульти индикаторного кластерного исследования (МИКИ) 2006 (NSC KR and UNICEF, 1998) показывает, что процент детей, приложенных к груди в течение первого часа после рождения, за последние пятнадцать лет заметно увеличился – с 45% в 1997 до 65% в 2006 и до 84% в 2012 гг.). Среди детей в возрасте до 6 месяцев процент младенцев, которые питались исключительно грудным молоком, вырос с 32% в 2006 г. (МИКИ) до 56% в 2012 г. (МДИКР).

Тем не менее, вопреки рекомендациям, почти половину детей в возрасте до 6 месяцев в дополнение к грудному молоку продолжали прикармливать другими жидкостями.

В то же время менее половины детей в возрасте 6-23 месяцев получают приемлемо разнообразное питание (44%) или твердую и полутвердую пищу хотя бы раз в день (44%). Только одного из шести детей (16%) кормят в соответствии всем трем рекомендациям практики адекватного кормления (потребление грудного молока или других молочных продуктов, соответствующее разнообразие в рационе питания и частота кормления в день).

Не все дети получают питание богатое витамином А и железом. Только две трети детей в возрасте 6-23 месяцев употребляли продукты, богатые витамином А в день или ночь до обследования. Среди детей в возрасте 6-8 месяцев продукты богатые витамином А употребляли 35%; в возрастной группе 18-23 месяцев этот показатель возрастает до 81%. Потребление продуктов, богатых витамином А, существенно изменяется в зависимости от региона: доля детей, употребляющих продукты питания, богатых витамином А, является самой низкой в Ошской области (37%) и самой высокой в Нарынской области (92%).

В масштабах всей страны, 61% детей в возрасте 6-23 месяцев употребляли железосодержащие продукты в течение 24 часов до проведения исследования. Среди детей 6-8 месяцев эта доля составляет 30%, в группе детей 18-23 месяцев – 76%. Самый высокий уровень потребления продуктов питания богатых железом наблюдается среди детей в Нарынской области (91%).

Для решения проблемы и улучшения качества питания детей особенно уязвимого возраста – 6-23 месяцев, Министерством здравоохранения Кыргызской Республики реализуется программа обогащения их домашней пищи. Данная программа осуществляется на средства донорского сообщества и нуждается в государственном финансировании для устойчевого развития, хотя она уже показала хорошую эффективность (NSC KR, UNICEF, CDC, 2010).

Выводы и рекомендации

Несмотря на то, что правительство приняло ряд мер и законов, которые ведут к улучшению детского питания в стране, необходимо обратить внимание на существование серьезных проблем в этой сфере. Прежде всего, необходимо разработать план, который включал бы в себя участие Министерств здравоохранения, сельского хозяйства, и образования а также медицинского сообщества, бизнеса, СМИ и общественных организаций. Эти организации должны взять на себя инициативу по реализации следующих рекомендаций. Женщины и семьи должны быть информированы о методах улучшения питания их детей. Следует поощрять их применение и использование возможностей, уже предоставляемых существующими государственными программами.

- Незамедлительное согласование и утверждение государственной программы по улучшению питания населения с акцентом на питание детей и женщин.
- Пропаганда рекомендованных практик кормления детей – исключительно грудное вскарм-

[1] Для оценки изменений между обследованиями, данные о начале грудного вскармливания МДИКР 1997 были пересчитаны для всех последних по счету детей, родившихся в течение двух лет перед исследованием, и, следовательно, отличаются от данных, опубликованных в отчете МДИКР 1997, где расчёты проведены по детям, которые родились в течение последних трех лет до начала обследования.

ливание в возрасте до 6 месяцев, продолжение кормления грудным молоком до 2 лет и дольше, адекватный прикорм и использование обогащенных продуктов – посредством СМИ и с помощью медицинского сообщества.

- Бесплатное распространение железосодержащих препаратов и фолиевой кислоты среди беременных женщин и детей старше 2 лет. Проведение кампании в СМИ с целью стимулирования их использования среди женщин.
- Разработка и реализация плана по проведению регулярных информационных кампаний с периодическим освещением тематик о необходимости разнообразного питания, важности микронутриентов и других необходимых компонентов питания для здоровья населения.

Источники

Colin Mathers, Juan Rivera. Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. The Lancet, Volume 371, Issue 9608, Pages 243 – 260, 19 January 2008

Multiple Indicator Cluster Survey Kyrgyz Republic, 2006 – FINAL REPORT, National Statistical Committee of the Kyrgyz Republic, UNICEF/CO, 2007-10, English [eng], Russian [rus], Kyrgyz Republic [kgz] Contributor(s): National Statistical Committee of the Kyrgyz Republic, UNICEF/CO Publisher(s): National Statistical Committee of the Kyrgyz Republic

Research Institute of Obstetrics and Pediatrics [Kyrgyz Republic] and Macro International Inc. 1998. *Kyrgyz Republic Demographic and Health Survey, 1997.* Calverton, Maryland: Research Institute of Obstetrics and Pediatrics, Ministry of Health of the Kyrgyz Republic and Macro International Inc.

World Bank/UNICEF Situational Analysis, 2011. Improving Economic Outcomes by Expanding Nutrition Programming in the Kyrgyz Republic

Всемирный банк/ЮНИСЕФ Ситуационный анализ. Улучшение экономических результатов путем расширения программ улучшения питания в Кыргызстане, 2011г.

НСК КР, ЮНИСЕФ в Кыргыяской Республике, Центр по контролю заболеваний США, 2010. Оценка влияния программы обогащения домашней пищи детей в возрасте 6-23 мес. В Таласской области.

© 2004 Sharon A. Brown, Courtesy of Photoshare

Статус питания женщин в Кыргызской Республике

Подготовили Лариса Мурзакаримова, Директор Республиканского медико-информационного центра Минздрава КР; Наргиза Жапакова, Специалист Управления лечебной и профилактической помощи и лицензирования Минздрава КР; Чыныбаева Римма, Начальник Отдела демографической статистики Нацстаткома КР

Резюме

Среди женщин в Кыргызской Республике наблюдаются две проблемы здоровья из-за неправильного питания. Каждая третья женщина репродуктивного возраста страдает от анемии, связанной с неполноценным или недостаточным питанием и меньше половины женщин принимает железосодержащие препараты для лечения анемии во время беременности. С другой стороны, каждая третья женщина страдает от избыточного веса и каждая восьмая – от ожирения.

Плохой статус питания, вызывающий недостаток жизненно-важных питательных веществ в организме и ожирение, делают женщин уязвимыми к целому ряду болезней. Они также могут вызвать осложнения во время беременности и деторождения, негативно повлиять на здоровье и развитие детей. Правительство Кыргызской Республики сумело успешно решить проблему дефицита йода путем принятия государственных программ, соответствующих законов и проведения кампаний по информированию населения. В настоящее время настало время принять аналогичные меры, направленные на улучшение здорового питания женщин.

Введение

Проблемы, связанные с неправильным или недостаточным питанием, касаются всех, однако женщины и дети в силу своих физиологических особенностей являются особо уязвимыми. Женщины, которые неправильно питаются, чаще страдают от болезней, подвержены большему риску осложнений в родах, особенно кровотечений со смертельным исходом, а также рождению маловесного ребенка.

Симптомами недостаточного питания у женщин являются низкий вес и анемия, вызванная дефицитом железа. Железо необходимо для организма как составляющий элемент гемоглобина крови, который снабжает кислородом мозг, сердце и другие органы и ткани. Проблемами здоровья у женщин с недостаточным весом являются низкая фертильность и склонность к целому ряду заболеваний. В свою очередь, женщины с избыточным весом также подвержены целому ряду проблем со здоровьем, включая диабет, сердечные заболевания, а также осложнения при родах.

© NSC Kyrgyz Republic, Galina Samohleb

Во время исследования МДИКР-2012, мерили рост, вес, и гемоглобин женщин репродуктивного возраста (15-49) в домохозяйствах.

Некоторые государственные программы, в частности, по уменьшению йододефицита, показали очень хороший результат. Другие программы, как например, распространение препаратов железа и фолиевой кислоты среди беременных женщин, оказались недостаточно эффективными. По данным МДИКР-2012, только две из ста женщин принимали добавки в течение 90 дней во время беременности и только одна из ста, принимала фолиевую кислоту в течение 90 дней, как это рекомендовано Министерством здравоохранения. Эти показатели имеют серьезный негативный эффект на физическое и психическое развитие их детей.

МДИКР-2012: Статус питания женщин

Медико-демографическое исследование, проведенное в Кыргызской Республике в 2012 г. показало, что более половины всех женщин (57%) имеют нормальный индекс массы тела, и только 7% женщин имеют недостаточный вес. В возрастной группе 15-19 лет одна из пяти женщин (18%) имеет недостаточную массу тела. Это вызывает обоснованное беспокойство из-за того, что женщины именно данной возрастной группы в последние годы стали чаще рожать, а ранние

беременности особенно сопряжены с рисками для здоровья матери и ребенка (NSC KR, 2012).

В то же время ожирение становится серьезной проблемой в Кыргызстане. Доля женщин, страдающих ожирением, выросла с 9% в 1997 г. (МДИ) до 12% в 2012 г. Каждая третья женщина в возрасте 15-49 лет имеет избыточный вес или страдает от ожирения.

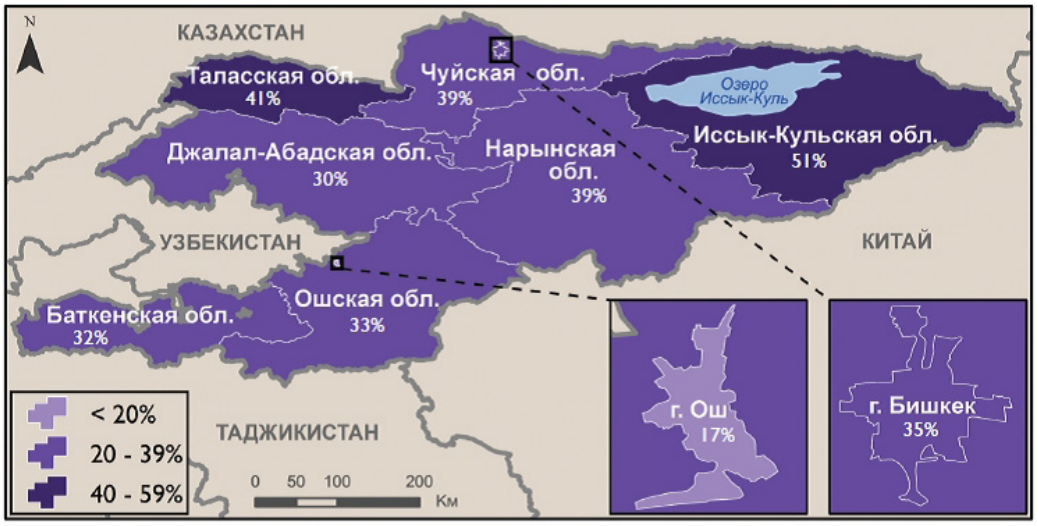
Доля женщин, имеющих избыточную массу тела, увеличивается с возрастом. В возрастной группе 20-29 лет примерно одна из пяти женщин имеет избыточный вес или страдает ожирением; в группе 30-39 лет эта доля увеличивается почти до половины (48%) и становится очень высокой в возрастной группе 40-49 лет (72%).

Если доля женщин с недостаточным весом мало различается по географии проживания, то доля женщин с избыточным весом варьируется от 19% в Бишкеке до 30% в Нарынской области. Наивысший процент женщин с избыточным весом наблюдается в Таласской, Нарынской и Ошской областях. В целом, в сельской местности избыточный вес среди женщин встречается чаще, чем в городских поселениях.

Недостаток микронутриентов не является новой проблемой для Кыргызской Республики. Одним из наиболее важных микронутриентов является железо, которое необходимо для организма как составляющий элемент гемоглобина, который снабжает кровью мозг, сердце и другие органы и ткани. При недостатке железа в пище развивается железодефицитная анемия.

Несмотря на то, что процент женщин репродуктивного возраста, страдающих от анемии, уменьшился с 38% с 1997 г. (МДИ) до 35% в 2012 г.,

Анемия среди женщин



Распространенность анемии у женщин

этот показатель по-прежнему остается высоким. Также он значительно различается по регионам: от низких 17% в г.Ош до высоких 51% в Иссык-Кульской области.

Распространенность анемии среди женщин в Кыргызской Республике мало отличается от других бывших советских республик. По этому показателю он стоит рядом с Азербайджаном (37% в 2006 г.) и Казахстаном (36% в 1999 г.), что меньше, чем в Туркменистане (47% в 2000 г.), но выше, чем в Армении (25% в 2005 г.) или Молдове (28% в 2005 г.) (NSS [Armenia] at al., 2012; NCPM [Moldova] and ORC Macro, 2006; SSC [Azerbaijan] and Macro International Inc., 2008; Academy of Preventive Medicine [Kazakhstan] and Macro International Inc., 1999; GECRCMCH [Turkmenistan] and ORC Macro, 2001).

Обогащение муки соединениями железа (фортификация) является наиболее финансово-эффективным способом улучшения питания. В этих целях Правительство Кыргызской Республики приняло Закон №78 «Об обогащении муки» в марте 2009 г. Однако проблемы с реализацией этого закона поставщиками муки по-прежнему существуют.

Получение достаточного количества микронутриентов и витаминов особенно важны для женщин во время беременности. Их прием оказывает положительное влияние не только на самих женщин, но и на ход беременности, процесс деторождения и здоровье новорожденных.

Только 44% женщин принимали железосодержащие препараты во время последней беременности, и большинство принимало менее 60 дней. Только 2% сообщили, что принимали таблетки в течение 90 или более дней, как рекомендовано Министерством здравоохранения. Самые высокие проценты женщин, принимавших железосодержащие препараты во время беременности наблюдаются в Нарынской области, или среди женщин в возрасте 20-29 и 30-39, и среди женщин с высшим уровнем образования.

Фолиевая кислота (витамин B9) способствует здоровому развитию детей и способна предотвратить некоторые врожденные дефекты. Однако, в течение пяти лет до начала исследования среди женщин, родивших живого ребенка, только 37% принимали таблетки с фолиевой кислотой во время беременности. Большая часть принимала фолиевую кислоту менее 60 дней; 3 процента принимали фолиевую кислоту 60-89 дней, и только 1 процент респондентов принимал фолиевую кислоту в течение 90 дней или дольше. Самые высокие проценты женщин, принимавших фолиевую кислоту, наблюдаются в Иссык-Кульской области и в г. Бишкек (по 47%) и самый низкий – в Баткенской области (17%).

Каждая третья женщина в возрасте 15-49 лет имеет избыточный вес или страдает от ожирения.
Более 70% женщин в возрасте 40-49 лет имеют избыточный вес или страдают от ожирения.

© 2006 Anara Doolotova, Courtesy of Photoshare

Дефицит йода представляет другую проблему в питании, вызывающую ряд неблагоприятных исходов беременности, в том числе выкидышей и мертворождений, а также нарушений формирования головного мозга у плода и врожденных пороков развития.

Очевидным достижением в борьбе с йододефицитом стало использование йодированной соли почти по всех обследованных семьях (97%). Большинство женщин репродуктивного возраста (95%), родивших ребенка в течение последних пяти лет перед исследованием, проживает в домохозяйстве, где используется йодированная соль. Самый высокий процент домохозяйств, где применяется йодированная соль, отмечается в Иссык-Кульской области (100%), а самый низкий – в Таласской области (83%).

Выводы и Рекомендации

Правительственные меры по улучшению потребления микронутриентов (витаминов и микроэлементов) показали хорошие результаты. Тем не менее, большинство женщин не следует рекомендациям медицинских работников по приему микронутриентов из-за чего не устраняется недостаток витаминов и микроэлементов в их организме. Недостаток микронутриентов у женщин не только осложняет их здоровье, но создает потенциальные проблемы развития у их детей, вызывая у них различные пороки развития, задержку умственного и физического развития.

Другой относительно новой проблемой для страны является избыточная масса среди женщин, вызванная несбалансированным питанием из-за преимущественного потребления углеводистой пищи (мука, картофель, сахар) и жиров (NSC KR, 2013), которая требует принятия неотложных мер, поскольку имеет ряд нежелательных последствий для здоровья.

Для улучшения статуса питания женщин отчасти потребуются те же самые меры как для улучшения статуса питания детей.

- Совместная работа для продвижения законодательства об обязательной фортификации муки.
- Создание группы и работа по формированию фондов в целях обеспечения лекарственного пакета государственных гарантий для первичного уровня здравоохранения комплексом железосодержащих препаратов и фолиевой кислоты. Это позволит охватить программой бесплатного снабжения ими всех беременных женщин и детей в возрасте до 5 лет, что обеспечит прием препаратов в течение 90 дней и более и снизит риск анемии у беременных, а также предотвратит дефекты у новорожденных.
- Совместная работа с Министерством здравоохранения для создания фонда, средства которого будут использованы на кампанию в СМИ по информированию населения о важности здорового питания с целью формирования у населения устойчивого спроса на здоровые продукты питания. Беременные женщины должны быть информированы о необходимости принимать рекомендованные дозы микронутриентов.

© 2007 Irina Popova, Courtesy of Photoshare

Источники

Academy of Preventive Medicine [Kazakhstan] and Macro International Inc. 1999. Kazakhstan Demographic and Health Survey 1999. Calverton, Maryland: Academy of Preventive Medicine and Macro International Inc.

Gurbansoltan Eje Clinical Research Center for Maternal and Child Health (GECRCMCH), Ministry of Health and Medical Industry [Turkmenistan], and ORC Macro. 2001. Turkmenistan Demographic and Health Survey 2000. Calverton, Maryland, USA: GECRCMCH and ORC Macro.

National Scientific and Applied Center for Preventive Medicine (NCPM) [Moldova] and ORC Macro. 2006. Moldova Demographic and Health Survey 2005. Calverton, Maryland: NCPM and ORC Macro.

National Statistical Service (NSS) [Armenia], Ministry of Health (MOH), and ICF International. 2012. Armenia Demographic and Health Survey 2010. Calverton, Maryland: NSS, MOH [Armenia], and ICF International.

State Statistical Committee (SSC) [Azerbaijan] and Macro International Inc. 2008. Azerbaijan Demographic and Health Survey 2006. Calverton, Maryland, USA: State Statistical Committee and Macro International Inc.

Национальный статистический комитет (NSC KR), 2012. Статистический сборник «Женщины и мужчины КР».

Национальный статистический комитет (NSC KR), 2013. Бюллетень по продовольственной безопасности.

Здоровье взрослого населения

Подготовили Анарбубу Эшходжаева, Начальник Управления лечебной и профилактической помощи и лицензирования Минздрава КР; Динара Сооромбаева, Главный специалист Отдела социальной статистики Нацстаткома КР; и Людмила Торгашева, Главный специалист Отдела демографической статистики Нацстаткома КР

Резюме

Здоровье населения страны является необходимым условием для её нормального развития, благосостояния и ключевым моментом обеспечения национальной безопасности. Меры, предусмотренные Национальной стратегией устойчивого развития Кыргызской Республики на 2013-2017 гг., предполагают предотвращение общей заболеваемости и улучшение лечения. Государственная программа по предотвращению и контролю неинфекционных заболеваний в Кыргызской Республике на 2013-2020 гг. также предусматривает организационные координированные мероприятия государственных учреждений, неправительственных организаций, органов местного самоуправления и самих граждан, направленные на предотвращение и снижение заболеваемости, преждевременной смертности и потери трудоспособности по причине неинфекционных заболеваний, включая сердечно-сосудистые болезни.

Сердечно-сосудистые заболевания составляют основную причину смертности в Кыргызской Республике. Так, только в 2013г. от этих заболеваний умерло более 5,4 тыс. человек в возрасте до 65 лет и 12,2 тыс. человек в возрасте 65 лет и старше (по данным регистрации случаев смерти в органах ЗАГС и разработкам Нацстаткома КР о причинах смерти населения).

Гипертония, или высокое кровяное давление, является одним из ведущих факторов сердечно-сосудистых заболеваний. Известная как «молчаливый убийца», гипертония редко вызывает явные симптомы, тем не менее, со временем может привести к серьезным сердечным заболеваниям или инсульту. Более четверти женщин и 16% мужчин в возрасте 45-49 лет в Кыргызской Республике имеют высокое кровяное давление. Более половины мужчин возрасте 20-49 лет в Кыргызской Республике курят сигареты регулярно, что является ещё одной крупной причиной сердечно-сосудистых заболеваний.

Основными причинами сердечно-сосудистых заболеваний развития является высокая распространенность таких факторов риска, как курение, ожирение, малоподвижный образ жизни, несбалансированное питание, стрессы, а также отсутствие адекватного контроля за артериальным давлением в результате низкой информированности населения о ее тяжелых последствиях. У курящих мужчин распространенность гипертонии почти в 2 раза выше, чем у не курящих. Более 65% мужчин старше 35 лет курят и в основном сигареты. Подавляющее большинство женщин не употребляют вообще табачных изделий, но в каждом третьем домохозяйстве они подвергаются воздействию пассивного курения.

Важнейшими факторами риска смерти и инвалидности наряду с потреблением табака и заболеваемости гипертонией является употребление алкоголя (WHO and JMU, 2009). Возможными последствиями злоупотребления алкоголем могут быть повышенный риск цирроза печени, гипертонии, психических заболеваний и врожденных пороков развития. Более того, чрезмерное употребление алкоголя приводит к семейным проблемам, таким как насилие в семье, а также к социально-трудовым проблемам, связанным с алкоголизмом, несчастными случаями, преступным поведением, насилием, убийствами и самоубийствами.

Во время исследования в 2012 г., примерно треть взрослых мужчин сообщили об употреблении алкоголя в течение месяца, который предшествовал проведению исследования. Употребление алкоголя резко увеличивается с возрастом респондентов – с 7% среди мужчин в возрасте 15-19 лет до 31% в возрасте 20-24 лет и достигает 52% среди мужчин в возрасте 45-49 лет.

Контроль за высоким артериальным давлением и снижение высокой степени табакокурения является критически важными шагами для предотвращения сердечно-сосудистых заболеваний и ранней смертности. Правительство Кыргызской Республики и медицинские работники должны предпринять незамедлительные шаги для просвещения населения о причинах и методах лечения высокого артериального давления и вреде табакокурения, а медицинским работникам необходимо измерять артериальное давление пациента при каждом обращении в медучреждение, и использовать соответствующие медикаменты, наряду с убеждением курильщиков бросить табакокурение.

Улучшение использования информационных систем в медучреждениях в национальном масштабе также важно для получения более точных данных о распространенности и лечении высокого артериального давления в республике.

Введение

В Кыргызской Республике смертность среди взрослого населения от заболеваний кровеносной системы в три раза выше, чем в среднем по странам Европы, включая смертность от ишемической болезни сердца и цереброваскулярных заболеваний. При этом мужчины подвергаются большему риску умереть от этих болезней, чем женщины: смертность от сердечно-сосудистых заболеваний среди мужчин в полтора раза выше, чем среди женщин (WHO European Health for All data base).

Гипертония является одним из главных факторов, содействующих развитию сердечно-сосудистых заболеваний. Гипертония обычно развивается медленно в течение многих лет и наблюдается у многих людей. К счастью, она может быть легко диагностирована и при соответствующем медикаментозном лечении и изменении образа жизни поддается лечению и контролю. Табакокурение более трудно контролировать, для этого требуются множественные интервенции, такие, как программы по изменению поведения, законы и подзаконные акты против табакокурения в общественных местах и повышение стоимости сигарет (WHO and JMU 2009, WHO European Health for All).

В 2006 г. Правительство Кыргызской Республики приняло Закон "О защите здоровья граждан от вредного воздействия табака"(WHO 2006).

© 2008 Rebecca Callahan, Courtesy of Photoshare

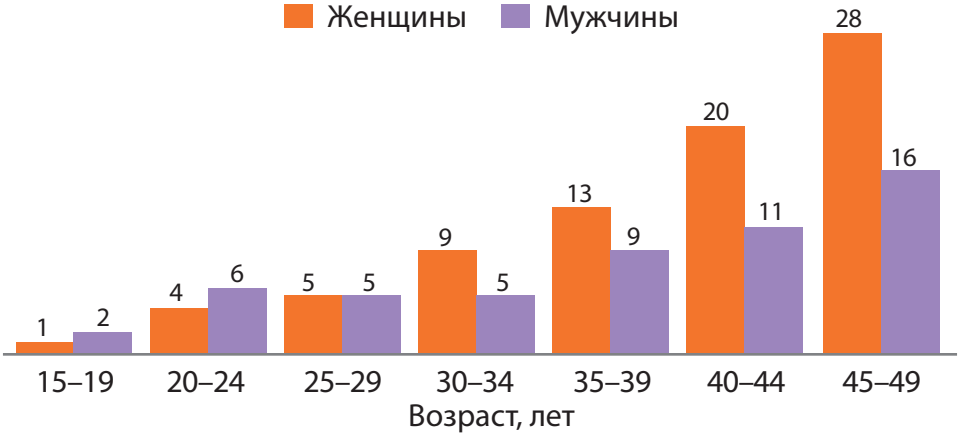
Данным Законом утверждается обязательство государства по снижению спроса на табачные изделия путем введения различных мер, включая государственные кампании по повышению осведомленности среди населения, запрет на табакокурение в общественных местах, и размещение предупреждающих знаков на упаковках табачных изделий. К сожалению, данный закон не всегда соблюдается, и курение во многих общественных местах остается нормой для потребителей табачных изделий.

МДИКР-2012: Гипертония

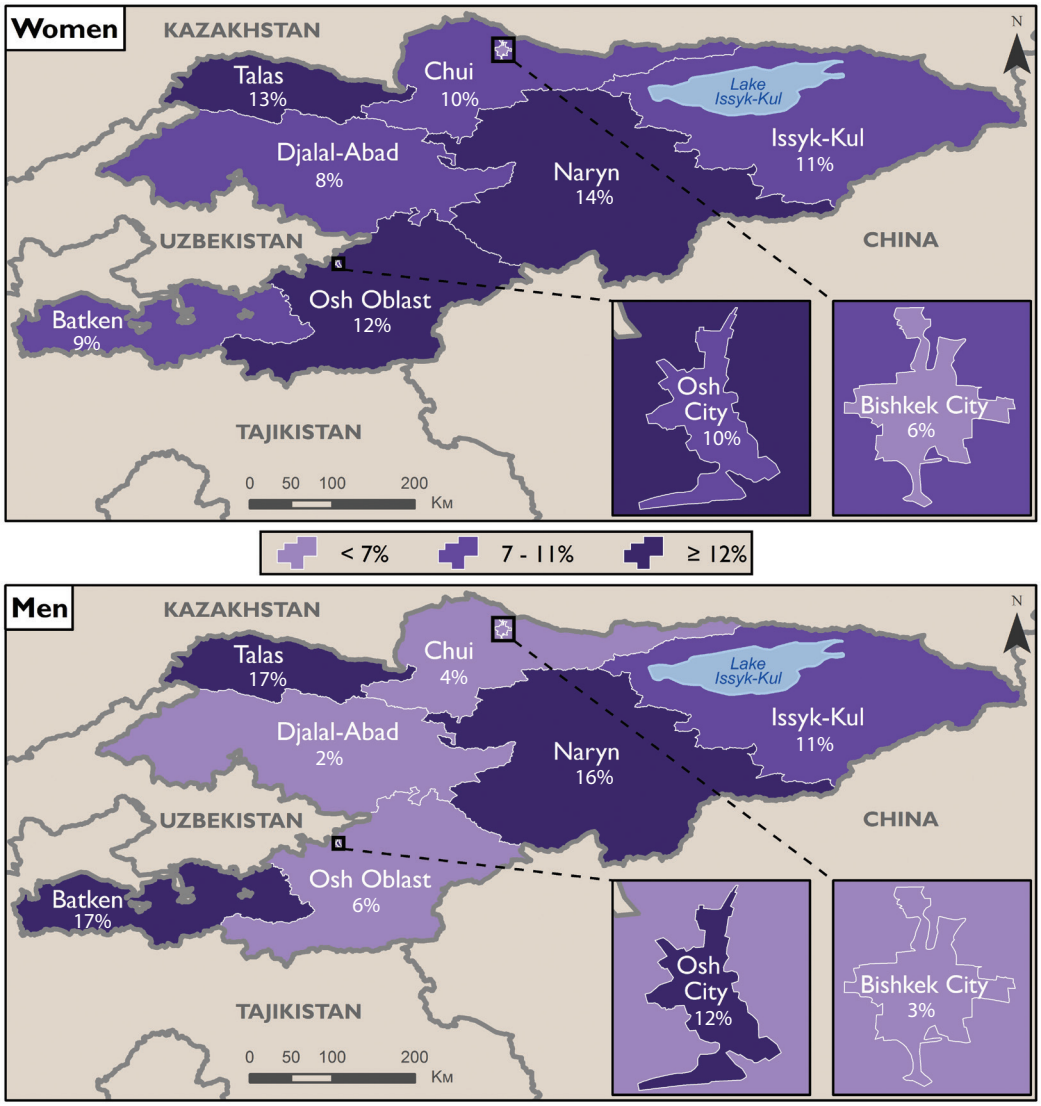
Гипертония достаточно распространена в Кыргызской Республике. Согласно Медико-демографическому исследованию Кыргызской Республики в 2012 г. (МДИКР), 10% женщин и 7% мужчин в возрасте 15-49 лет страдали от гипертонии. (Критерием гипертонии было взято систолическое давление выше 140 mmHg, либо диастолическое давление выше 90 mmHg, либо использование медицинских препаратов для понижения кровяного давления.)

Распространенность гипертонии среди женщин и мужчин 15-49 лет в зависимости от возраста

(в процентах)



Распространенность гипертонии среди женщин и мужчин в возрасте 15-49 лет по регионам



Распространение гипертонии различно в зависимости от области. Среди женщин распространение гипертонии варьируется от низких 5% в г. Бишкек до высоких 14% в горной Нарынской области, расположенной на уровне 2,000-3,000 метров над уровнем моря. Эта тенденция прослеживается и среди мужчин: от 3% в г. Бишкек до 16-17% в Нарынской, Таласской и Баткенской областях.

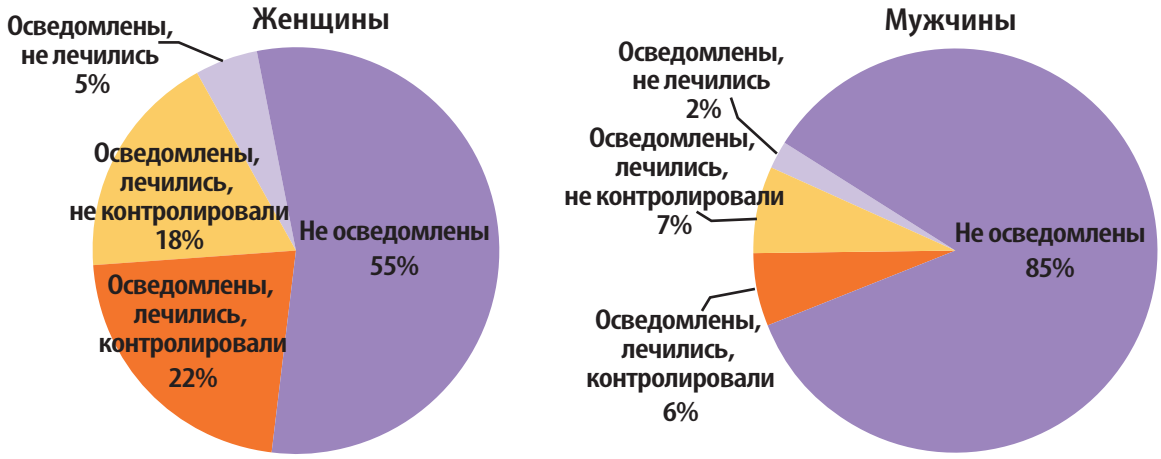
Как среди женщин, так и мужчин, частота гипертонии увеличивается с возрастом. Только 1-2% мужчин и женщин в возрасте 15-19 лет имеют высокое артериальное давление. В противоположность этому, среди респондентов в возрасте 45-49 лет более, чем одна из четырех женщин и один из шести мужчин страдают от высокого давления.

Главными рисками для развития высокого артериального давления являются курение, ожирение, малоподвижный образ жизни, неправильное питание и стресс. По данным МДИКР, среди женщин, страдающих ожирением, число больных гипертонией составляет 27%, что гораздо выше, чем среди женщин с нормальной массой тела – только 5%. Это является причиной для беспокойства, ибо ожирение становится растущей проблемой среди женщин. Данные МДИКР показывают, что 72% женщин в возрасте 40-49 лет имеют лишний вес или страдают от ожирения. Курящие мужчины чаще страдают от гипертонии, чем некурящие. Это еще одна причина для беспокойства, потому что 44% мужчин в возрасте 15-49 лет курят сигареты, а 11% используют жевательный табак.

Как установлено результатами МДИКР, среди респондентов, страдающих гипертонией, значительная доля мужчин (85%) и женщин (55%) не знают о своем состоянии. Примерно одна из пяти женщин, страдающих от высокого давления, контролирует его с помощью медикаментов, однако, другие 18% также принимают медикаменты, но, тем не менее, все равно имеют высокое давление. Только 15% мужчин-гипертоников знают о своем состоянии и только половина из них успешно контролируют свое состоянии с помощью лекарственных средств.

В целом, только 5% женщин и 2% мужчин сообщили, что узнали о своем высоком давлении от врача или другого медработника. Однако МДИКР не дает информации о том, у скольких респондентов замерялось давление при обращении в медучреждение.

Уровень знаний о высоком кровяном давлении и лечении гипертонии среди женщин и мужчин в возрасте 15-49



МДИКР-2012: Табакокурение и употребление алкоголя

Более 50% мужчин в Кыргызской Республике регулярно употребляют табак, чаще всего это сигареты. Более 40% мужчин курят сигареты, а примерно 11% сообщили, что жуют табак. В то время как подавляющее большинство женщин не употребляют вообще табачных изделий, но в каждом третьем домохозяйстве они подвергаются воздействию пассивного курения.

Мужчины более склонны к курению по мере того, как они становятся старше. Лишь около 6% подростков курят, по сравнению с 43% мужчин в возрасте 25-29 лет, и более 65% мужчин старше 35 лет. Курение также более распространено среди городских мужчин и мужчин, проживающих в домохозяйствах с более высоким уровнем благосостояния. Большинство курильщиков сообщило, что они выкуривают в день 10 и более сигарет.

Во время МДИКР 2012, мужчинам-респондентам задавался ряд вопросов, связанных с употреблением алкоголя: употребляли ли они когда-либо алкоголь, в каком возрасте они попробовали алкогольный напиток первый раз, и сколько порций спиртного они употребили в течение последнего месяца в дни, когда они употребляли алкоголь. Бутылка или банка пива (330-350 мл), бокал вина (50-200 мл), и стопка ликера, водки или виски (50 мл) считаются стандартной порцией. В среднем по стране, 37 % мужчин сообщили об употреблении алкоголя в течение месяца, который предшествовал проведению исследования. Среднее количество приемов алкоголя, в зависимости от региона, варьируется от двух порций в Таласской и Чуйской областях (на каждую область) до семи приемов среди мужчин в г. Бишкек. Среднее количество приемов алкоголя составляет 3 порции.

Употребление алкоголя, по крайней мере, одной порции в течение месяца, предшествовавшего исследованию среди мужчин в Кыргызской Республике (37%) примерно такое же, как и среди мужчин в Азербайджане (39%), но значительно ниже, чем у мужчин в Украине (77%) и Молдове (80%) (SSC [Azerbaijan] and Macro International 2008; UCSR [Ukraine] et.al. 2008; NCPM [Moldova] and ORC Macro, 2006).

В целом, мужчины в Кыргызской Республике не употребляют алкоголь слишком часто. Среди 37% мужчин, употреблявших алкоголь в течение месяца, предшествовавшего исследованию, практически никто не сообщил о ежедневном потреблении ими алкоголя, 7% потребляют алкоголь 1-2 раза в неделю, 16% – два-три раза в месяц и 13% – раз в месяц.

Подобно структуре потребления табака, употребление алкоголя более распространено в городской местности и среди мужчин из домохозяйств, имеющих более высокий уровень благосостояния. Употребление алкоголя в течение месяца, предшествовавшего проведению данного исследования, варьируется с низкого в 9% по Баткенской области до высокого в 62% по Чуйской области.

Выводы и рекомендации

Высокое артериальное давление является распространенным, серьезным и предотвращаемым заболеванием. Первым шагом в направлении контроля за уровнем гипертонии является улучшение информированности населения о заболевании и его последствиях, таких, как преждевременная инвалидность и смерть. Результаты МДИКР дают важную информацию для развития программ по снижению распространения высокого артериального давления и, соответственно, по снижению высокого уровня заболеваемости и смертности среди взрослого населения от сердечно-сосудистых заболеваний.

- Большинство женщин и мужчин не знают о том, что они имеют высокое артериальное давление. Очень важно повысить их уровень знаний о последствиях высокого артериального давления и о необходимости лечения. Медицинские учреждения, сельские комитеты здоровья, НПО и СМИ должны участвовать в распространении информации о гипертонии посредством издания брошюр, организации местных групп поддержки, создания телевизионных и радиопередач.
- В целях предотвращения гипертонии, население должно знать о факторах риска заболевания, таких как избыточная масса тела, влияние курения, чрезмерное употребления алкоголя и избыточного потребления пищевой соли.
- Измерение артериального давления должно стать стандартной процедурой. Взрослые пациенты должны проверять свое давление всякий раз, когда они обращаются в медучреждение или к врачу. В дополнение к этому, массовое измерение давления может проводиться в аптеках или во время специальных местных мероприятий. Те люди, у которых обнаружится высокое давление, смогут получить сразу на месте направление на прием к врачу. Ранняя

диагностика и лечение помогут предотвратить серьезные побочные эффекты болезни.

- Риск гипертонии повышается с возрастом. Государственные программы здравоохранения должны концентрироваться на людях в возрасте 45 лет и старше, как для предотвращения заболеваемости, так и для лечения и контроля давления тех, кто уже страдает от гипертонии.
- Надежные данные являются основой для мониторинга здоровья населения. В настоящее время многие заболевания, включая гипертонию, не всегда регистрируются в медицинских учреждениях. Необходимо в скорейшее время предпринять меры для улучшения системы управления медицинской информацией. Это должно включать в себя обучение врачей и медперсонала в медучреждениях и образовательных заведениях с целью более точного выявления случаев заболевания и регулярных обзоров медицинской документации.

Табакокурение и чрезмерное употребление алкоголя: Употребление табака и алкоголя увеличивает риск гипертонии, а также вызывает болезни сердца, заболевания легких и рак. Пассивное курение также вызывает болезнь и смерть среди некурящих. Чрезмерное употребление алкоголя ведет к увеличению случаев насилия, несчастных случаев, и преступности. Незамедлительное принятие мер, направленных на уменьшение курения, сохранит тысячи жизней и миллионы сомов в медицинских расходах в Кыргызской Республике.

- Необходимо принять незамедлительные меры по обеспечению соблюдения законов против табакокурения. Для этого потребуется сотрудничество между политиками, милицией, работниками здравоохранения, импортерами и продавцами табачных изделий и бизнес сообществом.
- Исследования, проведенные в других странах, показали, что повышение цен на сигареты и алкоголь и также запрет на курение в общественных местах и уменьшение возможностей купить алкогольные напитки являются эффективными сдерживающими факторами. Эти меры, следовательно, должны стать приоритетными.
- Изменение социальных норм в отношении курения и потребления алкоголя играет важную роль в мобилизации социального давления, направляемого на противодействие табакокурению и пьянству. Общественные кампании, проводимые через средства массовой информации, будучи тщательно спланированными и проводимыми регулярно в течение достаточно долгого времени, одновременно включая запрет на рекламирование табачной и ликеро-водочной продукции, приведут к изменению восприятия табакокурения и потребления алкоголя на личном и общественном уровнях.
- Поддержка программы по выходу из курения и преодоления алкогольной зависимости, оказываемая поставщиками медицинского обслуживания и круглосуточные телефоны доверия – все они внесут вклад в изменение поведения.

© 2006 David Snyder, Courtesy of Photoshare

Источники

National Scientific and Applied Center for Preventive Medicine (NCPM) [Moldova] and ORC Macro. 2006. *Moldova Demographic and Health Survey 2005*. Calverton, Maryland: National Scientific and Applied Center for Preventive Medicine of the Ministry of Health and Social Protection and ORC Macro.

State Statistical Committee (SSC) [Azerbaijan] and Macro International Inc. 2008. *Azerbaijan Demographic and Health Survey 2006*. Calverton, Maryland, USA: State Statistical Committee and Macro International Inc.

WHO 2006. (http://www.who.int/fctc/reporting/Kyrgyzstan_annex4_tobacco_act2006_en.pdf)

WHO and Centre for Public Health Liverpool John Moores University. 2009. Preventing violence by reducing the availability and harmful use of alcohol.

WHO European Health for All database: http://www.euro.who.int/en/data-and-evidence/databases/european-health-for-all-database-hfa-db.

Ukrainian Center for Social Reforms (UCSR), State Statistical Committee (SSC) [Ukraine], Ministry of Health (MOH) [Ukraine], and Macro International Inc. 2008. *Ukraine Demographic and Health Survey 2007*. Calverton, Maryland, USA: UCSR and Macro International

Домашнее насилие

Подготовили Айгуль Боубекова, Главный специалист Управления лечебной и профилактической помощи и лицензирования Минздрава КР; Айнура Нурбаева, Заведующая Отделом методологии и обработки данных управления статистики домашних хозяйств Нацстаткома КР; Бермет Абдраева, Главный специалист Управления статистики домашних хозяйств Нацстаткома КР; Лариса Илибезова, Общественный фонд «Центр исследования демократических процессов, эксперт по статистике и исследованиям

«Остерегайся домашнего врага»
(Ас-Самарканди, персидский поэт XII в.)

Резюме

Во всем мире женщины подвергаются избиениям, издевательствам, изнасилованиям, а иногда и погибают в своем собственном доме от рук своих близких партнеров, которые в идеале должны быть самыми надежными людьми. Насилие в семье происходит в различных культурах независимо от этнической принадлежности и вероисповедания и затрагивает людей независимо от экономического статуса и положения в обществе.

Домашнее насилие не только преступление, нарушающее права человека, но и серьезное бедствие для жизни общества, экономики и системы здравоохранения. Подвергшиеся насилию женщины зачастую испытывают на себе его физические и эмоциональные последствия в течение долгого времени. По статистике, такие женщины реже получают дородовую помощь, у них чаще бывает нежелательные беременности и выкидыши, и среди них выше распространенность заболеваний, передающихся половым путем. Страдают и дети, которые становятся жертвами или свидетелями домашнего насилия: у них в целом хуже показатели здоровья и выше риск эмоциональных проблем, они хуже учатся, а также, когда вырастают и заводят собственные семьи, чаще применяют насилие или становятся его жертвами, то есть идут по порочному кругу насилия уже во взрослой жизни (Hindin et al, 2008; Kishor and Johnson, 2004). Правительство Кыргызской Республики, действуя совместно с общественными организациями, должно принять меры, чтобы домашнее насилие было признано преступлением, чтобы в отношении совершающих акты насилия применялись установленные законом меры воздействия и чтобы женщины получали необходимую помощь и поддержку. Эти шаги должны быть направлены на пресечение преступлений в отношении личности и обеспечивать право каждого члена семьи, как гражданина, на безопасность жизни, свободу и охрану достоинства.

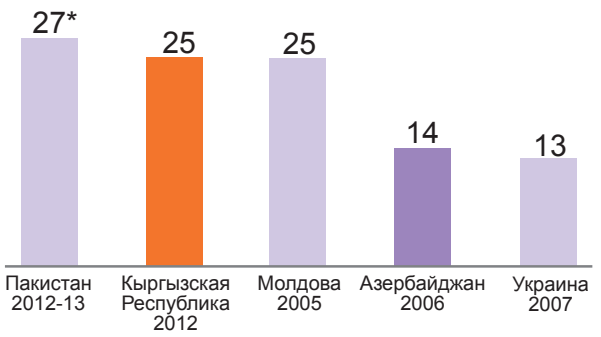
Введение

Домашнее насилие – проблема мирового масштаба. Согласно МДИ, проведенным приблизительно в 30 странах, количество семей, в которых супруги проявляют насилие по отношению друг к другу, варьирует от 12% в Буркина-Фасо до 64% в Демократической Республике Конго (Head et al., 2014). По данным Всемирной организации здравоохранения, в России от различных форм насилия пострадало 70% опрошенных женщин, в Германии – 12%, во Франции – 10%. По миру, 40-70 % убитых женщин погибли от рук своих партнеров в результате домашнего насилия (http://www.un.org/ru/women/endviolence/situation.shtml).

Политики во всем мире, включая Кыргызской Республики, понимают, что этот поток насилия необходимо перекрыть. В 1993 г. Генеральная Ассамблея Организации Объединенных Наций приняла декларацию «Об искоренении насилия в отношении женщин», в которой приведен обширный перечень принципов и рекомендаций, призванных защищать женщин от сексуального насилия и насилия по половому признаку. Десять лет спустя Генеральная Ассамблея ООН приняла резолюцию 58/147 под названием «Ликвидация бытового насилия в отношении женщин», где говорится, что «бытовое насилие вызывает озабоченность общественности и требует от государств принятия серьезных мер для защиты жертв и предотвращения насилия в семье».

Кыргызская Республика первой в среднеазиатском регионе на государственном уровне признала существование семейного насилия. В 2003 г. по инициативе активистов женского движения в Кыргызской Республике подписан Закон «О социально-правовой защите от насилия в семье» для недопущения насилия в семье и применения к насильнику определенных мер воздействия.

Процент женщин в возрасте 15-49 лет, когда-либо испытавших физическое или сексуальное насилие, совершенное их мужем/партнером



* только физическое насилие

Также были приняты и ратифицированы «Конвенция о правах ребенка», «Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин», декларация ООН «Об искоренении насилия в отношении женщин» и другие международно-правовые акты. Эти меры заложили в стране юридический и социальный фундамент для борьбы с насилием, осуществляемым по половому признаку.

МДИКР-2012: Домашнее насилие

В целом, в Кыргызской Республике каждая четвертая, состоящая в браке женщина в возрасте 15–49 лет, испытала либо физическое, либо сексуальное насилие со стороны мужа или партнера, а 17% респонденток испытали такое насилие в течение последних 12 месяцев. Семь процентов женщин подвергались физическому насилию во время беременности.

Уровень бытового насилия в Кыргызской Республике выше, чем в других странах среднеазиатского региона и СНГ. Так, в Азербайджане и Украине на насилие в семье жалуется менее 15% женщин, тогда как в Кыргызской Республике – 25%.

В Кыргызской Республике вероятность подвергнуться домашнему насилию от рук мужа или партнёра повышается вместе с возрастом женщины: от 3% для женщин в возрасте 15–19 лет до 33% для женщин 30 лет и старше. Показатели физического, сексуального и эмоционального насилия одинаковы в целом для городской и сельской местности и не зависят от уровня образования мужа и жены и уровня благосостояния семьи. При этом наблюдается варьирование по областям: уровень супружеского насилия является самым высоким среди женщин Нарынской и Таласской областей, где подвергаются насилию две женщины из пяти. Самый низкий уровень насилия зафиксирован в Иссык-Кульской области (18%) и городе Ош (21%).

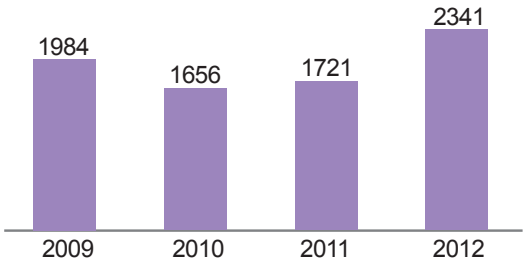
Тесно связано с насилием потребление алкоголя. Показатель супружеского насилия является самым высоким среди женщин, чьи мужья часто пьют (70%) и самым низким среди тех, чьи мужья употребляют алкоголь, но никогда не напиваются (10%). Бытовое насилие в значительной степени передается из поколения в поколение. Согласно МДИ, женщины, чьи отцы били их матерей, примерно в два раза чаще подвергаются тем или иным формам супружеского насилия (52%), чем женщины, чьи отцы не били их матерей (23%).

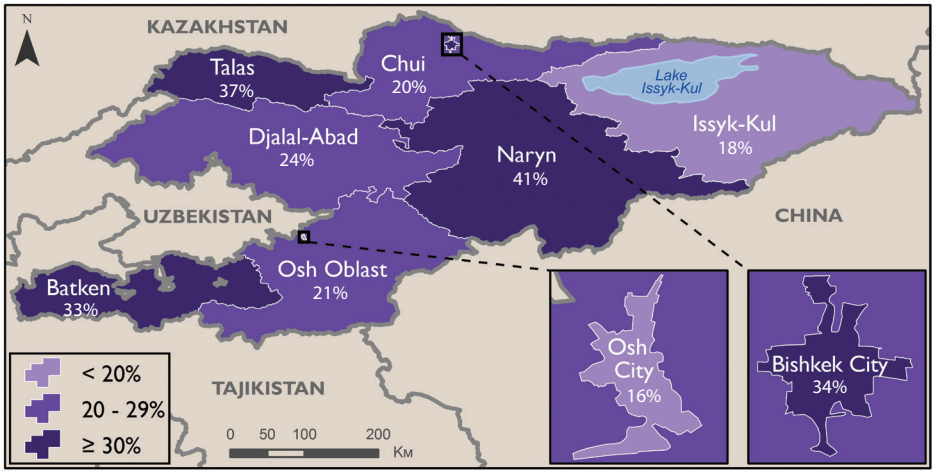
Бытовое насилие чревато серьезными последствиями. Более половины (57%) респонденток, которые подвергались физическому или сексуальному насилию со стороны мужа, получали физические травмы: в том числе им ломали кости и выбивали зубы, на теле оставались порезы и гематомы. Несмотря на это, примерно 40% женщин, подвергшихся физическому или сексуальному насилию, обращались за помощью. Еще 17% рассказывали третьим лицам о произошедшем насилии. Таким образом, две из пяти женщин, подвергшихся насилию, не обращались за помощью и никому об этом не рассказывали. Как правило, реже всего обращаются за помощью женщины с низким уровнем образования и низким достатком.

Женщины редко обращаются за помощью в правоохранительные органы и к юристам. По данным Министерства внутренних дел, ежегодно регистрируется (с выдачей временного охранного ордера) менее 2400 мужчин, совершивших семейное насилие в отношении женщин.

Обвинение в домашнем насилии предъявляют мужчинам так редко потому, что в Кыргызской Республике многие мужчины и женщины не воспринимают такое насилие как нечто противозаконное и неприемлемое. По данным МДИКР, 34% женщин и 50% мужчин полагают, что ударить жену в некоторых случаях допустимо: главным образом, если она не исполняет свои материнские обязанности или уходит из дома, не сообщив об этом мужу.

Число зарегистрированных мужчин, совершивших семейное насилие (с выдачей временного охранного ордера), по данным МВД Кыргызской Республики





Распространение супружеского насилия по регионам Кыргызстана

В настоящее время государство не в состоянии создать безопасные условия жизни для всех женщин, подвергшихся домашнему насилию. Необходима осознанная система социального партнерства, при которой осуществляется реальное вовлечение общественных сил в лице неправительственных организаций, государственных учреждений, СМИ и правоохранительных органов, а также необходимо расширение законодательной базы Кыргызской Республики.

Выводы и рекомендации

Для предотвращения домашнего насилия государственные органы и гражданское общество должны действовать сообща. Открыто о насилии в семье в нашей стране заговорили совсем недавно, поэтому требуются не только меры по защите женщин и детей, но и широкая общественная дискуссия.

К самым необходимым мерам в данном направлении относятся следующие:

- Правительство страны сделало важный первый шаг, приняв законы, направленные против супружеского насилия, и ратифицировав международные документы. Теперь необходимо обеспечить соблюдение этих законов и конвенций.
- То, насколько эффективно закон проводится в жизнь, зависит от уровня теоретической подготовки и серьезности намерений правоохранительных органов и судов. Правительство должно добиться, чтобы государственные органы знали о существовании соответствующих законов, понимали их юридическую сущность и установленные в них меры наказания, а также всерьез занимались защитой женщин от насилия в семье. Начать применять к нарушителям меры правового воздействия – значит сделать первый шаг к профилактике домашнего насилия.
- Мировой и национальный опыт свидетельствуют, что действовать только мерами уголовного и административного воздействия в ситуации семейного насилия неэффективно, поскольку виновник и пострадавший являются близкими друг другу людьми и пострадавшая сторона, как правило, не желает применять карательные меры. Поэтому как мужчины, так и женщины должны понять, что домашнее насилие – это преступление. На данный момент каждая третья женщина и каждый второй мужчина в Кыргызской Республике считают, что бить жену допустимо. Если не переломить этого отношения к вопросу, остановить насилие по половому признаку будет невозможно. Правительству совместно со структурами гражданского общества, СМИ и неправительственными организациями необходимо разработать и запустить социальную рекламу, призванную заклеймить домашнее насилие как преступление и рассказать о физическом, психологическом и экономическом вреде такого насилия, а также поддержать женщин и призвать к жестким мерам по отношению к лицам, применяющим насилие.
- На данный момент в стране не существует стандартов оказания правовой и социальной помощи и услуг жертвам супружеского насилия. Следовательно, органам власти государственного и местного уровней нужно разработать рекомендации по защите жертв домашнего насилия для судов, правоохранительных органов и социальных служб. При наличии стандартизированных рекомендаций женщины смогут рассчитывать на последовательную и всестороннюю поддержку в любом регионе страны.
- По данным МДИКР, менее двух из пяти женщин, подвергшихся насилию, обращалась за помощью, причем в подавляющем большинстве случаев за помощью обращаются к членам семьи. Обращаются к медицинским или социальным работникам, милиционерам или адвокатам менее 10% пострадавших. В Кыргызской Республике существуют кризисные центры и «телефоны доверия», однако обращаемость в них крайне мала в силу слабой информированности населения и отсутствия подобных центров на областном уровне. Таким образом, правительство вместе с НПО должны как пропагандировать услуги существующих центров и «горячих линий», так и организовывать новые, чтобы они были доступны женщинам по всей стране.

Источники

Head, Sara K., Sally Zweimueller, Claudia Marchena, and Elliott Hoel. 2014. Women's Lives and Challenges: Equality and Empowerment since 2000. Rockville, Maryland, USA: ICF International.

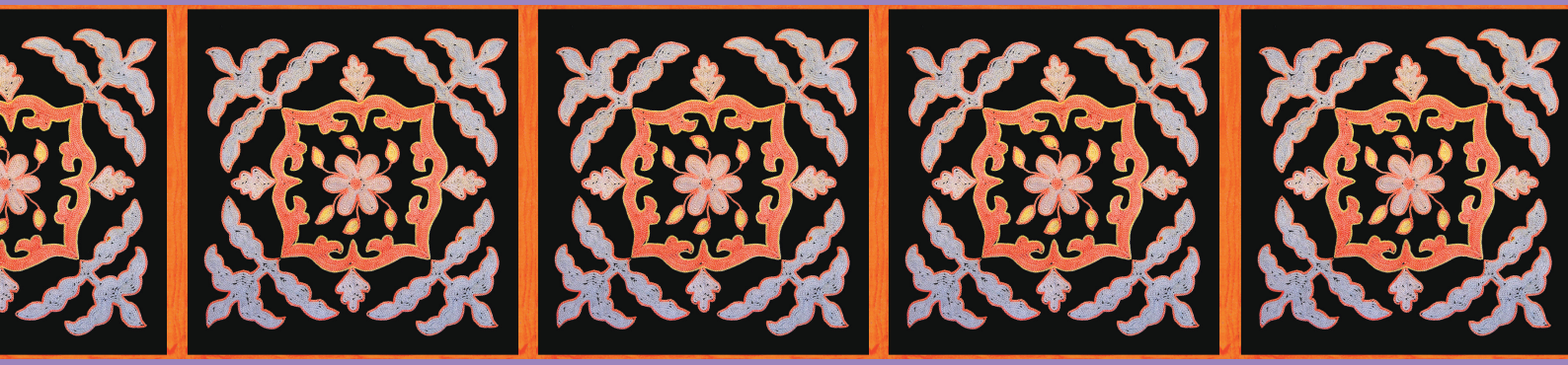
Hindin, Michelle J., Sunita Kishor, and Donna L. Ansara. 2008. Intimate Partner Violence among Couples in 10 DHS Countries: Predictors and Health Outcomes. DHS Analytical Studies No. 18. Calverton, Maryland, USA: Macro International Inc.

Kishor, S. and K. Johnson. 2004. Profiling domestic violence: A multi-country study. ORC Macro, Calverton, Maryland.

National Institute of Population Studies (NIPS) [Pakistan] and ICF International. 2013. *Pakistan Demographic and Health Survey 2012-13*. Islamabad, Pakistan, and Calverton, Maryland, USA: NIPS and ICF International.

National Scientific and Applied Center for Preventive Medicine (NCPM) [Moldova] and ORC Macro. 2006. *Moldova Demographic and Health Survey 2005*. Calverton, Maryland: NCPM and ORC Macro.

State Statistical Committee (SSC) [Azerbaijan] and Macro International Inc. 2008. *Azerbaijan Demographic and Health Survey 2006*. Calverton, Maryland, USA: State Statistical Committee and Macro International Inc.

Ukrainian Center for Social Reforms (UCSR), State Statistical Committee (SSC) [Ukraine], Ministry of Health (MOH) [Ukraine], and Macro International Inc. 2008. *Ukraine Demographic and Health Survey 2007*. Calverton, Maryland, USA: UCSR and Macro International.

United Nations. United to End Violence Against Women. (http://www.un.org/ru/women/endviolence/situation.shtml)